



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ: UM ESTUDO SOBRE O
PROCESSO DE NÃO REVITIMIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
VÍTIMAS DE ABUSO E/OU VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL INFANTIL
ALBERT SABIN EM FORTALEZA - CEARÁ**

FORTALEZA

2025

MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO
DE NÃO REVITIMIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO
E/OU VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN EM
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 em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Desenho das Políticas Públicas de Caráter Social.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Lidiane 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)

- R574a Rocha, Maria Cleide Miranda da.
Avaliação do Programa Ponto de Luz : um estudo sobre o processo de não revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual no Hospital Infantil Albert Sabin em Fortaleza – Ceará / Maria Cleide Miranda da Rocha. – 2025.
114 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. Lidiane Moura Lopes.
1. Avaliação de Políticas Públicas. 2. Proteção de Crianças e Adolescentes. 3. Violência Sexual. 4. Programa Ponto de Luz. 5. Prevenção da Revitimização. I. Título.

CDD 320.6

MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE NÃO REVITIMIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO E/OU VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN EM 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 em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Desenho das Políticas Públicas de Caráter Social.

Aprovada em: 25/06/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Lidiane Moura Lopes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Lucy Rodrigues Ferreira
Universidade Federal do Ceará (UFC)- Externa ao MAPP

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

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Lidiane Moura Lopes pela orientação atenta, acolhedora e comprometida ao longo desta jornada.

Aos professores do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas (MAPP), à banca avaliadora e aos colegas de turma. Sou grata pelas trocas, ensinamentos e apoio compartilhados.

Aos profissionais entrevistados, pela disponibilidade em contribuir com a pesquisa.

Aos Meus filhos, Alano e Rodrigo, amigos e familiares, por toda a escuta, incentivo e companhia nessa caminhada.

Em especial, dedico esta conquista com carinho e saudade à memória dos meus pais, cuja ausência física jamais apagará a importância eterna em minha vida.

“ Nós vos pedimos com insistência:
Não digam nunca ‘Isso é Natural’
Sob o familiar, descubram o insólito
Sob o cotidiano desvelem o inexplicável
Que tudo que é considerado habitual
Provoque inquietação.
Na regra, descubra o abuso
E sempre que o abuso for encontrado,
Encontrem o remédio”
(Bertoldo Brecht).

“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” (Art 5º, ECA).

“O compromisso com o outro exige mais que técnica: exige afeto, solidariedade e amor à vida humana”
(Marilda Yamamoto).

RESUMO

A violência sexual contra crianças e adolescentes constitui uma grave violação de direitos humanos que, por sua complexidade, demanda que as políticas públicas detenham atendimentos multidisciplinares e articulados, sob o risco de se cometer uma revitimização. A revitimização é entendida como a submissão da vítima a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a levem a reviver, sem estrita necessidade, a situação de violência sofrida e/ou outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização, hoje consideradas uma forma de violência institucional, de acordo com a Lei nº 14.321/2022. A pesquisa surgiu da necessidade de compreender como as equipes de gestão e multiprofissionais atuam na prevenção da revitimização de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, averiguando-se quais são as percepções, facilidades e desafios enfrentados na implementação do Programa Ponto de Luz, instituído no Hospital Infantil Albert Sabin. Ademais, o estudo abrange o conhecimento das iniciativas adotadas pela gestão e pela equipe de coordenação no sentido de garantir ambiência e espaço adequados para o atendimento com sigilo e privacidade. Como objetivo geral avaliou-se a atuação do Programa Ponto de Luz na garantia da não revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual, em funcionamento no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em Fortaleza/Ceará. Para esta avaliação, adotou-se a perspectiva da Avaliação em Profundidade, com abordagem qualitativa, fundamentada em entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise documental. Para a análise dos dados coletados, esta pesquisa avaliativa se orientou pela técnica de triangulação de dados. Os resultados mostram que, apesar dos esforços significativos, persistem lacunas relacionadas à capacitação, comunicação intersetorial, recursos humanos e materiais, além de espaço físico. Há o reconhecimento da relevância do Programa bem como o compromisso com a sua execução, mas identifica-se que a sobrecarga de trabalho e a falta de espaços adequados ainda dificultam a prevenção efetiva da revitimização. A pesquisa destaca a importância de fortalecer políticas públicas de proteção a crianças e adolescentes, investir em formação específica, promover maior integração entre os atores internos e externos envolvidos e implantação de sistema de informações atualizados.

Palavras-chave: avaliação de políticas públicas; proteção de crianças e adolescentes; violência sexual; programa ponto de luz; prevenção da revitimização.

ABSTRACT

Sexual violence against children and adolescents is a serious human rights violation that, due to its complexity, demands that public policies include multidisciplinary and coordinated care, otherwise it risks revictimization. Revictimization is understood as the victim's submission to unnecessary, repetitive, or invasive procedures that lead them to relive, unnecessarily, the situation of violence they suffered and/or other situations that potentially generate suffering or stigmatization. These situations are now considered a form of institutional violence, according to Law nº. 14.321/2022. This research came out from the need to understand how management and multidisciplinary teams work to prevent the revictimization of child and adolescents victims of sexual violence, assessing the perceptions, strengths, and challenges faced in implementing the Ponto de Luz Program, established at the Albert Sabin Children's Hospital. Furthermore, the study encompasses the initiatives adopted by management and the coordination team to ensure an adequate environment and space for confidential and private care. The general objective was to evaluate the performance of the Ponto de Luz Program in ensuring the non-revictimization of children and adolescents who are victims of abuse and/or sexual violence, operating at the Albert Sabin Children's Hospital (HIAS) in Fortaleza, Ceará. This evaluation adopted an In-Depth Assessment perspective, with a qualitative approach based on semi-structured interviews, direct observation, and document analysis. Data triangulation was used to analyze the collected data. The results show that, despite significant efforts, gaps persist in training, intersectoral communication, human and material resources, and physical space. The program's relevance and commitment to its implementation are recognized, but workload and a lack of adequate spaces still hinder effective revictimization prevention. The research highlights the importance of strengthening public policies to protect children and adolescents, investing in specific training, promoting greater integration between internal and external stakeholders, and implementing updated information systems.

Keywords: public policy evaluation; protection of children and adolescents; sexual violence; Point of Light Program; prevention of re-victimization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em Fortaleza/Ceará	25
Figura 2	– Rede Ponto de Luz	55
Figura 3	– Quantitativo de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos entre 2020 e 2024	58
Figura 4	– Tipologia das violações de direito que ocorreram concomitante à violência sexual em 2024	58
Figura 5	– Perfil dos pacientes atendidos pelo Programa Ponto de Luz no HIAS em 2021	59
Figura 6	– Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos pelo serviço social do hias em 2024	60
Figura 7	– Perfil etário por tipo de equipe	62
Figura 8	– Aspectos estratégicos pesquisados	66
Figura 9	– Folder elaborado pelo Hospital Infantil Albert Sabin em referência ao 18 de maio - Dia Nacional de Combate à Violência e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes	71
Figura 10	– Instituições do Sistema de Garantia de Direitos acionadas pelo Serviço Social do HIAS nos casos de violência sexual em 2024	76
Figura 11	– Fluxograma retratando o passo a passo da rotina dos profissionais de Serviço Social, quando do atendimento de casos relacionados ao Programa Ponto de Luz	78
Figura 12	– Forma de ingresso das vítimas de violência sexual atendidas no HIAS em 2024	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação entre objetivos específicos e eixos da Avaliação em Profundidade (Rodrigues, 2008)	22
Quadro 2 – Participantes da pesquisa por área e categoria	26
Quadro 3 – Caracterização dos participantes e das entrevistas realizadas	28
Quadro 4 – Perfil etário da equipe	62
Quadro 5 – Aspectos estratégicos pesquisados	65
Quadro 6 – Ações preventivas identificadas e sugestões dos entrevistados para fortalecer a prevenção	66
Quadro 7 – Dificuldades e desafios enfrentados pela equipe técnica multiprofissional do Programa Ponto de Luz	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS1	Assistente Social 1
AS2	Assistente Social 2
B.O	Boletim de Ocorrência
CCA	Centro de Ciências Agrárias
CEASS	Centro de Assistência Social- Hospital Infantil Albert Sabin -HIAS
CEDCA	Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLP	Coordenadora Local do Programa
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSEP	Coordenação do Serviço de Emergência Pediátrica
CT	Conselho Tutelar
CTI	Centro de Tratamento Intensivo (neonatal)
E1	Enfermeira 1
E2	Enfermeira 2
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
M1	Médica 1
M2	Médica 2
MPCE	Ministério Público do Ceará
MS	Ministério da Saúde
NUAVV	Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
P1	Psicólogo 1
P2	Psicólogo 2
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAS	Política de Assistência Social

PEFOCE	Perícia Forense do Ceará
PNAS	Política Nacional do Ceará
PNEVSIJ	Plano Nacional de Enfrentamento a Violência Sexual Infantojuvenil
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SEP	Serviço de Emergência Pediátrica
SEPLAG	Secretaria de Planejamento e Gestão do Ceará
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes
SPS	Secretaria de Proteção Social do Estado do Ceará
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGP	Técnica da Gestão do Programa
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PERCURSO METODOLÓGICO	21
2.1	Perspectiva Avaliativa	21
2.2	Tipologia do Estudo	24
2.3	Unidade de análise e sujeitos da pesquisa	25
2.3.1	<i>Crêterios de inclusãõ e exclusãõ</i>	26
2.4	Coleta de dados	27
2.5	Análise de dados	29
2.6	Aspectos éticos	30
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	31
3.1	O Estado Brasileiro e o Histórico das Políticas Públicas	31
3.2	A Importância das Políticas Públicas de Proteção à Criança e ao Adolescente no Contexto da Violência Sexual	37
3.2.1	<i>Violência e seu Entendimento sob Várias Perspectivas</i>	37
3.3	Programa Ponto de Luz	56
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	61
4.1	Avaliação dos Dados Obtidos: O que os Dados e Informações Revelam	61
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICO DO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN	100
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE DA GESTÃO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ	102
	APÊNDICE D - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA PESQUISADORA	104
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	106

ANEXO B - COMISSÃO DE ATENDIMENTO E PREVENÇÃO AOS MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS- PORTARIA N° 005/2024	111
ANEXO C - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	112
ANEXO D - FICHA DO SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	113

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual contra crianças e adolescentes configura-se como uma das mais graves e complexas formas de violação dos direitos humanos, cujas consequências (psíquicas, físicas e sociais) são profundas, duradouras e, em muitos casos, invisibilizadas. Para além do sofrimento imediato, as vítimas estão sujeitas a processos múltiplos e recorrentes de revitimização, sobretudo em contextos nos quais o atendimento prestado carece de maior e melhor articulação intersetorial, qualificação técnica, empatia e abordagem humanizada.

Neste cenário, a proteção integral de crianças e adolescentes vítimas de abuso e violência sexual exige políticas públicas eficazes, estruturadas e sensíveis à complexidade dessa realidade. Assim, o presente estudo tem como ponto de partida a análise do Programa Ponto de Luz, desenvolvido no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em Fortaleza/CE, com o objetivo de avaliar sua atuação na prevenção da revitimização desse público. Ao investigar as estratégias adotadas, os desafios enfrentados e os impactos percebidos pela equipe técnica, a pesquisa busca contribuir para o aprimoramento da gestão e do atendimento, à luz das normativas legais e dos princípios de escuta protegida e atendimento humanizado. Tem-se, portanto, como objetivo geral: avaliar a atuação do Programa Ponto de Luz na garantia da não revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual.

Para tanto, apresentam-se os seguintes objetivos específicos, que conduzirão à consecução do objetivo maior: 1) Compreender o contexto institucional que influenciou a formulação do Programa Ponto de Luz; 2) Delinear as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar para prevenir a revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual no Programa Ponto de Luz; 3) Investigar os benefícios percebidos pela equipe multidisciplinar na implementação do Programa Ponto de Luz; e 4) Analisar as dificuldades enfrentadas pela equipe técnica na aplicação das diretrizes do Programa Ponto de Luz e suas implicações no atendimento às vítimas.

O foco central recai sobre a prevenção à revitimização durante os procedimentos de acolhimento, atendimento, escuta e encaminhamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual. Neste sentido, de acordo com o art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Com a promulgação da Lei nº 13.431/2017, regulamentada pelo Decreto nº 9.603/2018, consolidou-se um importante marco normativo no enfrentamento à violência

contra crianças e adolescentes no Brasil. Foram estabelecidas diretrizes para a escuta protegida e o atendimento humanizado a vítimas ou testemunhas de violência, reconhecendo como forma de violência institucional a prática, por parte dos órgãos responsáveis, de submeter essas crianças e adolescentes à repetição desnecessária dos relatos sobre os fatos vivenciados (Brasil, 2017). Nesse mesmo sentido, a Lei nº 14.321/2022 avança ao tipificar como crime de violência institucional a conduta de expor a vítima a procedimentos que se revelem desnecessários, repetitivos ou invasivos, reforçando a necessidade de intervenções pautadas no respeito à dignidade e aos direitos humanos (Brasil, 2022).

As temáticas abordadas neste estudo envolvem graves violações de direitos, especialmente aquelas relacionadas ao abuso e à violência sexual, no qual se inclui o tráfico e a exploração sexual de crianças e adolescentes – este último considerado uma das piores formas de trabalho infantil, conforme a Convenção nº 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), adotada em 1999. Ressalta-se que, no entendimento contemporâneo, crianças e adolescentes não se prostituem, mas são prostituídas, sendo essa prática causadora de danos profundos e duradouros.

Assim, o estudo abrange as percepções e compreensões dos profissionais que atuam no setor de urgência e emergência, as condutas praticadas pela equipe multiprofissional, com vistas a prevenir a revitimização, bem como o conhecimento das iniciativas adotadas pela gestão e pela equipe de coordenação no sentido de garantir ambiência e espaço adequados para o atendimento com sigilo e privacidade.

Até pouco tempo atrás, ao ser noticiada uma situação de abuso ou violência sexual contra crianças e adolescentes, o processo se desdobrava da seguinte forma: se o fato acontecia na escola, e a criança relatava ao professor, que a levava ao diretor (de modo a discutir a melhor conduta e compartilhar a responsabilidade), que então a encaminhava ao Conselho Tutelar, local em que o relato era repetido pela terceira vez.

Em seguida, o Conselho a conduzia à delegacia, onde era necessário relatar novamente o ocorrido. Com o registro do boletim de ocorrência, a criança era encaminhada à Perícia Forense do Ceará (PEFOCE), que também precisava de elementos aptos para compreender o fato. Caso houvesse necessidade de atendimento médico-hospitalar, no mínimo dois novos relatos eram feitos – para o médico e para o assistente social – que, ao identificar demandas relacionadas à proteção, prestava as devidas orientações e encaminhamentos. Essa jornada ou “peregrinação” poderia culminar no depoimento perante o juiz, embora, ao longo desse percurso, pudessem surgir novas demandas por relatos adicionais, a depender das especificidades do caso.

A Childhood do Brasil (2021) relata que, através de um levantamento realizado, foi identificado que os serviços prestados por diversos membros da Rede de Proteção, ainda que sem intenção, acabavam por revitimizar crianças e adolescentes, ao expô-los à repetição dos relatos das situações vivenciadas, muitas vezes em ambientes inadequados e diante de profissionais despreparados para lidar com casos de violência.

Diante dessa realidade, surgiu uma questão que norteou o desenvolvimento desta pesquisa: como se organiza o atendimento da equipe técnica multidisciplinar na perspectiva da garantia da não revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual no Hospital Infantil Albert Sabin, em Fortaleza/Ceará?

A escolha do problema de pesquisa se fundamenta na experiência profissional acumulada em três Políticas Públicas integradas ao Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes: Educação, Saúde e Assistência Social. O interesse emerge de uma trajetória profissional marcada pela proximidade com o tema, envolvendo diversas implicações, como relevância social, oportunidade de intervenção e comprometimento ético (Trujillo; Ferrari, 1982).

No âmbito da Política Pública de Educação, observou-se, ao longo do exercício profissional na área, certo distanciamento, por parte de grande parcela dos profissionais, em relação às ações de defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes, mais especificamente no que se refere à identificação e notificação de situações de maus-tratos, negligência e violência, contrariando o disposto no Artigo 56 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), que determina: “os dirigentes de estabelecimentos de ensino fundamental comunicarão ao Conselho Tutelar os casos de: I - maus-tratos envolvendo seus alunos”. Esse distanciamento, muitas vezes, decorre do entendimento de que a responsabilidade pela identificação, proteção e notificação deve recair especialmente sobre a família ou sobre outras políticas públicas, como Segurança Pública, Saúde e Assistência Social. Isto reafirma a necessidade, a importância e até mesmo a obrigatoriedade de os profissionais da educação se fazerem presentes efetivamente na defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

Realizando-se um recorte territorial sobre o tema, destaca-se que a legislação do Estado do Ceará é bastante robusta no que se refere à participação de profissionais da educação na identificação e proteção de crianças e adolescentes. Assim, traz-se à tona a Lei Estadual nº 17.253, de 29 de julho de 2020, que altera a Lei nº 13.230, de 27 de junho de 2002, e estabelece no art. 1º: “Fica autorizada a criação, nas escolas da rede pública e nas escolas privadas do Estado do Ceará, de comissões de proteção e prevenção à violência contra

a criança e o adolescente” (NR). O dispositivo legal também define as competências da comissão, dentre as quais, desenvolver planos de prevenção às diversas expressões da violência; notificar e tomar as medidas cabíveis, tanto do ponto de vista educacional quanto legal; e realizar o devido encaminhamento às instituições e autoridades competentes.

Recentemente, mais precisamente em 12 de janeiro de 2024, foi sancionada a Lei Federal nº 14.811, que “institui medidas de proteção à criança e ao adolescente contra a violência nos estabelecimentos educacionais ou similares, prevê a elaboração da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente...”, além de alterar o Código Penal, a Lei dos Crimes Hediondos e o Estatuto da Criança e do Adolescente, incluindo os crimes cibernéticos, endurecendo penas, entre outras questões (Brasil, 2018).

Reconhece-se a relevância do combate à violência dentro das escolas, mas também importa destacar a necessidade de que os profissionais da educação estejam preparados e qualificados para o acolhimento de situações ocorridas “extra muro” (como os casos de violência doméstica e intrafamiliar), que chegam ao conhecimento dos trabalhadores da educação devido à credibilidade e à confiança depositadas pelos alunos em seus professores.

Apesar dessa lacuna, o setor educacional desenvolve ações preventivas, sobretudo por meio de campanhas educativas voltadas a temas específicos, como o combate ao abuso e à exploração sexual – uma mobilização nacional que, em 2025, completa 25 anos, intitulada “Faça Bonito. Proteja nossas Crianças e Adolescentes”. Além disso, são promovidas campanhas de prevenção à violência doméstica e de combate ao trabalho infantil, conduzidas pelas unidades escolares.

A proximidade com os temas de abuso, violência e exploração sexual de crianças e adolescentes, vivenciada durante a experiência profissional na Política Pública de Assistência Social, motivou uma análise mais aprofundada da Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que instituiu o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente Vítima ou Testemunha de Violência, o qual está inserido em um “macro” Sistema de Garantias de Direitos de Crianças e Adolescentes, garantido pelo ECA em vários dos seus artigos e, posteriormente institucionalizado pela Resolução nº 113/2006 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Assim, esse sistema maior visa assegurar a efetivação de todos os direitos de todas as crianças e adolescentes, e não apenas daqueles que tenham vivenciado situações de violência.

Após, entre os anos de 2018 a 2022, integrou-se a equipe interdisciplinar de assessoramento aos municípios do interior do estado e de supervisão dos Programas, Projetos e Ações de Proteção Social de Média Complexidade, da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), coordenados em nível estadual pela Secretaria de Proteção Social do Estado do Ceará (SPS).

No exercício dessa função, buscou-se um diálogo interinstitucional junto aos atores que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) de Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência, promovendo reflexões sobre as atribuições específicas de cada órgão/instituição, quais sejam, da Educação, da Saúde, da Assistência Social, do Conselho Tutelar, do Conselho de Direitos, da Segurança Pública, do Ministério Público, do Poder Judiciário, das entidades não governamentais. Discutiu-se coletivamente como organizar uma Rede de Proteção de acordo com a realidade local, buscando despertar nos gestores e nas equipes profissionais a consciência sobre a exigência do compromisso de todos os setores da sociedade, na defesa dos direitos infantojuvenis. Com esse objetivo, entre 2018 e 2022, foram realizadas diversas capacitações regionais voltadas à implementação da Lei nº 13.431/2017, com a participação de técnicos das instituições que compunham o SGD local, geralmente organizadas por territórios de abrangência regional (Brasil, 2017).

Neste sentido, importante registrar que a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) está organizada por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em níveis de proteção: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE), sendo esta última subdividida em Média e Alta Complexidade. Dentre os serviços ofertados na Proteção Social Especial de Média Complexidade, encontra-se o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), que se traduz em um serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais membros em situação de ameaça ou violação de direitos, dentre os quais se inserem as situações de violência física, psicológica, sexual e de negligência contra crianças e adolescentes.

Em razão disso, o Decreto nº 9.603/2018, que regulamenta a Lei nº 13.431/2017, em seu § 12º, reforça o previsto na PNAS de 2004:

O acompanhamento especializado de crianças e adolescentes em situação de violência e de suas famílias será realizado preferencialmente no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, em articulação com os demais serviços, programas e projetos do SUAS (Brasil, 2018, art. 12º).

Portanto, no contexto da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), já

havia sido assegurado desde 2004, por meio do Serviço PAEFI, o acolhimento, atendimento e acompanhamento às vítimas e suas famílias, ou seja, com matricialidade sociofamiliar, trabalhando um contexto mais amplo, para além da violência e/ou violação sofrida e da própria vítima, abrangendo a família como um todo.

Posteriormente ao atendimento da vítima em um serviço de emergência na rede hospitalar (quando for o caso) e à notificação aos órgãos que compõem o Sistema de Defesa e Responsabilização – como o Conselho Tutelar, a Delegacia de Polícia, o Ministério Público, entre outros –, deve-se realizar o encaminhamento para inserção no Serviço PAEFI, em funcionamento nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS. A equipe técnica composta por assistentes sociais, psicólogos, pedagogos (ou psicopedagogos) e advogados, realizará conjuntamente o acompanhamento sociofamiliar.

Igualmente relevante destacar que a existência do Serviço PAEFI na Política de Assistência Social (PAS) não exime os demais órgãos do SGD e da rede de proteção, da responsabilidade legal de notificar às autoridades competentes, como o Conselho Tutelar, autoridades policiais e o Ministério Público, situações de violência e violação de direitos, conforme previsão expressa do ECA, no art. 13: “os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (Brasil, 1990).

A Lei nº 13.431/2017 reforça esse dever, estabelecendo:

Qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presenciado ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público (Brasil, 2017, art. 13º).

No campo da Política de Saúde, a experiência vivenciada no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) refere-se ao atendimento a familiares ou responsáveis legais de pacientes em internação clínica. A atuação ocorre em unidades de internamento, geralmente com diagnóstico já estabelecido, e não diretamente em casos de urgência relacionados à violência. No entanto, é possível que situações de abuso ou violência sexual sejam reveladas durante a internação, exigindo acolhimento e encaminhamento pelos profissionais envolvidos.

As unidades de internação cobertas incluem UTIs pediátricas, CTI neonatal e unidades de internação em geral, não havendo, até o momento, registro de casos identificados diretamente durante os plantões noturnos realizados nesse contexto. Outrossim, houve a

oportunidade de acompanhar, ainda que de forma indireta, o atendimento de alguns casos, em razão do compartilhamento de espaço e da realização do trabalho em parceria com os colegas lotados no Serviço de Emergência Pediátrica. Destarte, reforça-se a consciência de que há muito a conhecer e aprender com os profissionais que atuam na linha de frente do atendimento.

Fundamentando-se na Lei 13.431/2017, mais precisamente artigo 16, o qual estabelece “O poder público poderá criar programas, serviços ou equipamentos que proporcionem atenção e atendimento integral e interinstitucional às crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, compostos por equipes multidisciplinares especializadas”, foi instituído o Programa Ponto de Luz. Trata-se de uma iniciativa do Governo do Estado do Ceará, implantada no HIAS em 2021, numa ação coordenada pela Secretaria Estadual da Saúde, com foco no atendimento emergencial inicial e no acompanhamento ambulatorial posterior, conforme as necessidades das crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual.

Justifica-se este estudo, pelo envolvimento prévio com a temática, anterior inclusive à implantação do Programa Ponto de Luz no HIAS, e tem como proposta a realização de uma avaliação crítica dessa iniciativa. A investigação foi realizada junto às equipes multiprofissionais em atuação no contexto da emergência, onde são acolhidas pessoas usuárias/vítimas que buscam atendimento, seja de forma espontânea ou por encaminhamento de outros serviços vinculados a diferentes políticas públicas. Nesse contexto, os serviços de saúde representam uma das principais portas de entrada para casos suspeitos e/ou confirmados de violência e/ou violação de direitos de crianças e adolescentes.

Diversos dispositivos legais e institucionais buscam assegurar a proteção integral de crianças e adolescentes. Contudo, na prática, persistem condutas que resultam na repetição dos relatos das situações de violência vivenciadas, reiteradamente, junto aos órgãos responsáveis pelo atendimento. Essa prática expõe as vítimas a reviver a violência sofrida, ou seja, os episódios de sofrimento, o que configura um processo de revitimização - atualmente considerado pela legislação uma forma de violência institucional.

A partir das vivências supramencionadas, observou-se lacunas estruturais na Rede de Proteção Social, principalmente no que se refere à articulação entre os órgãos componentes do Sistema de Garantia de Direitos, o que compromete a efetividade das medidas de proteção. Reforça-se, assim, a necessidade de um maior conhecimento do funcionamento do SGD e Rede de Proteção e, a partir de então, valorar a importância do fortalecimento dos mecanismos intersetoriais.

Na presente introdução, traz-se uma visão panorâmica da proposta, com a contextualização, a delimitação do tema, a apresentação da questão de pesquisa, objetivos do estudo e justificativa, com foco direcionado às vítimas de abuso e/ou violência sexual que, à luz do referencial teórico e legal, receberão especial atenção quanto à identificação das ações destinadas à prevenção da revitimização.

Para além disso, esta pesquisa está dividida em três capítulos. No primeiro capítulo, aborda-se o percurso metodológico, a perspectiva avaliativa adotada e a tipologia do estudo. No segundo capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica, envolvendo temas como Estado Brasileiro; Políticas Públicas; Proteção à Crianças e Adolescentes; Legislação; Programa Ponto de Luz; Revitimização; Abuso e/ou Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. No terceiro capítulo, realiza-se a análise do material coletado na pesquisa bibliográfica/documental, nas entrevistas e nas observações, frente à legislação e aos pensamentos dos teóricos sobre o tema. No quarto e último capítulo, sob o título de discussões e resultados, apresenta-se a análise dos dados obtidos, destacando-se os principais achados e o que eles revelam acerca do objeto de estudo. Por derradeiro, traz-se as considerações finais.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo tem por objetivo apresentar em detalhes os aspectos metodológicos da pesquisa realizada, incluindo sua perspectiva avaliativa, tipologia, unidade de análise, sujeitos da pesquisa, a coleta de dados e a forma de sua análise.

2.1 Perspectiva Avaliativa

Este estudo adota a Avaliação em Profundidade, de Rodrigues (2008, 2016), como perspectiva para avaliar o Programa Ponto de Luz. Trata-se de uma abordagem crítica, de base interpretativista, que reconhece o contexto empírico como fonte fundamental de conhecimento, valoriza a percepção dos atores envolvidos e integra múltiplas dimensões analíticas. Sua aplicação exige uma perspectiva inter e multidisciplinar - especialmente relevante neste estudo, que envolve profissionais médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, entre outros - com o objetivo de compreender a estrutura e o funcionamento do Programa, suas estratégias de proteção e de prevenção à revitimização, articuladas à Rede de Proteção.

Do ponto de vista epistemológico, pesquisadores de orientação interpretativistas, são aqueles que adotam uma abordagem qualitativa voltada para a compreensão dos significados atribuídos pelos indivíduos às suas experiências e partem da ideia de que a realidade social é construída nas interações humanas sendo, subjetiva e contextual, valorizando a escuta, a imersão no campo e a análise de narrativas e práticas. Também buscam compreender o mundo a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos, ressaltam a centralidade do contexto empírico como fonte de conhecimento. Logo, a implementação e avaliação de programas são compreendidas como processos dinâmicos, nos quais o conhecimento é construído por meio da observação direta, da escuta atenta aos sujeitos envolvidos e da interpretação dos dados coletados - reconhecendo a multiplicidade de sentidos atribuídos às experiências vividas.

A Avaliação em Profundidade, nesse sentido, distingue-se por sua abordagem crítica e interpretativa, voltada para a compreensão dos significados, dinâmicas e relações que permeiam o processo de implementação das políticas públicas. Assim, avaliar a implementação de uma política pública social, extensa e multidimensional, sob esta perspectiva, implica a utilização de diferentes fontes de informação e metodologias, com destaque para a interdisciplinaridade como requisito essencial. Esse enfoque permite

apreender a iniciativa política em sua integralidade, favorecendo a adoção de métodos qualitativos, como entrevistas abertas e o uso do estudo de caso como estratégia para captar os fluxos e sentidos atribuídos pelos sujeitos envolvidos na política (Rodrigues; 2008, 2016).

Rodrigues (2008) sistematiza a Avaliação em Profundidade em quatro eixos principais: (1) análise de conteúdo do programa: investiga os fundamentos conceituais, os objetivos e a coerência interna do programa; (2) análise de contexto da formulação da política: examina os marcos legais e as políticas correlatas que influenciam a formulação da política avaliada; (3) trajetória institucional do programa - acompanha a implementação do programa nas instâncias institucionais, identificando possíveis mudanças ao longo do tempo; e (4) espectro temporal e territorial: considera as especificidades locais e históricas que afetam a política. Assim, cada eixo oferece uma lente analítica específica, permitindo uma compreensão mais refinada do processo de implementação e dos impactos da política pública.

Destaca-se que, considerando os objetivos propostos por esta pesquisa, foram priorizados os eixos relacionados à análise de conteúdo, à análise de contexto e à trajetória institucional, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 1 – Relação entre objetivos específicos e eixos da Avaliação em Profundidade (Rodrigues, 2008)

Objetivo Específico	Eixo da Avaliação em Profundidade	Definição da relação
Compreender o contexto institucional que influenciou a formulação do Programa Ponto de Luz;	Análise de contexto	Análise dos marcos legais, políticas públicas correlatas e arranjos institucionais que influenciaram a criação do programa.
Delinear as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar para prevenir a revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual no Programa Ponto de Luz;	Análise de conteúdo Análise da trajetória institucional	As estratégias adotadas refletem os fundamentos e a coerência interna do programa (eixo 1), bem como os modos pelos quais ele vem sendo operacionalizado pela instituição e suas equipes (eixo 3).
Investigar os benefícios percebidos pela equipe multidisciplinar na implementação do Programa Ponto de Luz	Análise da trajetória institucional	Análise da experiência prática da equipe na implementação do programa, incluindo resultados percebidos ao longo do tempo.
Analisar as dificuldades enfrentadas pela equipe técnica na aplicação das diretrizes do Programa Ponto de Luz e suas implicações no atendimento às vítimas.	Análise de conteúdo Análise da trajetória institucional	Análise dos limites do desenho do programa (coerência e aplicabilidade das diretrizes – eixo 1) e das barreiras vivenciadas no processo de implementação (eixo 3).

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Dessa forma, a adoção da Avaliação em Profundidade como referencial teórico-metodológico permite compreender o Programa Ponto de Luz para além de seus resultados imediatos, explorando suas bases conceituais, os contextos institucionais que o sustentam e os sentidos atribuídos pelos profissionais envolvidos em sua implementação. Essa abordagem favorece uma análise crítica e sensível às singularidades do campo empírico, contribuindo para a identificação de potencialidades e fragilidades do programa no enfrentamento à revitimização de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (Rodrigues; 2008, 2016).

Ao integrar múltiplos olhares e dimensões analíticas, a Avaliação em Profundidade se mostra especialmente adequada para a complexidade do objeto em estudo, exigindo uma escuta qualificada e um olhar atento aos processos, relações e significados que permeiam a política pública em questão. A ênfase nos eixos da análise de conteúdo, de contexto e da trajetória institucional possibilita um entendimento mais consistente sobre a lógica de funcionamento do Programa Ponto de Luz, subsidiando reflexões que possam contribuir com o seu aprimoramento e a efetividade de suas ações no campo da proteção social (Rodrigues; 2008, 2016).

Apesar de suas contribuições significativas, a Avaliação em Profundidade apresenta algumas limitações quando aplicada ao estudo de um programa em uma unidade hospitalar infantil. Por se tratar de uma abordagem intensiva e qualitativa, ela demanda tempo considerável para coleta e análise de dados, o que pode ser um desafio em ambientes hospitalares marcados por rotinas intensas, alta rotatividade de profissionais e escassez de tempo para participação em entrevistas ou outras atividades avaliativas. Além disso, a subjetividade inerente à escuta qualificada e à interpretação dos significados atribuídos pelos profissionais pode gerar vieses, especialmente quando há vínculos institucionais ou emocionais entre os avaliadores e os participantes do estudo.

Outra limitação refere-se à dificuldade de generalização dos achados, uma vez que o foco da avaliação está nas singularidades do contexto estudado. Embora essa perspectiva aprofunde a compreensão do funcionamento interno do programa, ela pode limitar a extrapolação dos resultados para outras realidades institucionais. Por fim, a necessidade de acesso a informações sensíveis e à confiança dos atores envolvidos pode esbarrar em resistências institucionais ou barreiras éticas, particularmente em serviços que lidam com temas delicados como a violência sexual contra crianças e adolescentes. Essas limitações reforçam a importância de uma condução ética, cuidadosa e reflexiva por parte de quem

avalia, para que a profundidade da análise não comprometa a viabilidade e a integridade do processo avaliativo.

2.2 Tipologia do estudo

Quanto à natureza, trata-se de uma pesquisa qualitativa, uma vez que busca compreender, em profundidade, a realidade social vivenciada no contexto do Programa Ponto de Luz, valorizando os significados atribuídos pelos sujeitos envolvidos e considerando a complexidade das interações e processos observados (Flick, 2009). Essa abordagem se justifica pela finalidade de captar as múltiplas dimensões do fenômeno estudado - a não revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e violência sexual - a partir da escuta e da observação dos atores sociais que atuam diretamente no programa (Gerhardt; Silveira, 2009).

Quanto aos fins, trata-se de um estudo descritivo, cuja proposta é registrar, analisar e interpretar de forma holística, o objeto de estudo, a partir dos dados coletados do fenômeno analisado (Marconi; Lakatos, 2010). Quanto aos meios, a pesquisa é documental e de campo, já que se baseia tanto na análise de documentos institucionais quanto na coleta direta de dados no ambiente natural onde o Programa se desenvolve (Flick, 2009; Gerhardt; Silveira, 2009).

Optou-se por um estudo de caso único, centrado na experiência de uma unidade hospitalar. De acordo com Yin (2001), esse tipo de estudo permite uma investigação empírica aprofundada de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Essa estratégia incentiva o uso de múltiplas fontes de evidência, assegurando a triangulação dos dados. Neste estudo, foram utilizadas: i) pesquisa documental; ii) entrevistas semiestruturadas com membros da equipe multidisciplinar; e iii) observações do cotidiano do programa.

2.3 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa

A unidade de análise objeto da pesquisa é o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), localizado em Fortaleza, capital do estado do Ceará, onde o Programa Ponto de Luz está inserido. Trata-se de uma unidade de saúde pública estadual de atenção terciária, referência no atendimento clínico e cirúrgico a crianças e adolescentes (Ceará, 2008).

Figura 1 – Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em Fortaleza/Ceará



Fonte: Acervo pessoal (2025).

Inaugurado em 1952, inicialmente como Hospital Infantil de Fortaleza (HIF), o HIAS foi concebido com o objetivo de atender exclusivamente ao público infantil, especialmente proveniente do interior do estado. Em 1977, passou a adotar o nome atual, após visita do Dr. Albert Sabin, em reconhecimento à sua contribuição para a medicina. Ao longo dos anos, o hospital expandiu sua estrutura e escopo de serviços, incluindo áreas de alta complexidade como Oncologia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Craniofacial, além de serviços de emergência, UTI Neonatal e Infantil, e diversos exames diagnósticos (Ceará, 2008).

Desde 2006, o HIAS é reconhecido como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação, atuando também na formação de profissionais da área da saúde. Sua abrangência extrapola os limites do Ceará, atendendo pacientes de outros estados, sobretudo pela especialização de seus serviços. Além disso, integra a Rede de Atenção a Mulheres, Adolescentes e Crianças, da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), que visa acolher e dar suporte a vítimas de violência sexual e/ou doméstica (Ceará, 2008).

Nesse contexto, o HIAS abriga o Programa Ponto de Luz, iniciativa voltada ao atendimento imediato e humanizado de crianças e adolescentes vítimas de abuso ou violência

sexual, oferecendo profilaxia para ISTs, contracepção de emergência, escuta qualificada e encaminhamentos à Rede de Proteção Social. Para isso, conta com protocolo institucional próprio, elaborado pela equipe multiprofissional, com foco na não revitimização e na garantia dos direitos dos pacientes (Ceará, 2008).

Os sujeitos da pesquisa foram 11 (onze) profissionais de diferentes categorias, envolvidos no Programa Ponto de Luz, seja na área da gestão, seja no atendimento no Serviço de Emergência Pediátrica (SEP), conforme descrito no quadro a seguir.

Quadro 2 – Participantes da pesquisa por área e categoria

ÁREA	CATEGORIAS PROFISSIONAIS	Nº DE PARTICIPANTES
Serviço de Emergência Pediátrica (SEP)	Médico	2
	Assistente Social	2
	Enfermeiro	2
	Psicólogo	2
Gestão	Coordenação do Serviço de Emergência Pediátrica (CSEP/HIAS)	1
	Coordenação Local do Programa (CLP)	1
	Técnico da Gestão do Programa (TGP)	1
Nº total de participantes		11

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Observa-se que no SEP os participantes foram médicos, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos, totalizando 8 (oito) profissionais. Na área de gestão, os sujeitos da pesquisa incluíram os profissionais da coordenação do Serviço de Emergência Pediátrica (SEP/HIAS), técnico da gestão e coordenação local do Programa, somando 03 (três) participantes. Esses sujeitos foram selecionados com base em sua atuação direta nas áreas mencionadas, buscando assegurar uma visão abrangente sobre a implementação e os impactos do programa.

2.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram, ser profissional da saúde (médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos) que atuem no Serviço de Emergência Pediátrica e que tenha

atendido casos relacionados ao Programa Ponto de Luz, ou que esteja na coordenação ou no suporte técnico do mesmo.

Os critérios de exclusão foram, profissionais da saúde que, embora tenham exercido suas funções no Serviço de Emergência Pediátrica, não tenham atendido efetivamente casos caracterizados como “Ponto de Luz”. Também foram excluídos os profissionais em período de licença médica ou afastamento temporário durante o período de coleta de dados ou aqueles que não concordaram com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A).

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados deste estudo foi realizada a partir de três técnicas: i) pesquisa documental; ii) entrevistas; e iii) observação.

Para a coleta de dados primários, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas que, conforme Gil (2017), consiste em um método flexível e dinâmico, permitindo não apenas a formulação de questões, mas também a possibilidade de esclarecê-las, reformulá-las e observar aspectos não verbais, como a expressão corporal e o tom de voz do entrevistado. A escolha por esse método se deu pela sua capacidade de proporcionar uma interação mais profunda com os sujeitos da pesquisa, facilitando a exploração de suas percepções e experiências.

A observação participante, ainda que em sua forma mais simples e espontânea, proporcionou à pesquisadora um acesso mais completo das situações vividas pelos sujeitos, favorecendo a construção de uma compreensão mais aprofundada e contextualizada (Gil, 2017).

Quanto ao roteiro de entrevista com os participantes, foram organizados dois: I) Roteiro para os Profissionais da Equipe Multidisciplinar (Apêndice B); e II) Roteiro para os Profissionais da Gestão (Apêndice C). Ambos compostos por questões abertas que permitiram aos entrevistados falar livremente sobre os processos de atendimento ao público-alvo – crianças e adolescentes e sobre a gestão do Programa. O objetivo foi construir uma narrativa crítica sobre os processos vivenciados, identificando possíveis lacunas ou áreas de melhoria, com vistas ao aprimoramento do Programa.

Dessa forma, os sujeitos da pesquisa foram entrevistados individualmente, em ambiente reservado. Para preservar a identidade dos participantes, foi adotado um sistema de

codificação composto pela primeira letra da respectiva categoria profissional, seguida do número da entrevista. Por exemplo: “M” para médicos, “AS” para assistentes sociais, “E” para enfermeiros, “P” para psicólogos, “CSEP/HIAS” para coordenação do serviço de emergência pediátrica, “CLP” para coordenação local do programa e “TGP” para técnico da gestão do programa.

As entrevistas foram gravadas – com duração total de 03 h. 03 min. 45 seg. – com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritas – totalizando 45 páginas de transcrições - para fins de análise, garantindo o anonimato aos respondentes, por meio do TCLE. A caracterização dos referidos participantes, bem como o tempo de duração das mesmas, está apresentada no quadro a seguir.

Quadro 3 – Caracterização dos participantes e das entrevistas realizadas

ÁREA	CATEGORIA PROFISSIONAL	CÓDIGOS	DURAÇÃO DAS ENTREVISTAS	PÁGINAS DE TRANSCRIÇÃO
Serviço de Emergência Pediátrica (SEP)	Médico	M1	15 min. 11 seg.	04 páginas
	Médico	M2	15 min. 40 seg.	04 páginas
	Assistente Social	AS1	16 min. 27 seg.	04 páginas
	Assistente Social	AS2	18 min. 03 seg.	05 páginas
	Enfermeiro	E1	13 min. 20 seg.	03 páginas
	Enfermeiro	E2	13 min.00 seg.	03 páginas
	Psicólogo	P1	12min. 29 seg.	03 páginas
	Psicólogo	P2	09 min. 55 seg.	03 páginas
Gestão	Coordenação do Serviço de Emergência Pediátrica	CSEP	15min. 35 seg.	04 páginas
	Coordenação Local	CLP	26 min. 23 seg.	05 páginas
	Técnico da Gestão	TGP	27 min. 42 seg.	07 páginas
Total (SEP e Gestão)			3h. 03 min.45 seg	45 páginas

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Em alguns momentos e com alguns profissionais, as entrevistas foram difíceis, em razão da rotina intensa destes, bem como de ambientes sem privacidade, mas não se pode dizer comprometidas. Para contornar tal dificuldade, duas estratégias foram utilizadas: a primeira, procurar pelos profissionais em plantões noturnos, fora do horário crítico de início do plantão; e a segunda, buscar o diálogo e a aquiescência da coordenação do Serviço Social, para utilização da sala da chefia para a realização das entrevistas.

Adotou-se, ainda, a observação, que consiste em uma técnica de coleta de dados amplamente utilizada em estudos qualitativos, especialmente quando se busca compreender práticas, comportamentos e interações no contexto em que ocorrem. Essa técnica permite ao pesquisador uma aproximação mais direta da realidade estudada, favorecendo uma apreensão mais rica e detalhada dos fenômenos sociais (Gil, 2017).

Neste estudo, a técnica de observação foi conduzida com base num roteiro previamente estruturado (Apêndice D), sem, contudo, desconsiderar elementos espontâneos que emergiram no decorrer das situações observadas, respeitando a dinâmica real do ambiente e das interações entre os sujeitos. Ressalta-se que os atendimentos a casos de abuso e violência sexual não ocorrem com regularidade ou frequência previsível. Em determinados dias, podem ser registrados de um a quatro casos, enquanto em outros, não há qualquer demanda. Diante dessa imprevisibilidade, foi necessário aproveitar as ocorrências no momento em que se apresentavam, a fim de acompanhar e registrar em tempo real os procedimentos adotados durante os atendimentos, tendo sido necessário em algumas ocasiões não seguir o roteiro na íntegra, bem como buscar esclarecimentos sobre determinadas condutas.

Já para a coleta dos dados secundários, utilizou-se de pesquisa documental, a partir da análise dos registros de atendimentos e do levantamento de dados demográficos disponíveis (Gil, 2017). Foram consultados documentos institucionais importantes referentes aos anos de 2021 a 2024, tais como: (i) Protocolo de Atendimento Médico; (ii) Fluxograma; Prontuários físicos; (iii) Um arcabouço de Prontuário específico do Programa Ponto de Luz; (iv) Um sistema informatizado denominado hospub; (v) Relatórios Anuais sobre Crianças e Adolescentes com Direitos Violados Atendidos pelo Setor de Serviço Social do Hospital Infantil Albert Sabin- HIAS.

2.5 Análise dos dados

Na análise dos dados, foi aplicada a técnica de triangulação de métodos, considerada uma estratégia rigorosa e pertinente para pesquisas qualitativas que visam aprofundar a compreensão de fenômenos complexos (Coutinho, 2008). Essa abordagem metodológica permitiu integrar diferentes fontes de evidências - observação, entrevistas institucionais e análise documental - com o referencial teórico e os dispositivos legais que orientam a atuação do Programa Ponto de Luz.

Contudo, diante da natureza imprevisível dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual, foi necessário adequar a aplicação da técnica de observação à realidade institucional, priorizando a presença nos momentos em que os atendimentos ocorriam, especialmente no acompanhamento das ações desenvolvidas pelo Serviço Social e na sua articulação com as demais equipes. As entrevistas, por sua vez, seguiram rigorosamente o roteiro semiestruturado proposto, sendo conduzidas com profissionais das diferentes categorias. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e autorização para gravação, os áudios foram devidamente transcritos para posterior análise. Complementarmente, foi realizada a análise documental com base em textos de autores discutidos na Parte I do curso de mestrado, além da coleta de documentos institucionais obtidos junto às equipes técnicas e de gestão do Programa Ponto de Luz.

Tal procedimento possibilitou ampliar a validade dos dados e enriquecer a análise ao favorecer o cruzamento de informações, reduzindo vieses e contribuindo para a construção de interpretações mais consistentes. De acordo com Coutinho (2008), a triangulação promove um diálogo constante entre os dados empíricos, a teoria e a análise de conjuntura, por meio de um processo dialético que fortalece a densidade analítica da investigação.

A triangulação se revelou especialmente útil na identificação das possíveis lacunas entre os objetivos formais do programa e os sentidos atribuídos por seus agentes institucionais, possibilitando uma apreensão mais crítica das práticas adotadas no enfrentamento à revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual (Coutinho, 2008).

Dessa forma, os resultados obtidos não apenas subsidiaram inferências relevantes sobre a efetividade do programa, como também forneceram subsídios para a formulação de recomendações voltadas ao aprimoramento da gestão e das práticas técnicas no contexto da política pública analisada.

2.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi desenvolvida em consonância com a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Infantil Albert Sabin - CE, através do parecer n.º 7.498.009, datado de 10.04.2025. Desse modo, a coleta de dados iniciou após a obtenção da aprovação pelo CEP (Anexo A).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A análise da legislação brasileira e do histórico das políticas públicas ganha especial relevância quando direcionada à proteção de crianças e adolescentes, especialmente no contexto da violência sexual. Ao longo do tempo, o Estado brasileiro assumiu responsabilidades crescentes na formulação e implementação de políticas voltadas à garantia dos direitos desse público, reconhecendo sua condição de pessoas em desenvolvimento e a necessidade de proteção integral. A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, representam marcos fundamentais nesse processo, consolidando a doutrina da proteção integral e a corresponsabilidade da família, sociedade e Estado. Nesse sentido, compreender a trajetória histórica das ações governamentais no Brasil permite identificar os avanços institucionais, os desafios persistentes e a importância de estratégias intersetoriais no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes.

3.1. O Estado Brasileiro e o Histórico das Políticas Públicas

Resgatando aspectos históricos, observa-se que o Brasil passou por grandes e profundas transformações ao longo de 50 a 60 anos. Nos anos 1920, o país era predominantemente rural e agrícola, com 70% da população vivendo no campo. Em poucas décadas, esse perfil mudou radicalmente: o Brasil tornou-se a oitava maior economia industrial do mundo, com 70% da população residindo nas cidades e apenas 30% no campo. Essa mudança representou uma verdadeira inversão no perfil social e econômico do país (Araújo, 2003).

Nesse contexto, o estado brasileiro se consolidou como desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário, com foco na promoção do processo de industrialização e na aspiração de se tornar uma grande potência. Assim, o Poder Público assumiu o papel de principal agente promotor do desenvolvimento, com atenção prioritária à ordem econômica, enquanto as questões de bem-estar social foram relegadas a um segundo plano. As políticas públicas dessa época foram majoritariamente direcionadas à promoção do crescimento econômico, por meio da aceleração da industrialização, sem, contudo, promover mudanças estruturais nas relações de propriedade na sociedade brasileira (Araújo, 2003).

O histórico processo de colonização e escravidão deixaram marcos no sistema protetivo brasileiro. Em um primeiro momento, a trajetória da proteção social se manifestou predominantemente por meio de práticas, obras assistenciais, filantrópicas e de misericórdia,

que constituíam suas expressões mais significativas. No decorrer do século XIX, essas práticas ganharam maior visibilidade e organização por meio das obras sociais e filantrópicas promovidas por ordens religiosas e pelas redes de solidariedade familiar.

Com o avanço da industrialização, da urbanização e da emergência e consolidação do movimento operário fomentaram a regulação social do trabalho e, nesse espaço inicia-se a construção da chamada “cidadania regulada,” é que emerge a proteção social pública e apenas as pessoas que trabalhavam em determinadas ocupações reconhecidas e regulamentadas pelo Estado, eram consideradas cidadãs.

O Estado brasileiro, embora tenha alcançado a posição de oitava maior economia do mundo em poucos anos, continua sendo, simultaneamente, um dos países com maior desigualdade social entre as nações de perfil econômico semelhante. Como se viu, historicamente o foco predominante foi o crescimento econômico, relegando ao segundo plano a implementação de políticas de proteção social voltadas para o conjunto da sociedade (Araújo, 2003).

Devido ao histórico perfil autoritário e conservador, os gestores em níveis centrais, como, por exemplo, em Brasília, tendem, na elaboração de políticas públicas sociais, a adotar decisões baseadas em médias nacionais. Essa abordagem, no entanto, revela-se um grande equívoco, especialmente considerando a heterogeneidade de um país continental como o Brasil. É imprescindível considerar as especificidades das realidades locais, promovendo a participação social como um elemento essencial para a construção de soluções eficazes e sustentáveis.

Nesse contexto, tornou-se urgente repensar o modelo de Estado desenvolvimentista, tradicionalmente centrado no crescimento econômico, em favor de um modelo que priorize a proteção social. Esse novo paradigma deve garantir direitos fundamentais, como saúde, educação, segurança pública e alimentar, assistência social, entre outros. É portanto necessário investir em políticas sociais orientadas para os territórios, valorizando os espaços governamentais locais, espaços esses que, ao longo dos anos, têm desempenhado um papel central na formação de profissionais capacitados e no acúmulo de experiências significativas para a gestão pública.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a lógica da "cidadania regulada" foi superada, dando lugar a um modelo de proteção social fundamentado no reconhecimento e na garantia de direitos sociais de caráter universal. Nesse novo marco, instituiu-se a Seguridade Social como um sistema integrado de proteção social, composto pelas

políticas públicas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, que passam a constituir o chamado "tripé da seguridade social" (Brasil, 1988).

O termo "políticas públicas" engloba diferentes significados e valores, que podem variar dependendo do viés ideológico e da posição do agente, seja dentro ou fora do governo. É fundamental compreender onde e como funcionam as políticas públicas finalísticas que atendem às demandas das pessoas no território. Todos os governos estabelecem uma hierarquização de preferências, e essas preferências podem se transformar em ações governamentais. A implementação de uma política pública ocorre quando sua materialização se concretiza, ou seja, quando ações são implementadas, gerando resultados. Esse processo exige soluções articuladas, integradas e participativas.

No plano conceitual, as políticas públicas podem ser compreendidas como o conjunto de decisões, programas e ações empreendidas pelo Estado com o objetivo de atender às demandas da sociedade e promover o bem comum (Nirenberg, 2013). No entanto, essa definição, de caráter funcionalista, não dá conta da complexidade dos processos envolvidos. Autores como Souza (2006), Heidemann (2006) e Saraiva (2006) argumentam que as iniciativas governamentais são arenas de disputa simbólica e material, nas quais diferentes grupos sociais, com interesses e poderes distintos, disputam a definição dos problemas públicos e das soluções a serem adotadas. Assim, o ciclo das políticas públicas – formulação, implementação, avaliação – deve ser compreendido como um campo de tensões e negociações, no qual se manifestam as relações de poder presentes na sociedade. A ideia sintetiza conceitos desenvolvidos por diversos estudiosos no campo das políticas públicas, refletindo uma compreensão crítica sobre o processo político e as relações de poder que permeiam a elaboração e a implementação destas.

Diversos modelos teóricos foram propostos para compreender a dinâmica das políticas públicas, entre os quais se destacam o modelo do ciclo (*policy cycle*), o modelo de múltiplas correntes (Kingdon, 1984), o modelo da coalizão de defesa (Sabatier; Jenkins-Smith, 1993), o modelo do equilíbrio interrompido (Baumgartner; Jones, 1993) e o modelo da lata de lixo (Cohen; March; Olsen, 1972). Cada um oferece uma lente analítica específica, evidenciando diferentes aspectos da ação estatal e das disputas em torno da formulação da agenda pública.

O modelo de ciclo de políticas públicas propõe uma estrutura sequencial composta por etapas como a definição da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação e avaliação, permitindo a sua compreensão como um ciclo dinâmico

e contínuo de aprendizado, embora seja criticado por sua rigidez e pela linearidade que não reflete a complexidade do mundo real (Souza, 2006).

Kingdon (1984), por sua vez, propôs o modelo das múltiplas correntes, no qual a formulação da agenda ocorre a partir da confluência de três fluxos: o de problemas, o de soluções e o de políticas. Essa convergência, em momentos denominados janelas de oportunidade, permite que certas questões ganhem visibilidade e sejam inseridas na agenda governamental.

O modelo da coalizão de defesa, desenvolvido por Sabatier e Jenkins-Smith (1993), destaca o papel das crenças, valores e ideologias na formulação das políticas públicas. Para os autores, diferentes coalizões de atores compartilham crenças comuns e competem entre si dentro de subsistemas políticos específicos, influenciando os rumos das políticas ao longo do tempo.

O modelo de equilíbrio interrompido, proposto por Baumgartner e Jones (1993), baseia-se na ideia de que as políticas públicas alternam entre longos períodos de estabilidade e momentos de mudança abrupta. Essas rupturas ocorrem quando há alteração na imagem pública de um problema, muitas vezes impulsionada pela atuação da mídia ou por eventos marcantes, permitindo a reconfiguração das prioridades políticas.

Já o modelo da lata de lixo (*garbage can*), formulado por Cohen, March e Olsen (1972), parte da premissa de que as organizações públicas funcionam de maneira anárquica e caótica, com decisões sendo tomadas de forma não linear, à medida que problemas, soluções e participantes se encontram por acaso. As soluções muitas vezes antecedem os problemas, e as decisões são produto da confluência aleatória de fluxos desconectados.

Esses modelos, apesar de distintos, contribuem para a compreensão das políticas públicas, ao evidenciar que a ação governamental é resultado de múltiplas interações entre instituições, atores, valores e contextos históricos. O aprofundamento dessa perspectiva analítica é essencial para avaliar criticamente o papel do Estado na promoção da justiça social e no enfrentamento das desigualdades, especialmente em países como o Brasil, onde a fragilidade institucional e a desigualdade social ainda impõe sérios desafios à efetividade das políticas públicas.

Nas últimas décadas, também se observa uma crescente valorização do papel das instituições e das capacidades estatais na produção de políticas públicas efetivas. A noção de autonomia relativa do Estado (Evans; Rueschemeyer; Skocpol, 1985) tem sido fundamental para compreender como os governos podem formular e implementar políticas públicas de forma relativamente independente das pressões de grupos de interesse, ainda que nunca

completamente desvinculados da sociedade. A qualidade das iniciativas públicas, nesse sentido, depende não apenas da vontade política, mas também da capacidade técnica, administrativa e relacional do Estado e da abertura existente para a participação social.

Portanto, o histórico das políticas públicas no Brasil revela um percurso tensionado entre avanços normativos e limitações práticas, entre projetos inclusivos e resistências conservadoras, entre a centralização tecnocrática e a busca por participação democrática. O desafio contemporâneo está em consolidar um Estado que, além de eficiente e responsivo, seja profundamente comprometido com a justiça social, a equidade territorial e o protagonismo dos sujeitos historicamente marginalizados. Para tanto, é necessário superar os limites de uma visão tecnocrática das políticas públicas e investir em processos de planejamento, monitoramento e avaliação que considerem os territórios com suas especificidades e usuários/beneficiários como elementos centrais da ação estatal.

Embora não existam conclusões definitivas sobre o conceito de política pública, Nirenberg (2013) entende que estas consistem no conjunto de objetivos, decisões e ações empreendidas por um governo para solucionar os problemas que, em determinado momento histórico, são considerados prioritários tanto pelos cidadãos quanto pelo próprio governo. São estratégias intencionais voltadas a objetivos específicos, com uma visão de longo prazo, mas que também geram efeitos em curto e médio prazos.

Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, possuindo como elemento fundamental o propósito público e a resposta a determinada questão social. É estabelecida para abordar questões consideradas relevantes para a coletividade. Neste contexto, não se aprofunda a discussão sobre se estas iniciativas devem ser exclusivamente de origem estatal, ou seja, governamentais, ou se também incluem iniciativas não estatais. O ponto central, aqui, é a intenção de responder a um problema público.

Diversas definições de política pública enfatizam seu papel na solução de problemas, contudo, alguns autores criticam essa abordagem, argumentando que ela ignora a essência destas políticas: o embate em torno das ideias e interesses envolvidos em sua construção. Ao focar apenas no papel dos governos, essas definições tendem a desconsiderar o caráter conflituoso das políticas públicas e os limites impostos às decisões governamentais. Além disso, não contemplam as possibilidades de cooperação entre governos, instituições e grupos sociais.

Se considerarmos que a ação governamental é um campo holístico, a área se torna um território que abrange várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. E embora seja um

ramo da ciência política, não se limita a ela, podendo ser objeto de análise também em outras áreas do conhecimento, como a econometria. O caráter holístico dessa área não implica uma carência teórica e metodológica, mas sim sua capacidade de comportar diferentes perspectivas.

De acordo com Celina Souza (2006), as políticas públicas, após serem desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informações. Quando implementadas, ficam submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação. Nesse contexto, o Programa Ponto de Luz pode ser compreendido como um desdobramento concreto da política pública de proteção à infância e adolescência, estruturado enquanto programa institucional, da área da saúde, voltado para o atendimento às situações de abuso e violência sexual, buscando em sua execução a prevenção da revitimização de crianças e adolescentes. Sua implementação no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) representa a materialização de diretrizes normativas como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - e a Lei nº 13.431/2017 - em ações práticas para assegurar atendimento humanizado e articulação intersetorial. O Programa deverá se inserir exatamente no ciclo descrito por Souza, que abrange a formulação, implementação e avaliação permitindo, assim, o aprimoramento contínuo de suas práticas e a efetivação dos direitos da população infanto-juvenil atendida.

3.2 A Importância das Políticas Públicas de Proteção à Criança e ao Adolescente no Contexto da Violência Sexual

A violência sexual contra crianças e adolescentes se constitui uma das formas mais graves de violação de direitos, com consequências profundas e duradouras para o desenvolvimento físico, emocional e social das vítimas. Diante disso, as políticas públicas de proteção são instrumentos estratégicos e fundamentais do Estado para prevenir, enfrentar e proteger dos danos causados por esse tipo de violência. Este capítulo traz uma discussão sobre a violência sob diversas perspectivas – social, psicológica, jurídica e institucional – reconhecendo que sua complexidade exige abordagens integradas e sensíveis às múltiplas dimensões do problema.

3.2.1 Violência e seu Entendimento sob Várias Perspectivas

A violência não é um fenômeno recente. Diversas modalidades de práticas violentas têm sido conhecidas e frequentes desde a Antiguidade, incluindo o período medieval, evidenciando a presença da violência física como prática comum. Atos como amputações de membros, purificações em fogueiras e execuções públicas eram frequentes na época, demonstrando a naturalização da violência no comportamento humano em determinados contextos históricos. Odalia (1985, p. 18) aponta registros bíblicos que apontam a presença de indícios de violência, conforme descrito: “um repositório incomum de violências, um abecedário completo e variado, que vai da violência física à violência sutil e maliciosa, do estupro ao fratricídio, do crime passional ao crime político”.

No entanto, essas práticas só passaram a ser discutidas de forma mais sistemática a partir do século XIX, quando a violência começou a ser caracterizada como um fenômeno social e problematizada como tal. Esse reconhecimento despertou a atenção tanto do poder público quanto de estudiosos de diversas áreas, como história, geografia, ciências sociais, economia, medicina, psicologia, direito, entre outras (Hayeck, 2009).

Autores como Marx, Hegel e Nietzsche foram os principais teóricos a debater a violência clássica associada à barbárie. Embora esse tipo de violência esteja historicamente vinculado a períodos passados, ela ainda pode ocorrer na contemporaneidade. A teoria de Max Weber, um dos fundadores da sociologia, enfatiza a importância da compreensão dos contextos sociais e culturais que moldam o comportamento humano e as estruturas de poder. É fundamental entender que muitas percepções consideradas naturais são profundamente influenciadas por fatos.

A proteção integral de crianças e adolescentes vítimas de abuso e violência sexual exige políticas públicas que reconheçam a complexidade social e cultural desse fenômeno. A violência, conforme discutido por Hayeck (2009), é compreendida como um fenômeno social multifacetado, que desperta o interesse, como visto anteriormente, de diversas áreas do saber. Ao considerar a perspectiva da sociologia compreensiva de Max Weber, especialmente conforme sistematizado em *Economia e Sociedade* (1922), torna-se evidente que o enfrentamento da violência não pode ocorrer de forma descontextualizada. É imprescindível compreender os significados atribuídos aos atos, às instituições e às relações de poder envolvidas, incluindo as formas pelas quais a violência é percebida, denunciada, acolhida e enfrentada nos espaços institucionais.

Assim, o presente estudo parte da análise do Programa Ponto de Luz como expressão concreta de uma política pública que responde a um problema social historicamente

construído e culturalmente situado, buscando avaliar sua atuação com base nas práticas institucionais e nos sentidos atribuídos pelos profissionais envolvidos, conforme propõe Weber. Trata-se, portanto, de entender que muitas das respostas institucionais consideradas “naturais” são, na verdade, moldadas por contextos sociais, culturais e normativos específicos, que influenciam diretamente o comportamento dos sujeitos e a organização das estruturas de atendimento.

De acordo com Filho (2001), para Marx, a violência é uma condição superável e não algo inerente à natureza humana. Nietzsche, por sua vez, compreende a violência como uma parte constitutiva do ser humano, embora reconheça a necessidade de enfrentá-la. Assim, compreender o fenômeno da violência requer uma análise do contexto em que surge, buscando teóricos clássicos, escolas tradicionais, novas teorias de correntes contra-hegemônicas e históricos processos sociais.

Quando não se amplia a perspectiva histórica do fenômeno violência, corre-se o risco de acreditar, de forma equivocada, que o mundo nunca foi tão violento quanto é hoje. Essa visão, entretanto, é parcial e distorcida. O debate sobre a violência ganhou maior relevância, especialmente a partir da década de 1980, quando a sociedade passou a tomar consciência da gravidade e da extensão do problema. Ao se tornar comum entre os indivíduos, a violência foi banalizada e incorporada como parte do modo de viver em sociedade. Nesse contexto, Odalia (1985, p. 14) afirma: “[...] uma das condições básicas da sobrevivência do homem, num mundo natural, hostil, foi exatamente sua capacidade de produzir violência numa escala desconhecida pelos outros animais”.

A violência pode assumir múltiplos significados, incluindo ataques físicos, uso de força, ameaças ou até mesmo comportamentos considerados indisciplinados ou incontroláveis. Assim, segundo o dicionário francês Michaud (1989, p. 7):

- a) O fato de agir sobre alguém ou de fazê-lo agir contra a sua vontade, empregando a força ou a intimidação;
- b) O ato através do qual se exerce a violência;
- c) Uma imposição natural para a expressão brutal dos sentimentos;
- d) A força irresistível de uma coisa;
- e) O caráter brutal de uma ação.

Na análise realizada sobre o processo civilizador, particularmente no período pós-Renascimento, observou-se que sua viabilidade foi garantida pela adoção, por parte dos indivíduos, de normas de convivência e pela outorga do monopólio do exercício da violência ao Estado. Dessa forma, a violência deixa de ser espontânea e irracional, tornando-se centralizada e exclusiva do Estado (Buoro, 1999).

Chauí (1985), em sua interpretação da violência moderna, aborda a incorporação das dimensões física e psíquica do indivíduo. A autora não compreende a violência apenas como uma violação ou transgressão, mas como a conversão de uma diferença hierárquica em instrumento de dominação e opressão, caracterizada pela passividade e pelo silêncio dos sujeitos envolvidos.

Ademais, Minayo (1994) destaca que a violência deve ser compreendida como um fenômeno biopsicossocial, cuja complexidade não decorre de uma suposta natureza humana violenta, mas sim de processos históricos, culturais e institucionais que conformam determinadas relações de poder, desigualdade e exclusão. Nessa perspectiva, as violências sofridas por crianças e adolescentes não são apenas atos individuais, mas expressões de uma cultura que silencia, invisibiliza e culpabiliza as vítimas, especialmente quando essas pertencem a grupos socialmente vulnerabilizados. A revitimização, nesse contexto, pode ocorrer quando instituições que deveriam acolher e proteger reproduzem práticas burocráticas, fragmentadas, desumanizadas ou moralizantes, negligenciando o sofrimento psíquico e social dessas vítimas.

De acordo com Santos (2002), trata-se de um dispositivo de poder composto por múltiplas formas de manifestação. Em uma relação específica com o outro, utiliza-se da força e da coerção, gerando, assim, prejuízos sociais. Já Hannah Arendt (2003), por sua vez, define a violência como algo oposto ao poder. Para a autora, esta surge quando há a desintegração do poder, sendo, portanto, um fenômeno que emerge diante do colapso das estruturas de autoridade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), afirma que a violência pode ser compreendida como o uso da força física ou do poder – seja em forma de ameaça ou de ação – contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou comunidade, podendo causar ou resultar em sofrimento, morte, danos psicológicos, prejuízos ao desenvolvimento ou privação.

Ainda, a Organização afirma que a violência é uma questão de saúde pública (OMS, 1996). Trata-se de uma grave violação dos direitos humanos, cujas consequências para a saúde são incalculáveis. A questão em pauta exige a urgente e qualificada intervenção do poder público, por meio da formulação de políticas públicas em diversas áreas, envolvendo todos os entes federados – União, estados e municípios –, bem como segmentos da sociedade, no enfrentamento do problema. Tais políticas devem abranger todos os níveis de atuação, pois é imprescindível a elaboração de um conjunto de ações voltadas à proteção e ao cuidado integral da saúde das pessoas em situação de violência.

Assim, reforça-se a necessidade de respostas institucionais integradas, qualificadas e intersetoriais. A ausência ou fragilidade de políticas públicas eficazes, a desarticulação entre os serviços de saúde, assistência social, justiça e educação, bem como a falta de capacitação adequada dos profissionais envolvidos, constituem fatores estruturais que favorecem a revitimização. Neste ensejo, crianças e adolescentes são, muitas vezes, submetidos a múltiplos atendimentos, exposição repetida dos fatos vivenciados e julgamentos, contribuindo para a intensificação do trauma.

As construções sociais e institucionais da violência estão relacionadas a um contexto de omissão, negligência e naturalização deste fenômeno, especialmente contra a infância e a adolescência. Desta forma, a superação da revitimização requer não apenas políticas públicas bem formuladas, mas também uma transformação no modo que a sociedade compreende e responde à violência, colocando a dignidade, os direitos e o cuidado integral das vítimas no centro das ações.

Desta forma, com base nas definições de violência acima, é possível compreender que a revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual está profundamente vinculada a construções sociais e institucionais que naturalizam, negligenciam ou reproduzem práticas violentas, no interior das estruturas sociais e dos sistemas de proteção.

A infância e a adolescência são ciclos de vida fundamentais, não apenas para o crescimento físico, mas, sobretudo, para o desenvolvimento psíquico, emocional e comportamental, período da formação da personalidade e do desenvolvimento cognitivo. É nessa fase que são adquiridos e experienciados os elementos básicos para o estabelecimento de relacionamentos interpessoais. Nesse contexto, o papel da família se destaca, em razão de se constituir no primeiro sistema com o qual o ser humano interage. A dinâmica familiar é essencial no desenvolvimento da criança, uma vez que é em seu lar que ela desenvolverá quase todos os repertórios básicos que nortearão seu comportamento na vida adulta. A experiência de abuso sexual na infância e na adolescência pode desencadear efeitos negativos no desenvolvimento cognitivo, afetivo e social das vítimas.

No entanto, estudos e pesquisas apontam que é no ambiente doméstico que ocorre a maior parte dos casos de maus-tratos. Aproximadamente 80% das ocorrências de violência contra crianças e adolescentes são perpetradas por familiares ou por pessoas com vínculos afetivos com as vítimas, como amigos ou cuidadores/responsáveis (Habigzang et al., 2006; Koller; Antoni, 2004; Oliveira; Flores, 1999).

O abuso sexual e/ou violência sexual, dependendo do contexto, pode ser classificado em duas categorias: extrafamiliar e intrafamiliar. O abuso extrafamiliar ocorre

fora do ambiente doméstico, em situações nas quais o agressor é uma pessoa desconhecida ou que não pertence ao grupo familiar da vítima, geralmente envolvendo violência física. Essa categoria também abrange casos de pornografia e exploração sexual (Koller; Moraes; Cerqueira-Santos, 2005; Libório, 2005).

De acordo com a afirmativa acima, o abuso sexual intrafamiliar apresenta índices alarmantes de ocorrência. Portanto, os casos de abuso contra crianças e adolescentes são, em sua maioria, perpetrados por pessoas próximas, que podem ou não ter laços de consanguinidade com a vítima. O agressor mantém uma relação de confiança com a vítima, sendo, muitas vezes, o abuso sexual considerado incestuoso, ou seja, envolvendo parentes diretos, como pais, avós, bisavós e seus descendentes, ou ainda entre irmãos (Habigzang et al., 2006; Koller; Antoni, 2004; Oliveira; Flores, 1999).

A definição de abuso sexual infantil não é simples, devido à complexidade do fenômeno. Ainda persiste a confusão entre abuso sexual e estupro. Alguns profissionais ou órgãos envolvidos no atendimento às vítimas consideram como sexualmente abusivas apenas as relações sexuais com intercursos genitais completos (estupro) (Habigzang et al., 2011; Koller, 2006). Contudo, o entendimento deste tipo de abuso contra crianças e adolescentes tem se ampliado, podendo incluir desde atos sem contato físico até diferentes tipos de atos com contato físico, com ou sem penetração, incluindo situações de exploração sexual, como a prostituição e a pornografia (Ministério da Saúde, 2002).

Neste contexto, as estimativas indicam que uma em cada quatro meninas e um em cada seis meninos vivenciaram alguma forma de abuso sexual durante a infância (Sanderson, 2005).

O abuso sexual é definido como o envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades sexuais com um adulto ou com outra criança que, devido à idade ou estágio de desenvolvimento, mantém uma relação de responsabilidade, confiança ou força sobre a vítima, com a finalidade de satisfazer as necessidades do agressor. Esse fenômeno pode incluir a exploração sexual, caracterizada pela indução ou coerção de uma criança para se engajar em atividades sexuais de natureza comercial, como o uso de crianças em performances ou materiais pornográficos (World Health Organization, 1999). Gabel (1997), por sua vez, explica que este é caracterizado por uma relação de poder desigual entre o agressor e a vítima, sendo o exercício do poder do "grande" (protetor) sobre o "pequeno" (a vítima dependente).

Conforme visto anteriormente, o abuso sexual é registrado desde a Antiguidade, com manifestações históricas variando entre a negação da existência de contato sexual entre

adultos e crianças até sua plena aceitação (Deblinger; Heflin, 1995). Importa destacar que a diferença etária entre o agressor e a vítima tem sido apontada como critério para distinguir atos abusivos de não abusivos. Qualquer relação que envolve o uso de força, ameaça, indução da vontade ou exploração da autoridade deve ser considerada um comportamento abusivo. Outras variáveis, como poder, força, maturidade emocional e inteligência, devem ser consideradas na avaliação dos casos (Amazarray; Koller, 1998; Cohen; Mannarino, 2000).

Não existem sintomas ou alterações cognitivas, emocionais e comportamentais definidos. A intensidade desses sintomas pode variar consideravelmente de criança para criança. Algumas apresentam efeitos mínimos ou nenhum sintoma aparente, enquanto outras desenvolvem problemas emocionais, sociais e/ou psiquiátricos graves (Elliott; Carne, 2001; Runyon; Kenny, 2002; Saywitz et al., 2000). Segundo Habigzang (2006) e Valle e Silovsky (2002), o impacto da violência sexual na criança é definido por um conjunto de três fatores: intrínsecos à criança; extrínsecos, envolvendo sua rede de apoio social e afetiva; e, por fim aqueles relacionados à violência sexual em si.

O médico legista francês Ambroise Tardieu, em 1860, escreveu a primeira monografia sobre a síndrome da criança espancada, descrevendo todas as formas de maus-tratos conhecidas na época. Na ocasião, ele analisou indicadores físicos de 632 casos de abuso sexual contra mulheres – a maioria, meninas – e 302 casos envolvendo meninos (Aded et al., 2006).

Cerca de cem anos depois, em 1962, nos Estados Unidos, o médico radiologista Kempe e seus colaboradores confirmaram, por meio de estudos e pesquisas, a teoria dos maus-tratos desenvolvida por Tardieu. Em 303 casos registrados em hospitais nos Estados Unidos, relacionados a lesões físicas em crianças, os pais ou responsáveis atribuíram as lesões a acidentes. Contudo, os exames radiográficos revelaram que as lesões não haviam sido acidentais, mas causadas pelo espancamento das crianças pelos responsáveis (Kempe et al., 1962). Desses casos, 128 crianças faleceram ou sofreram sequelas cerebrais permanentes. A publicação desse estudo impulsionou a modificação das leis e a criação de políticas públicas com o objetivo de proteger, tratar e prevenir a violência contra crianças e adolescentes (Aded et al., 2006).

O abuso sexual frequentemente começa quando o agressor se utiliza da confiança e do afeto que a criança tem por ele, e pode ter continuidade de forma complexa e dinâmica. Na maioria dos casos, a criança não reconhece imediatamente que a relação interativa é abusiva e, por essa razão, não a revela a ninguém. A vítima só percebe a violência à medida que a conduta abusiva avança e se torna mais invasiva. Uma série de variáveis atua na

manutenção desse ciclo, que, em média, dura pelo menos um ano (Furniss, 1993; Habigzang; Caminha, 2004; Habigzang et al., 2005). O uso de ameaças e barganhas por parte do agressor é uma das condições que perpetuam o abuso, uma vez que ele tem plena consciência da gravidade da situação.

Entre as ameaças mais comuns estão a promessa de morte de pessoas importantes para a vítima ou da própria criança, além da alegação de que, caso o abuso seja descoberto, a vítima será castigada ou perderá a credibilidade perante seus familiares e amigos. Alguns abusadores, quando fazem parte do núcleo familiar, frequentemente utilizam os sentimentos positivos que a vítima tem por eles para manipulá-la (Furniss, 1993). A chantagem emocional é uma das táticas mais utilizadas, com a afirmativa de que serão presos ou sofrerão outras consequências negativas caso a vítima revele os abusos. Além disso, o agressor pode oferecer presentes, regalias e privilégios em troca do silêncio da vítima.

Outra condição que perpetua o abuso, apesar de o agressor saber que está cometendo um crime, é a “Síndrome de Adição”, que ocorre devido ao descontrole impulsivo do abusador, que utiliza a criança para sua excitação sexual. Esse processo é conduzido pela compulsão à repetição, uma dependência psicológica e um comportamento abusivo em si frequentemente negado pelo agressor (Furniss, 1993).

Assim, refere-se a uma dinâmica relacional complexa entre vítima e agressor, marcada por uma forma de *vinculação ambivalente*, que pode envolver sentimentos de dependência, medo, culpa e confusão emocional por parte da vítima. Essa dinâmica impacta profundamente a forma como a vítima percebe o abuso, e também como ela reage ao processo de acolhimento, escuta e acompanhamento psicossocial. A ligação afetiva com o agressor, muitas vezes uma figura de cuidado (pai, padrasto, tio, irmão, etc), dificulta o rompimento do vínculo abusivo, mesmo após a denúncia. A vítima pode apresentar resistência ao acolhimento, negação do abuso, minimização dos fatos ou até retração durante os atendimentos no programa. A internalização da culpa pelo que aconteceu, especialmente quando o agressor utiliza manipulações emocionais para manter o segredo ou para fazer com que a vítima acredite que consentiu com o ato, gera sentimentos de vergonha e auto acusação que impactam diretamente no engajamento ao acompanhamento posterior ao atendimento emergencial.

No âmbito do Programa Ponto de Luz, esse fenômeno poderá representar um desafio significativo no campo da psicologia da vítima, podendo ainda interferir diretamente na efetividade do atendimento e na adesão ao tratamento. Como o referido Programa não foi

estudado nesse aspecto, sugere-se um estudo mais aprofundado, que poderá ser um desdobramento futuro da avaliação em pauta.

Já a “Síndrome da Acomodação” é uma condição importante para a manutenção da dinâmica do abuso sexual, na qual a criança se adapta à situação abusiva ao entender que sua única opção é aceitar e sobreviver, uma vez que “caiu na armadilha” do agressor. Essa síndrome envolve segredo, percepção de desamparo, aprisionamento, acomodação, revelação retardada e, em muitos casos, retratação (Gabel, 1997). Quando acredita que não terá a credibilidade de sua família, é comum que a criança se retrate, afirmando que o abuso não ocorreu, muitas vezes por pressão dos familiares ou por medo de ser julgada (Cohen; Mannarino, 2000; Gabel, 1997).

A criança acredita nas ameaças do agressor, sente-se culpada pelo abuso e tem vergonha de revelá-lo à família, temendo ser punida. Assim, diante da falta de apoio ou da incredulidade dos adultos, a criança se conforma com a situação abusiva. Portanto, o silêncio da vítima pode ocorrer por diversos motivos, como o temor à reação da família, que deseja manter a aparência de uma "família perfeita"; a conivência de adultos que sabem do abuso e não denunciam; a sensação de que nada pode ser feito para resolver a situação; o estigma do tabu; ou a falta de orientação sobre como lidar com o problema (Cohen, 1997).

Não se pretende negar que a violência urbana e institucional são problemas sociais que afetam crianças e adolescentes, todavia, o abuso e a violência sexual são as mais graves, além de recorrentes, causando efeitos negativos significativos no seu desenvolvimento. Como fenômeno universal, o abuso sexual afeta pessoas de todas as idades, níveis sociais e econômicos, etnias, religiões e culturas (Pfeiffer; Salvagni, 2005).

Nesta seara, a coexistência de diferentes formas de violência intrafamiliar dificulta ainda mais a ruptura do ciclo de abuso sexual, agravando a situação das vítimas e, dentre elas, estão a negligência, o abuso físico e o abuso psicológico. A negligência se refere à omissão dos pais ou responsáveis em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança ou adolescente, podendo ser de cuidados básicos, como a privação de medicamentos, o descuido com a higiene, a ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor, e o não provimento de estímulos e condições para a frequência à escola (Ministério da Saúde, 2002). Nesta conjuntura, o abandono é considerado uma forma extrema de negligência (Habigzang et al., 2011; Koller, 2006).

Os abusos físicos envolvem atos de violência física intencional, praticados por pais, responsáveis ou pessoas próximas, com o objetivo de ferir, lesionar ou destruir a vítima. Esses abusos vão desde tapas e beliscões até lesões e traumas causados por objetos ou

instrumentos, queimaduras, sufocamento e mutilações. As vítimas podem apresentar fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais, queimaduras e outros sinais de crueldade (Ministério da Saúde, 2002). Muitas vezes, as agressões físicas são justificadas como uma forma de castigo e, em alguns casos, resultam na morte de crianças e adolescentes.

Já o abuso psicológico inclui rejeição, discriminação, cobranças exageradas, depreciação, desrespeito, punições humilhantes e a utilização da criança para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Esses maus-tratos causam danos significativos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança e podem gerar efeitos devastadores na formação da personalidade, além de prejudicar a forma como a criança ou adolescente encara a vida. O abuso psicológico é difícil de ser identificado e frequentemente está vinculado a outras formas de violência (Ministério da Saúde, 2002).

As violências aqui estudadas são fenômenos ainda cercados pelo silêncio e pela dor, razão pela qual se destaca a importância de ações estatais específicas que incluam a prevenção e a atenção integral, como fatores que podem contribuir para o fortalecimento das práticas auto positivas. Apesar dos avanços em pesquisas e na produção de conhecimento sobre o abuso sexual e suas consequências negativas, bem como o desenvolvimento de políticas públicas em todo o mundo para a prevenção e o enfrentamento nos últimos doze anos, o abuso sexual permaneceu com índices constantes, sendo um problema internacional (Pereda et al., 2009).

No Brasil, as iniciativas de proteção começaram no final dos anos 1990, especialmente impulsionadas pela promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990). A maioria dos estudos sobre a dinâmica do abuso sexual, incluindo fatores de risco, características do agressor, da vítima e dos demais membros da família, baseia-se apenas nos casos registrados nos órgãos de proteção social. Isso revela apenas uma visão parcial da magnitude do fenômeno, já que muitos casos de abuso não são denunciados (Sanderson, 2005).

E neste sentido que o ECA, instituído pela Lei nº 8.069, de 1990, é considerado um marco legal regulatório que assegura direitos fundamentais a crianças e adolescentes no que se refere à educação, saúde, segurança e a todos os aspectos da proteção integral, com absoluta prioridade. Para tanto, a Proteção Social consiste nas garantias oferecidas ao cidadão com o objetivo de reduzir vulnerabilidades, fragilidades e riscos de ordem social, política, econômica e natural que possam ocorrer ao longo da vida das pessoas e suas famílias. Ela decorre da compreensão de que o Estado deve se comprometer a oferecer segurança à

população e proporcionar o mínimo de condições para que todos tenham uma vida digna, com acesso às necessidades básicas.

O ECA assinala ainda que: “todas as crianças e adolescentes têm direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à proteção no trabalho, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária” (Brasil, 1990, art. 4º).

Sobre a perspectiva acima e como forma de proteção em situações de vulnerabilidade de crianças e adolescentes, o ECA prevê, em seu art. 5º, que: “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”, incumbindo a todos a responsabilidade de assegurar, com absoluta prioridade, a garantia desses direitos.

Para além do que está previsto no ECA, existem outras legislações complementares posteriores, como, por exemplo, a Lei nº 13.431/2017 regulamentada pelo Decreto nº 9.603/2018, determinando que, na hipótese de o profissional da educação identificar ou a criança ou adolescente revelar atos de violência, inclusive no ambiente escolar, ele deverá (Brasil, 2017, art. 11):

- I - acolher a criança ou o adolescente;
- II - informar à criança ou adolescente, ou ao responsável ou à pessoa de referência, sobre direitos, procedimentos de comunicação à autoridade policial e ao Conselho Tutelar;
- III - encaminhar a criança ou o adolescente, quando couber, para atendimento emergencial em órgão do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente vítima ou testemunha de violência; e
- IV - comunicar o Conselho Tutelar.

O § 2º, do art. 4º, da supracitada lei, estabelece que: “os órgãos de saúde, assistência social, educação, segurança pública e justiça adotarão os procedimentos necessários por ocasião da revelação espontânea da violência” .

Ademais, é relevante destacar que o Brasil é signatário de diversos tratados e documentos internacionais que estabelecem diretrizes para eliminação da violência contra crianças e adolescentes, cujas medidas demandam a atuação articulada de diferentes atores, tanto do poder público quanto da sociedade civil. Nesse contexto, e com o compromisso de incorporar essas diretrizes à prática cotidiana dos diversos sujeitos envolvidos, pela garantia da proteção integral desse público, foi celebrado o Pacto Nacional pela implementação da Lei nº 13.431/2017.

O referido Pacto tem como foco prevenir a revitimização de crianças e

adolescentes vítimas ou testemunhas de violências física, psicológica, sexual ou institucional e fortalecer o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente, com a determinação de diretrizes concretas para a implantação da escuta especializada e do depoimento especial. São signatários do Pacto: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Conselho Nacional de Justiça, Conselho Nacional dos Chefes de Polícia Civil (CONCPC), Conselho Nacional do Ministério Público, Defensoria Pública da União, Colegiado Nacional dos Defensores Públicos Gerais (Condege), Ministério da Educação, Ministério da Cidadania e Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

Foi criada a Comissão Intersetorial de Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e Adolescentes, a nível nacional, sob a coordenação do Ministério dos Direitos Humanos e colaboração da Secretaria Nacional Dos Direitos da Criança e do Adolescente, que se debruçou ao longo dos anos de 2015 e 2016, na elaboração dos Parâmetros de Escuta de Crianças e Adolescentes em Situação de Violência.

Antes da promulgação do ECA, a proteção de crianças e adolescentes era hierarquizada e centralizada na ação do Poder Judiciário. Atualmente a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes demanda, necessariamente, a articulação e integração dos órgãos de promoção, controle, defesa e responsabilização que integram o Sistema de Garantia de Direitos, numa relação de parceria, de colaboração entre os componentes do SGD e da Rede de Proteção, com divisão de tarefas e responsabilidades, respeitando-se as atribuições de cada órgão ou instituição envolvida.

Além disso, há outras legislações relevantes voltadas à proteção de crianças e adolescentes em situações de violência, com ênfase especial nos casos de abusos físicos, conforme se apresenta a seguir. A Lei nº 13.010/14, conhecida como Lei Menino Bernardo ou Lei da “Palmada” (Brasil,2014), é aquela que, somada ao Estatuto da Criança e do Adolescente, veio para reforçar a proteção de crianças e adolescentes de maus-tratos e garanti-las direitos como educação e cuidados, sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante.

A Lei nº 14.344/ 2022, denominada “Lei Henry Borel”, que além de instituir o Sistema Nacional de Prevenção e Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes, atribui novas e relevantes atribuições para o Conselho Tutelar. Entre elas, destaca-se a prevista no Art 14º, inciso III,§ 1º, que dispõe: “O Conselho Tutelar poderá representar às autoridades referidas nos incisos I, II e III do caput deste artigo para requerer o afastamento do agressor do lar, do domicílio ou do local de convivência com a vítima”(Brasil,2022). Isso significa que o Conselho Tutelar poderá encaminhar tal representação à autoridade judicial

nos municípios que são sede de comarca ou, delegado de polícia, quando o município não for sede de comarca.

Desta forma, importa destacar que o Conselho Tutelar tem como missão institucional representar a sociedade, sobretudo a comunidade na proteção e garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Como a grande maioria dos abusos e violências aqui estudados são de ordem intrafamiliar, a nova atribuição do Conselho Tutelar visa contribuir para proteção do público em questão, quando do conhecimento da situação de violência, conforme estabelece o art. 7º inciso III: “ receber e encaminhar, quando for o caso, as informações reveladas por noticiantes ou denunciante relativas à prática de violência, ao uso de tratamento cruel ou degradante ou de formas violentas de educação, correção ou disciplina contra a criança e o adolescente”.

Qualquer órgão da rede de proteção que tomar conhecimento de criança ou adolescente em situação de violência deverá comunicar o Conselho Tutelar, na forma do art. 13º do ECA, acompanhando o caso posteriormente, dentro de suas atribuições específicas. Diversos outros instrumentos legais, embora não tenham como foco exclusivo, direta e obrigatoriamente voltados para a proteção de crianças e adolescentes, acabam por contemplar esse público sob diferentes aspectos, em razão da natureza de suas disposições conforme elencamos a seguir. A Lei nº 12.845, de agosto de 2013, traz em seu art. 1º que: “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, 2013, art. 1º).

Os Decretos nº 5.948/2006 e nº 7.053/2009 instituíram respectivamente a *Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas* (grifo nosso) e a *Política Nacional para a População em Situação de Rua* (grifo nosso), ambas com implicações importantes para proteção de crianças e adolescentes em contextos de vulnerabilidade. Por sua vez a Lei nº 11.829/2008 trata do aprimoramento das medidas *combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil*, bem como de outras condutas associadas à pedofilia no ambiente virtual. Cita-se ainda, a Lei nº 14.321/2022, que tipifica o crime de *violência institucional* (grifo nosso), entre outras legislações relevantes que, direta ou indiretamente contribuem para o fortalecimento dos mecanismos de proteção de crianças e adolescentes.

No ano de 2000, foi elaborado o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil (PNEVSIJ) que, após revisão passou a chamar-se Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PNEVSCA).

Após, em 2003, mediante parceria com diversos setores da sociedade civil, o Ministério da Saúde elaborou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, com o objetivo de organizar redes integradas de atenção para mulheres e *adolescentes* (grifo nosso) em situação de violência doméstica e sexual, articulando ações de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e às hepatites, promovendo o empoderamento feminino e a não naturalização desses fenômenos.

Importante ressaltar que Política Pública de Proteção à Criança e ao Adolescente é uma política transversal, ou seja, perpassa diversas outras iniciativas estatais, inclusive a orçamentária que é fundamental na garantia de todas as outras, sendo o público-alvo, a prioridade absoluta, não apenas na política de saúde, mas também para as demais políticas sociais, como assistência social, educação, segurança, cultura, direitos humanos, desenvolvimento social e emprego (na condição de aprendiz), dentre outras.

Em razão da transversalidade da política, a proposta é de uma atuação conjunta e articulada de diversos órgãos, com atribuições específicas e diferenciadas que dividem a responsabilidade de promover, defender e efetivar direitos infanto-juvenis. Desta forma, as Políticas Públicas materializam os direitos assegurados pelo ordenamento jurídico brasileiro, quando disponibilizam e operacionalizam mecanismos de proteção ao público infanto-juvenil, reconhecido como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Em razão dessa condição peculiar, que caracteriza a infância e a adolescência, é responsabilidade da família, da comunidade, da sociedade e do Estado criar e garantir ambientes saudáveis e seguros para o crescimento de crianças e adolescentes. Assim, qualquer ato ou omissão que não assegure condições adequadas para seu crescimento e desenvolvimento, ou que viole os direitos previstos em lei, é considerado uma forma de violência. Dessa forma, entende-se que o Estado deve prover Proteção Social às famílias, apoiando-as no exercício de sua função protetiva.

Nesse contexto a prioridade absoluta e a proteção integral assegurados à crianças e adolescentes, em especial àquelas em situação de abuso e/ou violência sexual, tem na integração entre diferentes setores a possibilidade de garantia de respostas das políticas públicas, nos cuidados necessários e na restituição de direitos das vítimas. No entanto, é imprescindível que o fluxo do atendimento esteja assentado na intersetorialidade e na interdisciplinaridade, principalmente no que tange ao processo de escutar essas pessoas para identificar suas necessidades, bem como as peculiaridades da atenção e dos cuidados protetivos a lhes serem destinados (Bidarra; Dourado, 2020).

À assistência prestada às crianças/adolescentes/famílias deve ser efetuada

mediante "fluxos" e "protocolos" de atendimento previamente e coletivamente construídos a partir do entendimento entre os diversos órgãos/agentes/autoridades corresponsáveis, considerando o arcabouço legal. Estes devem ser debatidos e definidos com a participação de todos, de modo que as atribuições de cada um estejam definidas, conhecidas e ainda que, todos já saibam de antemão qual órgão e/ou agente deve ser acionado, e este por sua vez, saiba exatamente o que fazer - e por quê fazer (Brasil, 2018).

Em qualquer caso, é importante deixar claro que o órgão e/ou agente originalmente acionado tenha consciência do fluxo do trabalho em rede pois, se necessário, deverá acionar outros órgãos/agentes cuja intervenção também se justifique no caso em particular compreendendo ainda que, cada caso requer abordagens, intervenções e alternativas complementares diversas.

Tais diretrizes, formuladas no âmbito do sistema de garantia de direitos e rede de proteção, devem se refletir na estrutura e na atuação de Programas como o Ponto de Luz, o qual conta com equipes multidisciplinares e gestão local, inserido no contexto de um Serviço de Emergência Pediátrica de um hospital terciário, referência no atendimento à crianças e adolescentes.

Embora os protocolos e fluxos prevejam o encaminhamento de informações ao Conselho Tutelar é importante que se observe, por vezes, a necessidade de que a informação circule pela rede de proteção limitando-se aos órgãos e instituições com atuação no caso específico e, apenas na medida estritamente necessária ao cumprimento da sua finalidade primordial - a proteção e provimento de cuidados imediatos.

Nesta seara, a política pública de saúde tem trabalhado, nas perspectivas do enfrentamento das desigualdades de gênero e da garantia da atenção integral e humanizada e, nas situações de violência doméstica e sexual (contemplando não só mulheres, mas também crianças e adolescentes), por intermédio da ampliação do número de serviços especializados.

Considerando a corresponsabilidade entre o Poder Público, a família e a sociedade, e tendo em vista que a legislação estabelece a obrigatoriedade da escuta especializada em todos os órgãos integrantes da Rede de Proteção, observa-se que muitos desses órgãos não contam com profissionais de Serviço Social e Psicologia, cuja formação inclui o domínio de técnicas para a realização de escuta protegida, qualificada e registro adequado. Diante disso, torna-se urgente e imprescindível a capacitação, estruturada a partir de uma matriz intersetorial e interdisciplinar, para que todos os envolvidos estejam devidamente preparados para o acolhimento, escuta, registro e encaminhamentos adequados a cada situação. Importa ressaltar que a escuta, realizada pela rede de proteção, não tem como

finalidade a produção de prova para processos investigativos ou de responsabilização, conforme disposto no § 4º do art. 19 do Decreto nº 9.603/2018.

O encaminhamento do caso é um recurso técnico para além do preenchimento de um formulário. Neste contexto, faz-se necessário conhecer a realidade da ocorrência, o território, a rede existente e ter clareza da demanda. Trata-se portanto, do reconhecimento da demanda de um núcleo familiar, da incompletude ou incapacidade do serviço local de atendê-la em diversas particularidades, do conhecimento da oferta de serviços e na rede e do direcionamento da família para o local mais apropriado ao atendimento à sua demanda específica.

Assim, deve-se incluir o registro do atendimento realizado, o relato espontâneo da vítima (se houver) e informações eventualmente coletadas com os responsáveis ou acompanhantes, evitando-se a revitimização em decorrência da repetição dos fatos, quando do atendimento por outros profissionais da Rede de Proteção.

Em razão da natureza e da sensibilidade do tema, a Lei 13.431/2017 alterou o ECA e criou um “subsistema” para vítimas de abuso e/ou violência sexual ou testemunhas de violência, dentro de um sistema mais abrangente, o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) que deve atender a toda e qualquer violação aos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, dos quais crianças e adolescentes são sujeitos, por sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, com a ressalva do acesso com absoluta prioridade.

O SGD de Crianças e Adolescentes, seja em nível municipal, estadual ou federal, é composto por uma rede intersetorial. Fazendo uma analogia, dentro do ambiente hospitalar, pode-se dizer que existe uma “rede” de proteção constituída por uma equipe multi e interdisciplinar, organizada para assegurar um atendimento integral, humanizado, qualificado e que garanta a não revitimização.

O Decreto 9.603/2018 no Art. 15º traz que “os profissionais devem priorizar a não revitimização, limitando-se a questionamentos mínimos e estritamente necessários” e no art. 10º, estabelece que “a atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência deve ser realizada por uma equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo todas as etapas do processo, desde o acolhimento até o seguimento na rede de serviços”, incluindo no percurso o atendimento, tratamento especializado e notificação.

O Ceará, por meio da Lei Estadual nº 12.242, de 29 de dezembro de 1993, instituiu que “fica criada, nos Hospitais Pediátricos e nos Hospitais de Emergência da rede pública, conveniados ao SUS e privada, a Comissão de Atendimento e Prevenção aos Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes, e dá outras providências”. No Hospital Infantil

Albert Sabin, a referida Comissão é composta por médicos, assistentes sociais e enfermeira foi reeditada, com recente renovação em sua composição (Portaria Nº 005/2024/HIAS - Anexo B).

Portanto, crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual já estariam contempladas pela referida Lei Estadual que trata dos maus-tratos em geral, considerando que a tipologia de violência em pauta, se traduz numa espécie de “categoria” dentro do amplo leque dos maus-tratos, no entanto sem as atuais garantias advindas da mais recente legislação.

Com a promulgação da Lei nº 13.431/2017, que normatiza e organiza o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente Vítima ou Testemunha de Violência-SGDCA, foram criados mecanismos para prevenir e coibir a violência, além de serem estabelecidas medidas de assistência e proteção à criança e ao adolescente. Esse sistema, constituído por três eixos – Promoção/Atendimento, Controle, Defesa e Responsabilização –, articula diversas políticas públicas (Brasil, 2017).

Assim, o SGDCA não é um órgão, uma instituição, mas um conjunto articulado de órgãos e instituições, sejam governamentais ou não governamentais, atuando na garantia de direitos de crianças e adolescentes, tendo como lastro a Política de Atendimento obrigatoriamente aprovada pelos Conselhos de Direitos.

O eixo da Promoção e/ou Atendimento se caracteriza pelo desenvolvimento de políticas de garantia dos direitos da criança e do adolescente, com foco maior nas áreas de saúde, educação, assistência social e direitos humanos, compondo uma rede de proteção social, compreendida como o conjunto de garantias ofertadas ao cidadão via serviços, programas e ações públicas (de execução de medidas de proteção de direitos humanos) para mitigar vulnerabilidades, fragilidades e riscos de natureza social, política, econômica e ambiental que possam surgir ao longo da vida das pessoas e suas famílias.

Nesse contexto, é fundamental compreender os conceitos de sistema e rede. *Sistema* pressupõe uma ação/atuação conjunta e coordenada entre diversos segmentos ou instituições, decorrente de uma obrigação legal, portanto, institucionalizada; *rede* por sua vez, consolida-se na adesão de caráter voluntário, no estabelecimento de pacto e fluxos firmados por pessoas e/ou instituições para uma ação de interesse comum (Gadelha, 2019).

Faz-se necessário repensar o papel de gestores e profissionais, das diversas áreas envolvidas na prevenção e no tratamento da problemática aqui estudada, numa visão ampliada e inclusiva, a partir da instituição de processos de qualificação dos profissionais que atuam nos diversos programas e serviços, buscando desenvolver competências, habilidades e

atitudes que garantam a atenção integral, conseqüentemente um atendimento de qualidade para crianças e adolescentes, vítimas de situações de abuso e /ou violência sexual.

Importa destacar que a sociedade brasileira, desde o ano 2000, tem investido na mobilização e na ampliação da visibilidade da problemática da violência sexual contra crianças e adolescentes. A mobilização também passou a estar associada ao “Dia 18 de Maio – Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes”, instituído pela Lei nº 9.970 (Brasil, 2000). A data foi escolhida em memória do caso da menina Araceli Cabrera Sanches Crespo, uma criança de 8 anos que, em 18 de maio de 1973, foi sequestrada, violentada e assassinada no Espírito Santo.

Assim, o dia 18 de maio tem como objetivo mobilizar a sociedade para a proteção dos direitos das crianças e adolescentes, além de incentivar denúncias contra abusos e exploração sexual. A campanha "Faça Bonito – Proteja Nossas Crianças e Adolescentes", criada pelo Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, tem como símbolo dessa luta uma flor gérbera amarela, que representa sentimentos positivos, alegria, esperança, pureza, inocência, luz e juventude. Ademais, o Governo Federal criou um importante canal de denúncias chamado de : “Disque 100”, que acolhe e mantém o anonimato do denunciante, funcionando 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.

À nível de Estado do Ceará, foi instituída a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência, aprovada pela Resolução Nº 175/2023 - CIB, a qual teve sua formulação dentro de um processo participativo, envolvendo representantes do governo, por meio de instituições governamentais, e da sociedade civil, por meio de entidades não governamentais; além de representantes do Conselho Estadual de Saúde (CESAU), do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, de universidades, técnicos de todos os níveis de atenção à saúde, gestores e especialistas de maneira geral.

Constata-se, no registro do processo de construção da política, que foi utilizada a metodologia *Design Thinking* (árvore de problemas) para a identificação dos problemas e suas causas, bem como para a seleção e priorização destes (Governo do Estado do Ceará, 2021).

Com os atores devidamente identificados (governo, sociedade civil, Conselho Estadual de Saúde, universidades, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, técnicos, gestores, especialistas), foi elaborada uma proposta de política, em um documento base, para o início do processo de discussão, com alinhamento interno das áreas técnicas das Secretarias Executivas da Secretaria de Saúde mais diretamente envolvidas com a temática. Em seguida, houve ainda uma validação da proposta pela gestão superior, momento em que foram feitos os

“ajustes necessários”, para então seguir para discussão nas Câmaras Técnicas de Gestão, Planejamento e Financiamento, e de Acompanhamento da Regionalização da Assistência ao SUS, da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, onde foi apreciada e, posteriormente, aprovada em reunião plenária do Conselho Estadual de Saúde (CESAU).

A iniciativa, lançada em 2022, inicialmente com foco na violência contra a mulher, criança e adolescente, ampliou-se para todos os demais ciclos da vida, em razão de o fenômeno afetar outras populações específicas, sobretudo as de maior vulnerabilidade social, o que resultou na concepção de uma Política para o Cuidado das Pessoas em Situação de Violência.

São objetivos da Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência, atendimento seja integral, organizar a rede assistencial para esse atendimento, com o devido apoio a pesquisas voltadas às pessoas em situação de violência, fortalecer parcerias entre instituições governamentais, não governamentais e intersetoriais, qualificar os trabalhadores da saúde e ainda, assegurar os direitos de pessoas em diferentes contextos de violência.

Dentre os componentes que integram a política supramencionada, destaca-se a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual e Doméstica, denominada Rede Pontos de Luz, estruturada como um conjunto articulado de serviços voltados ao acolhimento de pessoas em diferentes contextos de violência. Abrange desde o atendimento emergencial e ambulatorial até a oferta de cuidados hospitalares, garantindo, assim, a integralidade da assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse escopo mais amplo de enfrentamento às violências, a Rede Pontos de Luz integra-se a outras iniciativas relevantes, tais como o Núcleo de Prevenção à Violência nos Serviços de Saúde e o Programa de Prevenção à Violência e Cultura de Paz. Conforme descrito pelo Governo do Estado do Ceará (2023), corresponde a "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".

A seguir, apresenta-se a figura ilustrativa que sistematiza os elementos constitutivos desta:

Figura 2 – Rede Ponto de Luz

Rede de atenção às Mulheres, Adolescentes e Crianças em situação de violência:

- Hospital Geral de Fortaleza - **HGF**
- Maternidade Escola Assis Chateaubriand - **Meac-UFC**
- Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana



As instituições hospitalares atuam do atendimento de urgência até o segmento psicossocial.

- Hospital Infantil Albert Sabin - **HIAS**

A unidade realiza atendimento de urgência.

- Policlínica Dra. Márcia Moreira de Menezes, em Pacajus

A instituição presta assistência psicossocial a vítimas dos municípios consorciados após atendimento em uma unidade de referência.

 Pontos de Luz
 GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 Secretaria da Saúde

Fonte: Governo do Estado do Ceará (2021).

A Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência possui como diretrizes: “acolhimento, atendimento humanizado, multiprofissional, com respeito às diversidades étnicas, etárias, de gênero, de orientação sexual, sem nenhuma forma de discriminação”; prevê ainda “a articulação e a integração entre os profissionais de saúde e os serviços no encaminhamento seguro das pessoas em situações de violência”; e o “apoio psicológico... com sigilo e privacidade às pessoas em situação de violência”. Destaca também a disponibilização de informação, a divulgação e a orientação à população sobre seus direitos enquanto cidadãos em situação de violência (Ceará, 2023).

Desta forma deve ser considerada também a introdução de conhecimentos específicos e tecnologias diferenciadas para profissionais que atuam diretamente na rede de atenção à saúde, integrada a outras iniciativas possibilitando assim, a formação de redes de atenção para mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual que por sua vez devem ser integradas com Sistema de Proteção de Direitos de Crianças e Adolescentes.

No mais, a referida política traz as competências da Secretaria de Saúde do Estado, dentre as quais se evidenciam as seguintes: dotar as unidades de saúde de condições adequadas para o atendimento integral às pessoas em situação de violência; garantir espaço reservado, com ambiência adequada, para acolhimento das pessoas em situação de violência,

assegurando a privacidade e a intimidade necessárias durante o atendimento da pessoa e de seus familiares, em especial crianças e adolescentes.

3.3 Programa Ponto de Luz

O Programa Ponto de Luz, instituído no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) é a materialização de um viés da Política Pública de Proteção à Criança e ao Adolescente (o da Saúde) completando-se quando é garantida a articulação necessária a cada caso/situação, para o atendimento e acompanhamento intersetorial (Saúde, Educação, Assistência Social, Segurança Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar, Sociedade Civil).

Ademais, a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência prevê a instituição, nos serviços de saúde de referência o atendimento às pessoas em situação de violência, o Núcleo de Prevenção de Violências e a comissão e/ou profissional de referência técnica para articular, orientar, informar e dar suporte às equipes de saúde, promovendo ações e encaminhamentos necessários, bem como buscando potencializar a notificação dos casos de violência, de acordo com o estabelecido em leis federais e portarias do Ministério da Saúde, e que tem como objetivo a disseminação de seus resultados. Salienta ainda, a necessidade de garantia do atendimento integral e multidisciplinar, além da produção de material técnico-informativo. Há também a previsão de qualificação para todos os profissionais envolvidos, a saber: gestores, trabalhadores, usuários, conselheiros e demais segmentos da população. Por fim, define as diretrizes para construção de documentos técnicos, gerenciais e informativos (Governo do Estado do Ceará, 2021).

De acordo com Celina Souza (2006), as políticas públicas, após serem desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informações. Quando implementadas, ficam submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação. Sob essa ótica, a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência, dentre seus vários desdobramentos previu a criação da Rede Pontos de Luz.

Assim, o Hospital Infantil Albert Sabin se “inseriu” nessa rede quando instituiu, mesmo que não seja com a formalidade completa e necessária, o Programa Ponto de Luz. A equipe iniciou sua construção no contexto da covid 19, criando indicadores (conforme relatos). Atualmente detém uma base de dados substancial e conta com um sistema de informações denominado hospub que infelizmente não atende todas as particularidades do Programa.

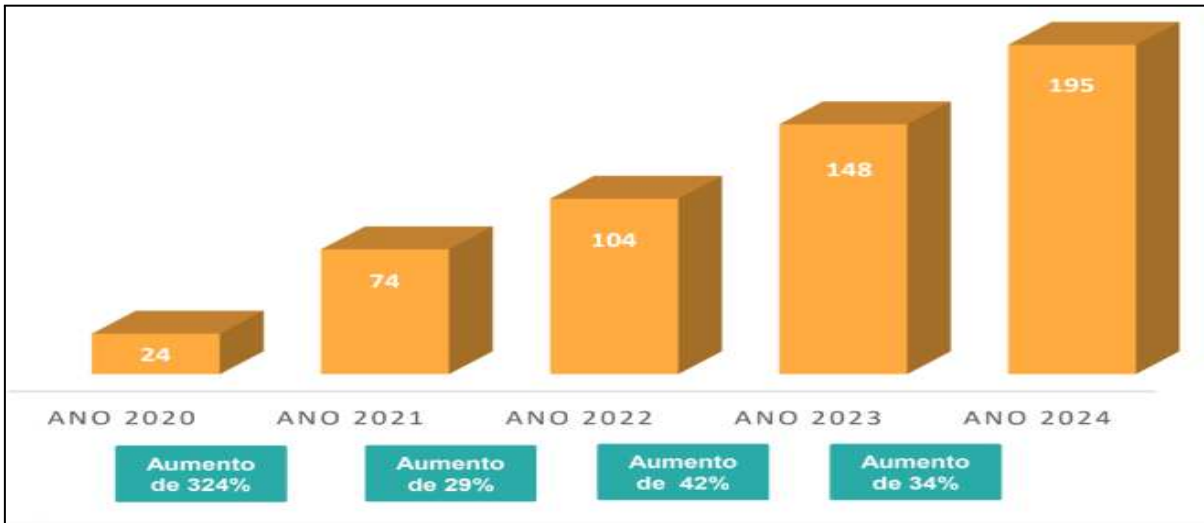
Na pesquisa documental, identificou-se, junto à coordenação local do Programa Ponto de Luz, o Protocolo de Atendimento Médico à Vítima de Violência Sexual / de Gestão da Qualidade, elaborado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o Fluxograma de Atendimento à Vítima de Violência Sexual (Anexo C), instrumentais específicos de cada categoria.

Além disso, foi analisado um material informativo interno – sem título – que reúne informações relevantes para a equipe e usuários, sobre o Programa Ponto de Luz, incluindo nome do serviço, endereço, telefone, e-mail, horário de funcionamento, perfil dos pacientes atendidos, faixa etária, serviços ofertados (atendimento médico emergencial e ambulatorial, psicologia, serviço social, enfermagem, medicamentos), procedimentos de encaminhamento entre unidades de saúde, orientações sobre a documentação necessária. Nas observações adicionais, informa sobre o agendamento ambulatorial e, ainda, que não há acompanhamento de crianças e adolescentes gestantes em razão da violência sexual. Por fim, informa que não é realizada a interrupção legal da gestação.

Portanto, o Programa ainda carece da devida formalização, por meio de sua consolidação legal e documental, a partir da elaboração de um instrumento que contemple seu histórico de criação, fundamentação jurídica e estruturação técnico-operacional. Tal documento deve conter, de forma sistematizada, a denominação do Programa, a justificativa de sua existência, sua finalidade (com a devida delimitação das competências institucionais) bem como os objetivos geral e específicos, o público-alvo, as ações previstas, a metodologia de execução, as metas e os indicadores de desempenho. Além disso, devem ser explicitadas as fontes de financiamento, a composição da equipe técnica e demais elementos necessários, conforme as especificidades do contexto institucional em que o Programa se insere, neste caso, o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).

Não obstante, o Ponto de Luz tem elaborado relatórios mensais e apresentado os resultados dos atendimentos realizados anualmente, a partir de dados coletados, em pastas físicas e digitais, junto ao Setor de Serviço Social. Dentre outras informações identificou-se, um aumento significativo de casos entre 2020 e 2021. O crescimento do número de atendimentos em 324%, possivelmente pode estar relacionado a dois fatores: às mudanças nos hábitos familiares ocorridas durante a pandemia de Covid-19 e, à implantação do Programa Ponto de Luz no HIAS, em maio de 2021, conforme verifica-se na figura abaixo:

Figura 3 – Quantitativo de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos entre 2020 e 2024



Fonte: HIAS (2024).

Nos referidos relatórios anuais, com apurações mensais, ainda encontra-se informações sobre as violências ocorridas concomitantemente a violência sexual, conforme apresentado na figura abaixo:

Figura 4 – Tipologia das violações de direito que ocorreram concomitante à violência sexual em 2024

Violações de direitos concomitantes à violência sexual em 2022	Quantidade 2024	Percentual 2024
Violência psicológica	18	9,23%
Negligência familiar	14	7,18%
Violência física	13	6,67%
Violência autoprovocada	9	4,62%
Dificuldade de acesso ao Sistema Educacional	4	2,05%
Evasão hospitalar	3	1,54%
Negligência institucional	2	1,03%
Ausência de documentação civil	2	1,03%
Baixa adesão ao tratamento	2	1,03%
Violência institucional	1	0,51%
Não reconhecimento de paternidade	1	0,51%
Evasão escolar	1	0,51%
Total	70	35,90%

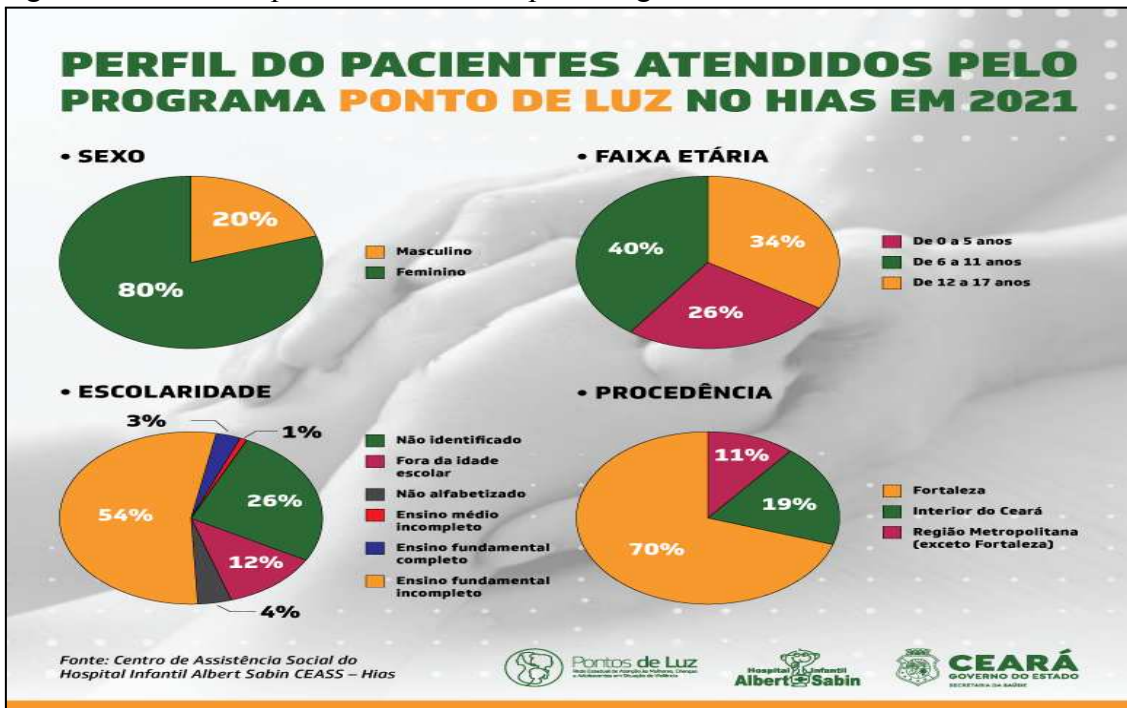
Fonte: HIAS (2024).

Por derradeiro, quanto ao perfil dos pacientes atendidos no Centro de Emergência Pediátrica (CEP) em 2021, cumpre salientar que 59 (cinquenta e nove) eram do sexo feminino

(80%) e 15 (quinze), do sexo masculino (20%). A faixa etária com maior concentração de crianças vítimas de violência sexual em 2021 foi a de 6 a 11 anos, com 30 (trinta) casos, o que representa 40,5% do total. Já os adolescentes entre 12 e 17 anos corresponderam a 33,8%, com 25 (vinte e cinco) casos. A faixa etária de 0 a 5 anos registrou 19 (dezenove) ocorrências (25,7%).

Em relação à escolaridade, os dados indicam que a maioria das crianças e adolescentes atendidos pelo Programa Ponto de Luz em 2021 estava cursando o Ensino Fundamental, totalizando 54,05%. Aqueles não identificados somaram 28 (vinte e oito) casos, e os fora da faixa etária correspondente ao ano escolar representaram 37%. Apenas dois tinham o Ensino Fundamental concluído, e 1 (um), o Ensino Médio incompleto. Quanto à residência, 70% dos atendidos são de Fortaleza, 10% da Região Metropolitana e 18,92% são pacientes oriundos do interior do estado (CEASS – Hias, 2021). Nos anos de 2020-2021, 98 (noventa e oito) crianças e adolescentes vítimas de violência sexual foram atendidos no Centro de Emergência Pediátrica do HIAS. Desses, 74 (setenta e quatro) receberam atendimento em 2021. Todo o exposto está explicitado na figura a seguir:

Figura 5 – Perfil dos pacientes atendidos pelo Programa Ponto de Luz no HIAS em 2021

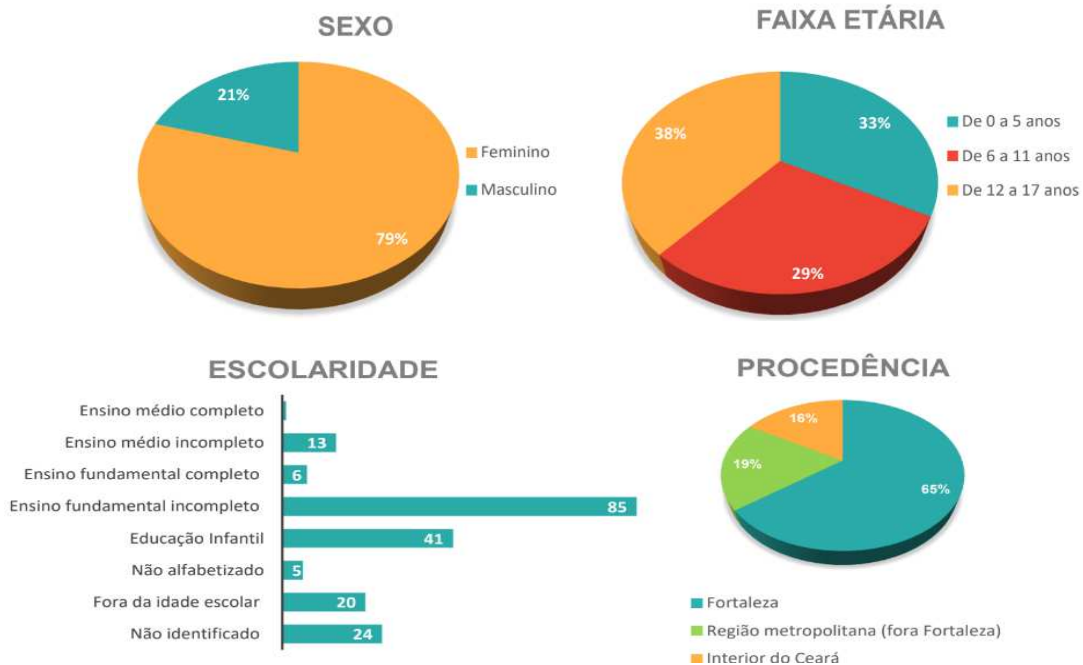


Fonte: HIAS (2021).

Fazendo um comparativo do perfil dos pacientes atendidos pelo Programa Ponto de Luz no HIAS em seu primeiro ano de funcionamento, ou seja 2021 e o último ano que se tem os mesmos dados processados, observa-se que muito embora o crescimento em termos

quantitativos tenha tenha sido em torno de 163,51% %, alguns indicadores se mantêm bem próximo dos resultados do primeiro ano do Programa, conforme observa-se na figura abaixo (Figura 6). As meninas continuam sendo as maiores vítimas, com 79% de prevalência. A faixa etária com maior incidência passou a ser a de 12(doze) a 17 (dezessete)anos com 38 % dos casos, quando na figura (Figura 5) anterior, referente ao ano de 2021, era a faixa etária de 06 (seis) a 11(onze) anos com 40% dos casos. A escolaridade e a procedência mantêm semelhanças, com prevalência de maior número de vítimas com o ensino fundamental incompleto e em sua maioria procedentes de Fortaleza, respectivamente.

Figura 6 – Perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidos pelo serviço social do hias em 2024



Fonte: HIAS (2024).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Avaliação dos Dados Obtidos: O que os Dados e Informações Revelam

Inicialmente apresenta-se o perfil dos entrevistados. São profissionais que compõem as equipes de gestão do Programa Ponto de Luz e, multiprofissional de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual, no Hospital Infantil Albert Sabin. São médicas, assistentes sociais, enfermeiras e psicólogas, todas do sexo feminino, estando 03(três) na faixa etária de 20-30 anos, 07(sete) com intervalo de idades entre 30-40 anos e 01(uma) na faixa etária de 40-50 anos, conforme retrata o quadro 4, apresentado posteriormente.

A composição etária da equipe multidisciplinar e de gestão apresentada no quadro revela aspectos bastante positivos, especialmente considerando o contexto sensível e desafiador do atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso e violência sexual, em um serviço de emergência pediátrica.

A predominância de profissionais na faixa de 30 a 40 anos (sete no total), sugere uma equipe com um nível maduro de atuação profissional, aliando energia, dinamismo e, ao mesmo tempo, uma bagagem consolidada de experiências práticas. Essa faixa etária, muitas vezes, coincide com o auge da produtividade profissional e capacidade de tomada de decisões mais assertivas diante de situações complexas, como as que envolvem violência sexual infanto-juvenil.

Já a presença de três profissionais entre 20 e 30 anos também é um ponto positivo, pois traz à equipe um olhar renovado, flexível e receptivo a novas abordagens, tecnologias e práticas contemporâneas de cuidado. Por fim, a participação de ao menos uma profissional entre 40 e 50 anos na gestão adiciona um componente essencial de liderança baseada em experiência e maturidade, o que favorece o intercâmbio geracional, a condução estratégica do programa bem como o apoio às equipes de linha de frente.

Em síntese, o perfil etário da equipe revela potencial para equilíbrio, aprendizado contínuo e colaboração intergeracional, características fundamentais para enfrentar, com competência técnica e empatia, os desafios do cuidado a vítimas de violência sexual no âmbito da pediatria de emergência.

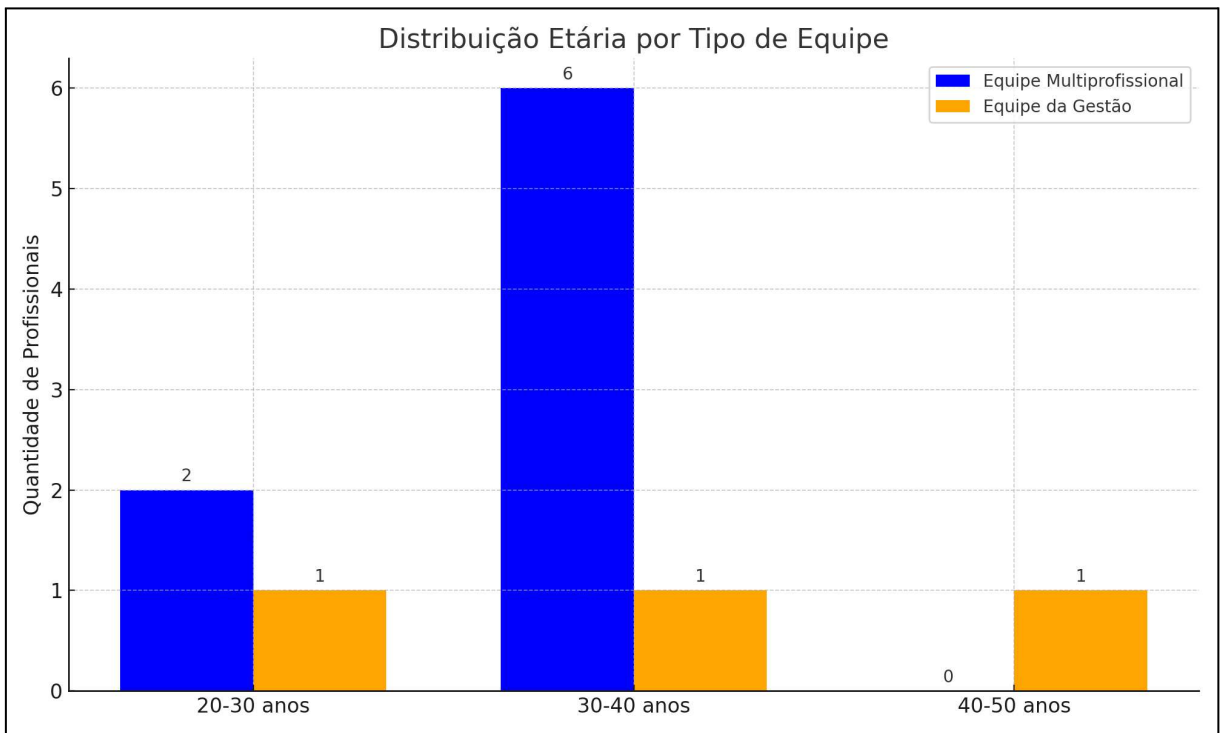
Quadro 4 – Perfil etário da equipe

FAIXA ETÁRIA	20-30 anos	30-40 anos	40-50 anos	TOTAL
Equipe Multiprofissional	02	06	00	08
Equipe da gestão	01	01	01	03
TOTAL GERAL	11			

Fonte: dados da pesquisa (2025).

Para ilustrar melhor os dados contidos no quadro, elaborou-se o gráfico abaixo que facilita a visualização das equipes, multiprofissional e de gestão, em relação à quantidade e distribuição por faixa etária.

Figura 7 - Perfil etário por tipo de equipe



Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados da pesquisa (2025).

Utilizou-se a entrevista semiestruturada, que, conforme Gil (2009), consiste em um método flexível e dinâmico, permitindo não apenas a formulação de questões, mas também a possibilidade de esclarecê-las, reformulá-las e observar aspectos não verbais, como a expressão corporal e o tom de voz do entrevistado.

As entrevistas tiveram início buscando identificar a importância da implantação do Programa Ponto de Luz, sob o ponto de vista dos profissionais da equipe multidisciplinar entrevistados. Encontrou-se nos relatos, que todos os profissionais da equipe multiprofissional avaliam positivamente a implantação do Programa, conforme se destaca nas falas:

AS1: “Fundamental, eu acho importantíssimo”;

AS2: “O programa tem extrema importância, de acordo com a Política Pública para atenção às vítimas de violência ou abuso sexual”;

E1: “É uma grande serviço para a comunidade”;

E2: “Totalmente importante, por questões sociais, psicológicas e familiares”;

M1: “É importante ter trazido esse programa de fato para esse hospital... que vai garantir proteção para uma criança que está vulnerável dentro de um processo tão delicado...”;

M2: “Acho super, hiper importante, porque essas crianças não tinham para onde correr, hoje existe uma referência”;

P1: “um dos programas mais importantes da rede SESA”; *P2: “de suma importância”.*

Em diálogos realizados fora do roteiro formal de entrevistas, mas que se mostraram complementares ao processo investigativo, profissionais das equipes de gestão e multiprofissional trouxeram à tona questões que demandam maior aprofundamento. Dentre elas, destaca-se a indagação sobre o surgimento do Programa durante o período da pandemia de Covid-19, revelando-se que, na época, o Hospital São José deixou de fazer as profilaxias em crianças e adolescentes, tendo sido repassado para o HIAS essa “incumbência”, o que exigiu da pesquisadora buscar maiores informações, conforme se salienta a seguir.

Resgatou-se um pouco do histórico do processo, pós-instituição da Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência e da criação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual e Doméstica (Rede Pontos de Luz), durante a realização das entrevistas, mediante os seguintes relatos: A CLP narrou da seguinte forma:

Antes eu sei que já se fazia atendimentos de violência sexual infantil. A diferença do que a gente tinha, para o que se tem hoje, é que antes a rede não era tão articulada. Não existia espaço de atendimento unificado de referência. A criança ou adolescente peregrinava em vários espaços de saúde para poder ter atendimento na sua totalidade. O Sabin ficava mais como um hospital de referência para procedimentos cirúrgicos. Então, todos os casos que a gente recebia da rede, referenciado, era para poder fazer algum tipo de intervenção cirúrgica. Os casos que não vinham como demanda de atendimento de violência sexual, mas que eram identificados durante uma internação por outro motivo, a gente fazia o atendimento de saúde e articulava com a rede que era posta na época. Se precisasse fazer profilaxia, ia para o Hospital São José ou para o Hospital Gonzaguinha de Messejana. O Sabin não tinha uma estrutura de atendimento na sua totalidade.

E a TGP colocou: *“Na época da pandemia, o Hospital São José precisava de leitos para isolamento adulto, fechou pediatria como um todo”*. A CLP acrescenta, ainda, que: *“no ano de 2020 ele foi praticamente todo estruturando o protocolo, de seis a oito meses nesse processo. Na prática, a gente foi começar no final de 2020, início de 2021”*.

Entende-se que o nascedouro do Programa Ponto de Luz no HIAS ocorreu em meio a pandemia de covid 19, inicialmente por duas razões: a princípio porque o Hospital São José, principal responsável por acolher pessoas vítimas de abuso e/ou violência sexual, com a adoção das profilaxias deixou de atender, conforme falas acima. A segunda por tratar-se o HIAS de um hospital de referência clínica para o público de crianças e adolescentes.

Portanto, dentre os diversos modelos teóricos propostos e estudados para compreender a dinâmica do surgimento das políticas públicas, o que melhor retratou o nascedouro do Programa Ponto de Luz foi o modelo de equilíbrio interrompido, proposto por Baumgartner e Jones (1993, p.88):

[...] Baseia-se na ideia de que as políticas públicas alternam entre longos períodos de estabilidade e momentos de mudança abrupta. Essas rupturas ocorrem quando há alteração na imagem pública de um problema, muitas vezes impulsionada pela atuação da mídia ou por eventos marcantes, permitindo a reconfiguração das prioridades políticas.

Buscando delinear as estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional para prevenir a revitimização de crianças e adolescentes atendidas pelo Programa, identificou-se que uma delas é a classificação como de risco altíssimo, representado pela pulseira de cor laranja, o que pressupõe um atendimento prioritário em meio a quase todas as propriedades ali existentes, excluindo o risco de morte, que é vermelho. Fato retratado pelos profissionais da seguinte forma:

E1: “Prioritário. Não é uma prioridade zero, mas é um risco prioritário - laranja”;

E2: “Recebe a pulseira laranja, porque a vermelha é apenas para casos de reanimação”;

ASI: “...recebe a pulseirinha laranja. Mas é atendimento de urgência, só fica atrás do vermelho, que é atendimento imediato”.

As manifestações dos profissionais registram que o caso é tratado como prioridade, dado que, na inexistência de algum outro atendimento com risco de morte, a ocorrência passa a ter absoluta prioridade conforme determina o ECA. Ainda sobre a prioridade, o Decreto 9.603/2018, que regulamenta a Lei 13.431/2017 e que criou o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente Vítima ou Testemunha de Violência, no

Art. 2º, inciso V reza, “a criança e o adolescente devem receber intervenção precoce, mínima e urgente das autoridades competentes tão logo a situação de perigo seja conhecida” (Brasil,2017).

Ademais, a realização de capacitações anuais é vista como um elemento de relevância, conforme a técnica CLP:

[...] Pois trazer um processo de qualificação técnica, aliada ao embasamento legal, contribui significativamente para a redução da revitimização. Isso permite que o profissional estabeleça limites claros entre o atendimento técnico e atitudes motivadas por curiosidade ou perguntas inadequadas e, além disso, possibilita a compreensão do processo de trabalho no qual está inserido, a forma adequada de acolhimento e, compreendendo inclusive, o reconhecimento do nosso serviço como referência para a população.

Estes momentos são de capacitação para uns, mas de atualização para outros, denominados “Imersão do Programa Ponto de Luz”, são ocasiões valorosas de discussão, sensibilização e orientação para os profissionais envolvidos no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual. Assim, identificou-se a realização de duas imersões: uma para os profissionais médicos e outra para a equipe multiprofissional. Diante do que foi apurado no estudo, sugere-se a realização de uma imersão conjunta, o que oportunizaria à equipe uma visão do todo do Programa, das atribuições “do outro”, do atendimento em si, inclusive das possibilidades de melhorias.

Outra estratégia empregada pela equipe é registrar os relatos (sete profissionais afirmam que sim, enquanto apenas um registrou que “às vezes”), constantes nos encaminhamentos da Rede de Proteção e Sistema de Garantia de Direitos-SGD (na maioria das vezes identificados no corpo do Boletim de Ocorrência e/ou no laudo da Perícia Forense entregue à família), para evitar perguntas desnecessárias.

Quanto a aspectos estratégicos pesquisados, na conduta adotada pela equipe no momento do atendimento, as respostas apontam que é o adulto de referência que faz o relato, no entanto apenas um profissional afirma que a vítima não fica no mesmo espaço, ou seja, na maioria das vezes permanece no mesmo espaço físico, tem-se aí, portanto, um nível de revitimização considerável e desnecessário.

Vê-se ainda, que as opiniões da equipe se dividem quanto à garantia da não revitimização nesse processo, conforme retrata o quadro abaixo:

Quadro 5 – Aspectos estratégicos pesquisados

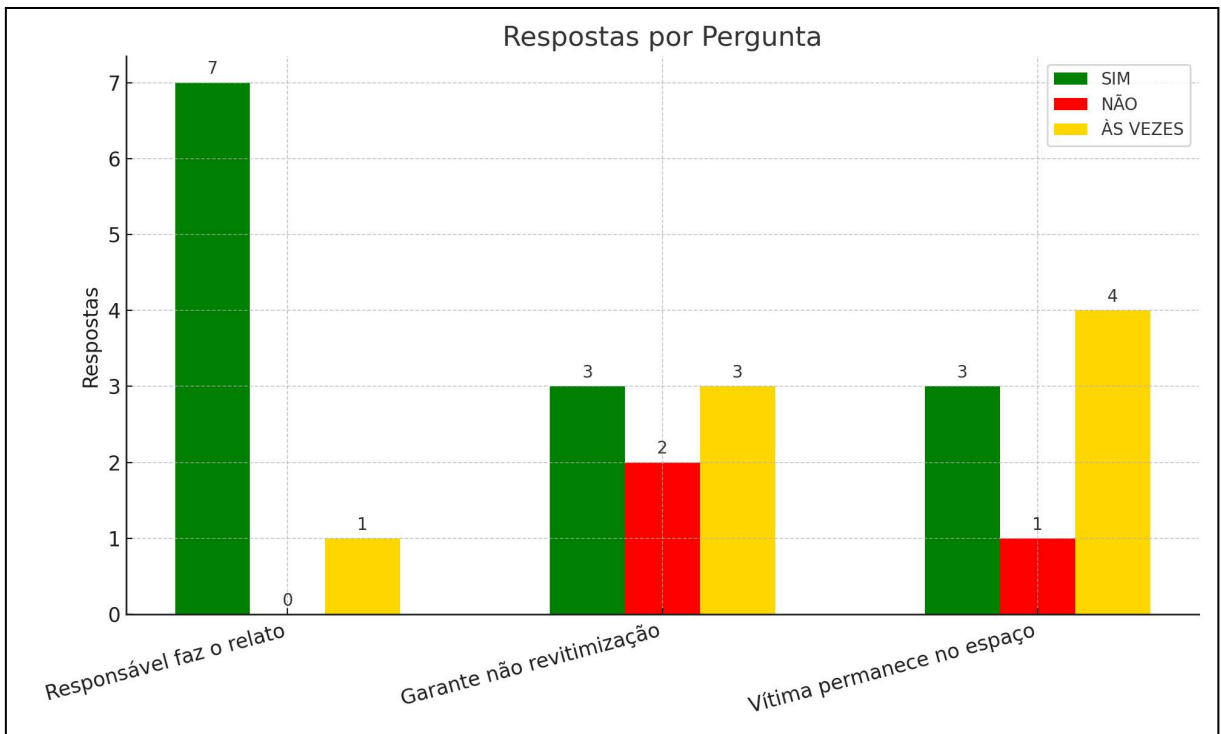
Aspectos Estratégicos Pesquisados	Sim	Não	Às Vezes	Total
-----------------------------------	-----	-----	----------	-------

Quem faz o relato - o responsável/adulto de referência.	07	00	01	08
Durante o relato a vítima permanece no mesmo espaço físico.	03	01	04	08
O processo em curso garante a não revitimização.	03	02	03	08

Fonte: dados da pesquisa (2025).

A figura abaixo retrata o quadro acima, que traz alguns aspectos estratégicos pesquisados, dando uma visão mais pedagógica do entendimento dos profissionais sobre as condutas adotadas para evitar a revitimização.

Figura 8 - Aspectos estratégicos pesquisados



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados da pesquisa (2025).

Ademais, os profissionais relacionam ações preventivas já existentes e apresentam uma relação de sugestões a serem acrescidas e/ou mantidas.

Quadro 6 – Ações preventivas identificadas e sugestões dos entrevistados para fortalecer a prevenção

AÇÕES PREVENTIVAS EXISTENTES	SUGESTÕES PARA FORTALECER A PREVENÇÃO
-------------------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> - Não solicitar que seja recontado o que aconteceu, mas saber como se sente no momento e quais encaminhamentos se pode propor para a criança ou adolescente; - O carimbo utilizado identificando o Prontuário como “Ponto de Luz”, que agiliza o atendimento e alerta para a necessidade de sigilo e privacidade; - A existência do Fluxo e a sua revisão sempre que necessário; - Atendimento em conjunto dos profissionais do Serviço Social e Psicologia; - Ler o relato encaminhado pela Rede de Proteção, transcrever para o instrumental da enfermagem e focar no que a vítima está sentindo. Acolher outras informações caso a criança manifeste algo. - Na anamnese, procurar saber com a criança ou adolescente o que ela sente, e não o que e como aconteceu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituir um local específico e acolhedor com uma profissional que realize atividades lúdicas, jogos educativos e outros; - Manter o carimbo de identificação “Ponto de Luz” no prontuário; - Manter o protocolo com as revisões necessárias; - Utilizar as informações contidas no B.O, no laudo da PEFOCE para não perguntar sobre o que, como, onde foi; - Manter as capacitações com as equipes médica e multidisciplinar; - Evitar, sempre que possível novo exame físico já que veio com encaminhamento pela Delegacia da Criança e do Adolescente – DCA (ou outra) e às vezes, laudo da PEFOCE; - Conhecer bem a legislação, a Rede de Proteção e seu funcionamento, o fluxo existente, os instrumentais utilizados; - Implantar a “gestão do segundo acompanhante” (Na recepção, logo que identificado como Ponto de Luz, solicitar ao familiar a vinda de outro acompanhante que possa cuidar, apoiar a criança enquanto o responsável legal presta as informações necessárias e complementares, esclarece suas dúvidas, compartilha suas fragilidades e angústias); - Garantir que não falem os insumos necessários aos exames e profilaxias; - Capacitação continuada para todos do mais graduado ao nível elementar.
--	--

Fonte: dados da pesquisa (2025).

Quanto às medidas à nível de gestão adotadas para reduzir o tempo de permanência da criança ou adolescente vítima de abuso e/ou violência sexual no atendimento emergencial, foram relacionados. A TGP se coloca da seguinte forma:

A classificação de risco foi a primeira a ser adotada. Depois foi a abertura de prontuário [independentemente de internação]. A existência da fluxista [profissional responsável por facilitar o fluxo] que acompanha a vítima para atendimento psicossocial enquanto aguarda o resultado dos exames” (TGP).

A CLP, por sua vez, ressalta que:

O protocolo é específico de espera mínima, com a classificação de pulseira laranja. Foram realizadas pactuações com todos os espaços internos, por exemplo, o laboratório, para que se faça o processo com o mínimo de tempo preconizado; O fluxo e o protocolo são estruturados com essa priorização do itinerário terapêutico ser todo rápido. ...é todo voltado para perguntas mais diretas, perguntas técnicas para o atendimento médico, para o atendimento social e psicológico, justamente para a gente evitar que aquele profissional que está na ponta fuja um pouquinho daquele protocolo e pergunte talvez questões que não sejam pertinentes àquele atendimento (CLP).

Já a CSEP coloca que: “a classificação de risco, como prioridade dentro do pronto atendimento e o acompanhamento de todo o processo pela equipe multiprofissional”.

Quanto à demora na liberação dos resultados dos exames, identificou-se que parte deles tem um tempo mínimo para o processamento, que tem que ser seguido. Entende-se ainda, que a unidade hospitalar em pauta é “porta aberta para urgências e emergências clínicas” e referência no atendimento de crianças e adolescentes para todo o estado e às vezes até para outros estados vizinhos. No entanto os transtornos advindos da demora, aliado ao esgotamento da vítima e familiar que, na maioria das vezes já vem de uma “peregrinação” por outros órgãos, a dor, a fragilidade, a angústia em que se encontram, a exposição por horas de aguardo, tudo isso deve ser objeto de preocupação das equipes de atendimento e gestão, até porque, quando se fala em profilaxia, a equipes expressa que “a gente corre contra o tempo”.

Quando se buscou identificar os benefícios, os avanços, os pontos positivos percebidos pela gestão e equipe multidisciplinar na implantação do Programa teve-se uma variedade maior de entendimentos. A CLP relata que: *“A existência da Lei 13.431/2017, ela nos traz esse aparato legal dentro da unidade de atendimento, aí é mais fácil confrontar com os profissionais..., as capacitações com embasamento técnico e legal”*. Já a E2, identifica como avanço:

O conjunto de serviços disponibilizados, com a concentração das ações de saúde num só local, desde o atendimento médico, psicossocial, realização de exames, profilaxias, notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, com possibilidade de rastreamento e o acompanhamento ambulatorial posterior no HIAS ou encaminhamento para outras unidades de saúde, no caso da região metropolitana e interior (E2).

Considera-se avanços a visibilidade dada ao problema, as conquistas nacionais e locais, a aprovação de leis em face das situações de violência sexual contra a criança e adolescentes, que viabilizaram a estruturação de sistemas de proteção social a este público tão vulnerável, alcançadas muitas vezes a partir da mobilização da sociedade civil organizada, com o apoio dos poderes constituídos. Entretanto, persiste uma lacuna muito grande entre a legislação e a prática.

A manifestação a seguir revela o entendimento da implantação do Programa, como um benefício antes não existente. A fala da AS2 demonstra que: *“com todas as fragilidades, essa família, essa criança, tem a quem recorrer. Será acompanhada. Tem um local de referência para voltar como já voltou, até sem que existisse um agendamento prévio”*.

E ainda, os profissionais das duas equipes (gestão e atendimento), identificam as atividades a seguir como bastante positivas: o processo de implantação do Programa construído junto; a existência de um protocolo é muito direcionador; a realização de várias

oficinas para revisão fluxo; a equipe psicossocial bastante cuidadosa, comprometida; ter cirurgião na equipe; o nível de detalhamento do protocolo da área médica, considerado “muito benéfico”; ter um QR CODE com todas as profilaxias; busca pessoal (dos profissionais no geral) por mudança de postura, profissionais mais atentos às situações que chegam ao hospital.

Com relação a busca por mudança de postura, observa-se a presença de profissionais mais atentos e comprometidos, percepção corroborada pelo relato da representante da equipe de gestão do Programa:

Eu posso te falar dos últimos dois anos, a equipe no geral, tem mais consciência do que é o Programa . Ainda não tem 100 % de adesão no sentido de que em algumas vezes ainda há dúvidas. Ainda se levantam questionamentos, algumas coisas ainda fogem do que era o esperado, mas a vontade de fazer direito é uma coisa que é bem marcante. Mesmo quando a gente tem algumas fugas no protocolo, há o feedback para as equipes, a devolutiva, a gente vai acertando , a gente vai vendo que a vontade de acertar existe, fazendo com que cada vez mais esse processo seja otimizado. A gente está aparando as arestas e está conseguindo melhorar . No decorrer desses dois anos, isso vem melhorando bem (CSEP).

Com relação às dificuldades enfrentadas pela equipe técnica multiprofissional na aplicação das diretrizes do programa, as opiniões convergiram, em sua maioria, para duas questões centrais: a inexistência de espaço adequado que garanta sigilo e privacidade e a formação/capacitação (continuada) dos profissionais. Para além desses dois pontos centrais aparecem:

Quadro 7 – Dificuldades e desafios enfrentados pela equipe técnica multiprofissional do Programa Ponto de Luz

DIFICULDADES	DESAFIOS
<ul style="list-style-type: none"> - Demora excessiva na liberação do resultado dos exames; - Demora no Serviço Social; - Distanciamento entre a enfermagem e o Serviço Social “para o fechamento do caso”. - Retorno do paciente e familiar (após exames e atendimento psicossocial), para a equipe da enfermagem e médica, desacompanhado, sem “um alinhamento das providências”; - A utilização da sala da coordenação para o atendimento, que em alguns momentos é acessado por outras pessoas/profissionais que precisam utilizar algo que está guardado no espaço; - Sala da enfermagem/triagem compartilhada por dois profissionais; - A comunicação com a equipe médica; - A inexistência de espaço adequado para o atendimento; - O desconhecimento da base legal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de capacitação para todos os profissionais desde a recepcionista; - Garantir a execução da Política de acordo com o que está no papel, garantindo a não revitimização, o sigilo e a privacidade; - Fazer com que os profissionais entendam a importância do fluxo e do preenchimento dos instrumentais como forma de não revitimizar; - Encontrar estratégias para “casar essa teoria com essa prática”.

Fonte: dados da pesquisa (2025).

A sala da enfermagem onde se dá a triagem é compartilhada por dois profissionais. Significa que quando do atendimento, cada profissional estará com pelo menos duas pessoas, uma criança ou adolescente e seu responsável, o que totaliza no mínimo seis pessoas em ambiente bem reduzido. Nesse contexto, constata-se que não há garantia de não revitimização em forma de exposição, nem tampouco de sigilo e privacidade. A equipe informou que a alternativa encontrada (mas não se sabe, se é implementada) foi que a outra profissional suspenda o atendimento enquanto perdurar a assistência à vítima. Embora esta tentativa se traduza na busca de uma solução para o problema e numa postura ética profissional acaba por “prejudicar” o atendimento de um serviço de urgência e emergência.

Ainda nesse diálogo com as equipes de gestão e de atendimento, identificou-se o desejo e a necessidade de qualificação relacionada ao Programa, conforme relatos:

ASI: “Eu acredito que conhecer bem a legislação, a rede de proteção, conhecer o fluxo, conhecer os nossos instrumentais, isso é fundamental”. E mais: “a gente teve recentemente um curso, reforçando o papel de cada membro da equipe multiprofissional, mas acho que a gente precisa mais, não ficou cem por cento consolidado” (ASI).

O P2 ressaltou que: *“o ideal é que todos estejam sempre nesse processo de formação contínuo... que precisa se expandir para além da emergência”.*

Em meio a todas essas manifestações, identificam-se temáticas recorrentes nas falas dos profissionais, as quais podem servir de subsídio tanto para o setor responsável pela elaboração orçamentária, quanto para o setor de Recursos Humanos. Essas contribuições são relevantes especialmente no planejamento e execução de ações de formação, capacitação e atualização profissional.

Ressalta-se a importância de que tais ações considerem as sugestões apresentadas pelos próprios trabalhadores, uma vez que expressam as necessidades reais da equipe que atua diretamente no Programa Ponto de Luz. A adoção dessas medidas visa à melhoria do desempenho institucional e, como consequência, à prevenção de práticas que possam resultar na revitimização das vítimas atendidas. São elas: conhecer como funciona a Rede de Proteção e como se dá o acompanhamento dessas crianças; a composição e competências dos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (Defesa, Proteção e Responsabilização); revitimização - uma das formas de violência institucional; legislações sobre a temática; conhecer o fluxo e os instrumentais utilizados por todos; realizar oficinas com o pessoal da recepção para o conhecimento do processo e trabalhar a conduta a ser adotada.

O Decreto 9.603/2018 que regulamenta Lei 13.431/2017, artigo 2º, parágrafo único, determina que “O Poder Público criará matriz intersetorial de capacitação para os

profissionais de que trata este Decreto, considerados os documentos e os atos normativos de referência dos órgãos envolvidos”, que transportando para a realidade de um hospital, no caso o HIAS, leia-se, dos “setores envolvidos”. Então, a determinação é que os eventos tenham matriz multidisciplinar e interdisciplinar, por várias razões dentre elas a necessidade, de olhares diferentes sobre o mesmo caso, de conhecimento do papel de cada um no processo de acolhimento, atendimento e encaminhamento, da compreensão dos limites de atuação de cada categoria profissional, da troca de experiências, do convívio e da aproximação necessárias à qualificação do atendimento.

Além disso, os profissionais de saúde desempenham um papel estratégico, pois muitas vezes, são os primeiros a identificar os indícios de violência, seja por meio de exames clínicos, relatos das vítimas ou alterações comportamentais. Para Lea Rodrigues (2008), é essencial que esses profissionais estejam capacitados e sensibilizados para atuar de maneira acolhedora, ética e embasada, garantindo que a vítima se sinta segura e respeitada durante todo o processo de atendimento.

Destacou-se ainda, a importância da divulgação do Programa Ponto de Luz e da realização de campanhas educativas. Anualmente, a equipe organiza uma programação alusiva ao 18 de maio – Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes – incluindo a elaboração de folders informativos que são distribuídos a acompanhantes, profissionais e visitantes, conforme exemplificado no material abaixo.

Figura 9 – Folder elaborado pelo Hospital Infantil Albert Sabin em referência ao 18 de maio - Dia Nacional de Combate à Violência e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes

O que é a violência sexual?

É qualquer comportamento ou ato que obrigue a criança a participar ou presenciar qualquer tipo de ato sexual

E o que é a exploração sexual?

É a utilização sexual de crianças e adolescentes com a intenção de lucro ou troca financeira

Mas como prevenir?

A educação sexual adequada à idade da criança, além do cuidado e empatia, são chaves para proteger nossas crianças

18 DE MAIO

DIA NACIONAL DE COMBATE À VIOLÊNCIA E À EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Saiba onde procurar ajuda e denunciar :


- Disque 100
- Conselho Tutelar
- Casa da Criança e do Adolescente
- Ponto de Luz (HIAS)
- Para crimes pela internet : www.newsafenet.org/denuncie


HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN


Aqui vão algumas orientações para proteger as crianças e adolescentes :

Como conversar sobre isso?

Levando em conta as características da criança: idade, seu meio, sua personalidade, o que ela gosta e o que não gosta.


 **Empatia**
Coloque-se no lugar da criança para entender o que ela está sentindo e porque age desta maneira.

 **Escuta atenta**
Procure identificar onde estão os problemas. Leve em conta o ponto de vista da criança!

 **Comunicação eficaz**
Fale de maneira clara e direta para a criança sobre o que está incomodando. Comunique de forma nítida o que está acontecendo.


Quando crianças e adolescentes confiam em você, é mais fácil identificar quando eles estão em situações de violência !


DISQUE DIREITOS HUMANOS 100



Educação é essencial!

Educação sexual é fundamental para garantir o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, livre de preconceitos, mitos, e tabus. É a nossa maior aliada contra a violência! A sua atitude pode ajudar a mudar os índices de violência contra crianças e adolescentes em nosso país!

 **Fique atento aos sinais!**



Elaboração : Residência Multiprofissional em Pediatria - Turma XI

Fonte: HIAS (2025).

Outra dificuldade apresentada pelos entrevistados foi sobre a adesão dos próprios funcionários ao Programa Ponto de Luz. A profissional TGP fez os seguintes relatos:

Hoje em 2025, já está bem melhor do que em 2021, as pessoas faziam da forma que queriam. No início a gente teve um boicote, a gente conseguiu identificar isso, principalmente da classe médica, que consideravam que era mais um protocolo, que era um papel a mais para preencher, então eles se negavam [...] A gente descobriu que eles mandavam a família voltar da porta, diziam assim: primeiro a senhora vai para o IML, depois a senhora vem aqui, então eles faziam essa movimentação para não atender aquela demanda, hoje em dia a gente não tem mais essas situações, porque todo mundo já entende o protocolo e como é que funcionam os processos [...] Hoje a adesão, a aceitação, do que é o Ponto de Luz está bem melhor do que no início (TGP).

Já a profissional identificada como CLP salienta:

Um fortalecimento muito maior em relação ao atendimento à nível multiprofissional, com o psicossocial na emergência, diferente do começo em que tínhamos uma resistência muito grande Destoa um ou outro profissional, mas eu acho que a gente está com uma eficácia muito maior comparada ao início (CLP).

Em análise das respostas dos profissionais que compõem a gestão do Programa sobre a adesão da equipe multiprofissional, encontrou-se entendimento muito próximo, qual seja, a resistência a aderir ao referido Programa. Tal postura advém, muitas vezes, do

desconhecimento da legislação e das implicações pelo não atendimento da forma preconizada. Essa questão dá considerável visibilidade à necessidade da implementação de capacitação continuada, principalmente para as equipes da “linha de frente”.

Uma questão não pensada para o roteiro de entrevistas, mas que, durante o período de observações, considerou-se relevante, foi o tempo de permanência da vítima no atendimento emergencial - do acolhimento na recepção/triagem até a alta médica. Quando abordados sobre o tempo de atendimento, como um possível indicador que sinaliza para a possibilidade de revitimização, dois membros da equipe da gestão TGP e CSEP entendem que “com certeza”, já a profissional CLP diz que “abre margem”, que é “bem relativo”, que “*pode* haver uma revitimização, é claro”: “*Mas como a gente está trabalhando dentro de uma ótica assistencial de saúde bem complexa, não tem como a gente engessar para aquilo ser sempre aquele tempo mínimo*” (CLP).

Nesse debate, acrescenta TGP:

Quanto mais tempo essa família fica aqui no hospital, mais ela é exposta, ela pode acabar presenciando comentários [...] Em troca de plantão então, ela vai ter que pegar todos os profissionais ‘do zero’, muitas vezes não sabem o que é que já foi feito, o que é que já foi falado, o que é que já foi ouvido e isso aí pode sim, gerar revitimização (TGP).

A CSEP registra:

A gente buscava que esse atendimento inclusive fosse único: que o momento da consulta médica fosse atrelado com o momento da consulta psicológica e do atendimento do serviço social [...] O fato de estar dentro do atendimento da emergência dificulta, porque é um setor que é muito demandado, o tempo inteiro. E aí a gente fica suscetível ao tanto de lotação que a gente tem naquele momento. Principalmente no noturno (CSEP).

Ao longo da existência do Programa, tem-se observado, especialmente nos plantões noturnos de finais de semana, a ocorrência de longos períodos de espera para a finalização do atendimento emergencial destinado a crianças e adolescentes vítimas de abuso ou violência sexual. Embora não haja intencionalidade por parte dos profissionais envolvidos, tal situação persiste mesmo diante dos cuidados direcionados à garantia da prioridade absoluta, conforme previsto na legislação vigente.

No desenvolvimento desta pesquisa, buscou-se junto à equipe de gestão informações mais precisas a respeito do tempo médio de espera nesses atendimentos. No entanto, foram mencionadas apenas estimativas, como “no mínimo três horas”, o que não se confirmou nas observações diretas realizadas durante o estudo. Diante disso, foi necessário recorrer a dados complementares que permitissem verificar e aprofundar tal percepção.

Entende-se que a demora excessiva no atendimento emergencial compromete a proteção integral da vítima, podendo configurar uma forma de violência institucional, sobretudo por representar risco concreto de revitimização – situação em que o sistema, ao invés de proteger, contribui para o agravamento do sofrimento da criança ou adolescente.

Na pesquisa documental sobre o tempo de permanência, foram acessados documentos físicos, como prontuários, mas também um sistema de informações on-line, conforme se salienta a seguir.

Inicialmente, foi solicitada à equipe de coordenação a lista de pacientes atendidos pelo Programa, acompanhada dos respectivos números de prontuários, organizados por ano, desde sua implantação em 2021 até o ano de 2024. De posse dessas listas, contendo nome e número de prontuário, procedeu-se à consulta individualizada dos registros no sistema *Hospub*, acessado via intranet do hospital.

Entretanto, constatou-se a ausência do registro dos horários de saída na maioria dos prontuários eletrônicos. Diante dessa limitação, optou-se por recorrer a uma amostra maior do que aquela previamente definida, de 10% para 30% dos prontuários virtuais. Mesmo assim a limitação perdurou, o que inviabilizou a análise pretendida por meio dessa base.

Buscou-se então as informações nos prontuários físicos. A seleção foi de pacientes atendidos sem necessidade de internação, cujo tempo de permanência na unidade não ultrapassasse 24 (vinte e quatro) horas, uma vez que, a partir desse período, o caso pode (na maioria das vezes) se caracterizar como internação. Ainda assim, enfrentou-se dificuldades similares quanto à ausência de dados, com exceção dos registros referentes ao ano de 2021, cuja amostragem era bastante reduzida (apenas três prontuários), permitindo um levantamento mais detalhado neste recorte específico.

Em 2021, a listagem fornecida apontou o atendimento de 29 (vinte e nove) crianças e adolescentes. Considerando a amostragem de 10%, foram analisados 03 (três) prontuários, cujos registros indicaram que o tempo médio de permanência no atendimento emergencial variou entre 19h e 21h23min. Em 2022, foram relacionados 104 (cento e quatro) atendimentos, sendo que a amostragem correspondente (10%) equivaleria a 10 (dez) prontuários. Contudo, não foi possível atingir essa proporção, pois, mesmo após análise de um número superior ao previsto (30%), apenas 05 (cinco) prontuários continham os registros necessários. Nesses casos, o tempo médio de permanência oscilou entre 7h33min e 18h30min.

Já em 2023, a listagem apresentou 148 (cento e quarenta e oito) vítimas. A amostra inicial de 10% seria de 14 (catorze) prontuários. Apesar da busca ter ocorrido em um número superior ao originalmente estipulado (igualmente ao ano anterior), somente 07 (sete)

prontuários apresentaram as informações necessárias, com variação no tempo de atendimento entre 5h33min e 22h06min, observando-se, neste recorte, uma prevalência de tempos de espera mais prolongados.

Por último, no ano de 2024, a lista apresentada indicava o atendimento de 195 (cento e noventa e cinco) vítimas. Embora a amostra prevista inicialmente fosse de 20 (vinte) prontuários, e se tenha buscado em percentual bem maior do previamente estabelecido - 30% , somente 12 (doze) registros foram localizados com as informações completas, sendo identificada uma variação de tempo entre 3 horas e 33 minutos e 22 horas e 05 minutos, com predominância, neste ano, de tempos mais curtos de permanência.

Durante esta análise, percebeu-se que, muito embora existam no prontuário dois instrumentais que preveem hora de entrada e saída, muito dificilmente se encontra o registro das saídas. Procurou-se os funcionários responsáveis pela alimentação do sistema e no diálogo a situação foi explicada da seguinte forma: *“por exemplo, um paciente que saiu às 17h, final de expediente, só será dado baixa no sistema no dia seguinte”*. Já o setor de T.I informou que além da *“dificuldade geral para sensibilizar os profissionais para utilização do sistema, esses dados (hora de entrada e saída) que são inseridos pelo nível médio não são feitos em tempo real”*. Isso significa dizer que, esse tempo muito elástico encontrado em raros prontuários pode ser resultado da não inserção da informação, em tempo real. Portanto, não se tem informação confiável sobre o tempo de permanência da criança ou adolescente no atendimento emergencial.

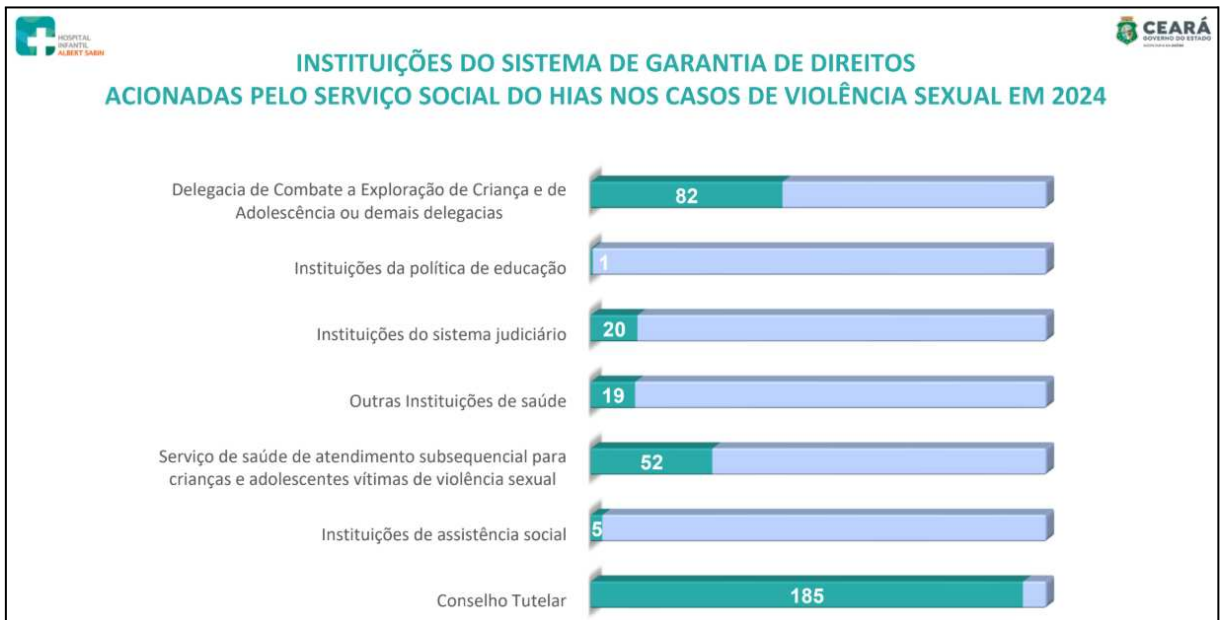
Mesmo considerando as inconsistências e/ou fragilidades dos dados encontrados (tendo em conta os poucos registros e a não fidedignidade destes), em relação ao tempo de permanência do usuário atendido (porém não internado), constata-se que, gradativamente, o tempo de espera para a conclusão do atendimento emergencial apresenta uma redução. A exploração dos prontuários foi de grande relevância, porque evidenciou uma fragilidade que precisa ser discutida e corrigida pela gestão do Programa, do Serviço de Emergência e da Direção Geral do Hospital. Precisa ser pensada uma estratégia de gestão do tempo com correção ou instituição do controle de entrada e saída dos pacientes do Programa, possibilitando precisar o tempo médio de duração do atendimento, tendo em vista ser uma informação relevante para qualificar o atendimento e evitar vitimização.

Um outro fator importante e identificado no manuseio dos prontuários foi que eles também são abertos para casos de intoxicação exógena (acidental ou provocada), e ainda que não são casos tão pontuais, refletindo na apuração dos indicadores.

É cediço que a legislação estabelece a notificação e o encaminhamento de casos suspeitos ou confirmados de abuso ou violência sexual contra crianças e adolescentes. No entanto, algumas unidades de saúde, provavelmente por excesso de cuidados, têm encaminhado situações como, por exemplo, infecção urinária, corrimento, para atendimento, o que muitas vezes é ocasionado por precárias condições de higiene.

Nas referidas situações, após a realização do atendimento médico e a escuta conduzida pelo Serviço Social (oportunidade na qual não se constatou sequer a suspeita de violência), o protocolo do Programa Ponto de Luz tem sido integralmente acionado, completado, em desacordo com as diretrizes repassadas durante as capacitações oferecidas pela equipe de gestão, conforme consta nas apresentações institucionais: “O protocolo Ponto de Luz será iniciado e, após atendimento multiprofissional, poderá ser confirmado ou descartado”. Tal conduta reverbera tanto nos indicadores do Programa, quanto no atendimento de outros órgãos, de atendimento posterior, como o Conselho Tutelar e a Delegacia de Polícia, os quais, pela natureza do serviço que prestam, já são os mais acionados pela equipe e ainda detém uma sobrecarga de casos a serem acompanhados e investigados, respectivamente.

Figura 10 – Instituições do Sistema de Garantia de Direitos acionadas pelo Serviço Social do HIAS nos casos de violência sexual em 2024



Fonte: HIAS (2024).

Tomando como exemplo o fluxograma interno de um serviço, no caso o Serviço Social, a equipe deverá seguir os seguintes passos: realizar o acolhimento, a escuta qualificada, o preenchimento das fichas de atendimento e elaboração de relatório social do atendimento; Encaminhar cópia para Epidemiologia; Encaminhar fichas de atendimento ao

Conselho Tutelar e/ou DECECA; Preencher ficha de notificação compulsória SINAN (quando realiza o primeiro atendimento); Orientar a sinalização do caso na planilha da emergência.

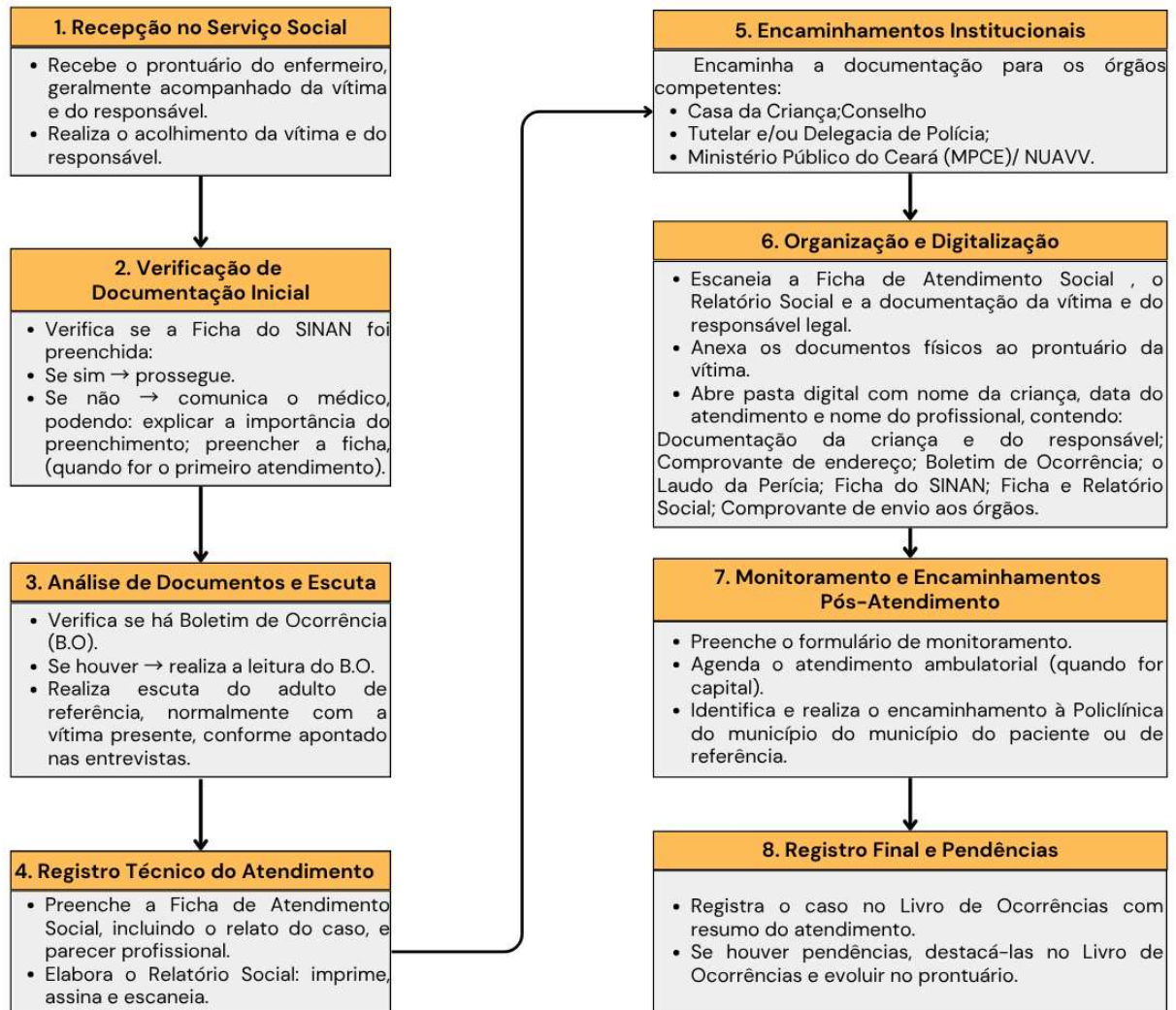
Quando se transporta o fluxograma para a prática, procurando conhecer o passo a passo das providências internas, identifica-se extensas atividades operacionais administrativas, realizadas em tempo real, para a concretização do que está previsto nele. Procurou-se retratar detalhadamente a conduta do assistente social, a saber: o profissional recebe o prontuário do enfermeiro, geralmente acompanhado da vítima e seu responsável; Acolhe-os;

Em seguida, verifica se a Ficha do SINAN foi preenchida e, caso contrário, reporta-se ao médico sobre a necessidade do preenchimento, muitas vezes tendo que convencê-lo da importância, ou preencher por ele; verifica se tem boletim de ocorrência, procedendo a leitura do mesmo; Escuta o adulto de referência, na maioria das vezes com a vítima dentro do mesmo espaço, como apontado nas entrevistas; Preenche a Ficha de Atendimento Social, com espaço para o seu parecer, em que normalmente há o registro do relato; Faz o Relatório Social (imprime, assina e escaneia); Encaminha para o Conselho Tutelar, Casa da Criança, Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência (NUAVV), Ministério Público do Ceará (MPCE);

Posteriormente, escaneia a Ficha de Atendimento e Relatório Social; Anexa Ficha e Relatório Social original ao Prontuário; Abre pasta digital com Nome da Criança, data do atendimento, nome do Profissional e anexa a documentação da criança e do responsável; Comprovante de endereço; B.O; Laudo da Perícia; Ficha do SINAN: Ficha e Relatório Social; Comprovante do envio do Relatório Social aos órgãos supracitados; Preenche o monitoramento, agenda o atendimento ambulatorial quando for capital e identifica a Policlínica correspondente do município do paciente, fazendo o encaminhamento para o posterior acompanhamento; Por fim, registra o caso no livro de ocorrência com o resumo do atendimento e se tiver pendências, destacar na evolução no prontuário.

Através do fluxograma abaixo, procura-se demonstrar de forma mais pedagógica as iniciativas técnicas e administrativas empreendidas pelo profissional do Serviço Social, quando do atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual.

Figura 11 - Fluxograma retratando o passo a passo da rotina dos profissionais de Serviço Social, quando do atendimento de casos relacionados ao Programa Ponto de Luz



Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados da pesquisa (2025).

O acima exposto, evidencia uma das dificuldades apontadas pelos entrevistados: a demora no atendimento do Serviço Social. Considerando a proposta de qualificação do Programa, torna-se imprescindível a distinção entre as atividades técnicas e administrativas, de modo a otimizar o fluxo de atendimento e assegurar maior efetividade nas ações desenvolvidas. Assim, na atuação da equipe em referência, constata-se inicialmente o quanto o profissional se ocupa de serviços administrativos, tornando-o excessivamente burocrático, deslocando-o da atuação técnica para as funções administrativas, o que seguramente compromete a qualidade da atenção que deve ser dispensada ao caso.

Na ausência de boletim de ocorrência, o encaminhamento deverá ser direcionado à Casa da Criança, que opera em regime integral durante os dias úteis, e em horário diurno aos finais de semana. Já no período noturno dos finais de semana, os encaminhamentos deverão

ser realizados à Casa da Mulher Brasileira. Ambos os equipamentos concentram, em um mesmo espaço, diversos serviços especializados, incluindo a presença de delegacia e plantão do Conselho Tutelar, proporcionando, assim, atendimento integrado e contínuo à população infantojuvenil em situação de vulnerabilidade.

Neste sentido, o Assistente Social se coloca como “articulador” das providências do Programa, interna e externamente, trazendo para si a responsabilidade por fazer acontecer a contento o atendimento à vítima de abuso/violência sexual, desde a notificação e ainda, responsável pela execução de grande volume de atividades administrativas. Isso reflete a necessidade de uma intervenção da gestão local do Programa junto às direções técnica e administrativa da unidade hospitalar, com vistas a corrigir esta distorção.

Quanto à visão da equipe da gestão sobre a existência de espaços adequados para o atendimento com sigilo e privacidade, a profissional TGP salienta que: *“Não. Não temos. A gente ainda está lutando por esta sala. Ali no Serviço Social, hoje é uma loucura tem que tirar a coordenadora e o administrativo da sala delas, para a gente poder fazer um atendimento sigiloso”*.

Já a CLP coloca: *“Atualmente não. É uma batalha que a gente está tendo para ter este espaço .Tem um projeto já desenhado pelo engenheiro, aprovado e tudo. Existe essa promessa de haver um espaço específico conforme a legislação preconiza”*.

A CSEP, por sua vez, explica que:

A gente ainda não chegou ao ideal. Dentro do que a gente tem de estrutura, a gente está oferecendo o que tem de melhor. O ambiente conturbado da emergência é uma coisa que atrapalha o atendimento, atrapalha o processo. A gente vem tentando dar uma atenção diferenciada, mesmo no espaço que não é 100 % ideal (CSEP).

Salienta-se que, considerando a natureza do atendimento, torna-se imperiosa a iniciativa de definir espaço minimamente adequado à assistência ao público atendido. No Decreto 9.603/2018, Art 2º, inciso VIII , afirma que:

A criança e o adolescente devem ter sua dignidade individual, suas necessidades, seus interesses e sua privacidade respeitados e protegidos, incluída a inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral e a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, das ideias, das crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

Ainda sobre sigilo e privacidade, porém no contexto do compartilhamento das informações, nos termos do Art 9º, § 2º, do Decreto nº 9.603/2018 “Os serviços deverão compartilhar entre si, de forma integrada, as informações coletadas junto às vítimas, aos membros da família e a outros sujeitos de sua rede afetiva, por meio de relatórios, em

conformidade com o fluxo estabelecido, preservado o sigilo das informações”, os Parâmetros de atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência trazem que (p. 33):

Todo esse processo deve assegurar a reserva no compartilhamento destas informações aos órgãos do SGD que efetivamente precisem ter acesso às mesmas, resguardando-se, assim, a privacidade da criança e do adolescente e sua família e o respeito às questões relativas à ética e sigilo profissional. Ressalta-se que entre os serviços com responsabilidade de atuação na situação, o sigilo é transferido e compartilhado, mas não quebrado. Ou seja, o compartilhamento de informações essenciais para o prosseguimento do atendimento em outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos não deve ser entendido como a quebra do sigilo, mas como a transferência deste aos demais órgãos responsáveis pelo atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência e suas famílias, como forma de evitar a revitimização e assegurar direitos das crianças ou adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.

No que diz respeito à não utilização da Ficha do SINAN como instrumental de “compartilhamento de informações” para o Conselho Tutelar, para órgãos rede de proteção e SGD, a integrante TGP se coloca da seguinte forma:

A Ficha do SINAN, ela é muito geral. Um papel preenchido com números. E se eu não estiver atenta ao que é aquele número, ele não vai significar nada para quem está lendo de fato. Ela não é nem de fato uma ficha para criança e adolescente, ela é mais complicada de ser preenchida do que para o adulto. Não vejo o SINAN hoje para crimes contra a criança ou adolescente, como algo assim que dê maiores elementos [...] Um relatório social, por exemplo, um relatório psicológico, ele é muito mais robusto e traz as informações necessárias para a Rede de Proteção (TGP).

Enquanto a CLP salienta que:

A orientação da epidemiologia é que a função do documento é realmente para fins epidemiológicos, não para fins de articulação. Eu não sei se existe alguma outra função. De fato, acho que não é um instrumental que sirva de comunicação em termos intersetoriais. Existe um desenho que eu acho que a gente ainda está falhando muito nesse aspecto que é o que a lei preconiza, que é um instrumental que seja de comunicação intersetorial, que não seria a ficha de notificação do SINAN, seria um instrumental que realmente contemplasse a assistência, contemplasse os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, órgãos de proteção, órgãos da saúde, mas ele não existe. De fato, não foi construído. Falha do sistema como um todo, a gente não tem um instrumental específico para se comunicar, não é? (CLP).

Ademais, CSEP coloca que:

[...] A beleza do SINAN, independente de ser com relação à violência sexual é uma ferramenta que é pra ser usada por qualquer pessoa que identifique aquele agravo com indicação de notificação, justamente para poder facilitar e não perder determinadas informações. Em algumas coisas o SINAN vai deixar a desejar em algum detalhamento específico, mas de uma maneira em geral, ele é um ótimo retrato. Então, são informações que são valiosas e que eu não preciso estar recoletando, já que eu estou tentando evitar revitimização, a reconversa, eu estou

tentando diminuir o sofrimento do processo todo. Isso aí acaba realmente sendo uma perda (CSEP).

Verifica-se, neste ponto, uma formulação imprecisa da questão por parte da pesquisadora ou, alternativamente, uma possível incompreensão por parte dos entrevistados acerca da temática proposta. O foco da pauta era a ausência do preenchimento e envio da Ficha de Notificação do SINAN por parte dos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e da Rede de Proteção – especialmente os da área da saúde – quando realizam o encaminhamento de crianças e/ou adolescentes vítimas ou com suspeita de violência sexual para atendimento no HIAS. Além da ausência da Ficha do SINAN, também foi observada a falta de comunicação formal ao Conselho Tutelar, conforme exigem as diversas normativas legais e portarias do Ministério da Saúde, algumas em vigor há vários anos.

Como exemplo, traz-se à tona a Portaria Nº 1.968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, traz no art. 1º:

Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde - SUS deverão notificar ao Conselho Tutelar da localidade todo caso de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos.

Bem como, cita-se a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, art. 8º:

É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º;(relação de ocorrências obrigatórias).

Ademais, tem-se a Portaria nº 104/MS, de 25 de janeiro de 2011 no Art. 7º estabelece:

A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

E, atualmente, a Lei 13.431/2017 traz no art.13º:

Qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presenciado ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência contra a criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao Conselho Tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público.

Quando se confronta a legislação supracitada e as normativas do Ministério da Saúde com o que foi encontrado nos prontuários em análise, identifica-se que as entidades não realizam ou não informam a realização da Notificação ao Conselho Tutelar. Da mesma forma, também não têm encaminhado cópia da Ficha do SINAN, devidamente preenchida conforme, art. 2º “Definir que a notificação de que trata o artigo 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do anexo desta Portaria”. Ademais, o parágrafo único do mesmo artigo determina que “o formulário objeto deste artigo deverá ser preenchido em duas vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar e a segunda mantida no serviço de saúde responsável pelo atendimento”. Ressalta-se, ainda, que o preenchimento da ficha deve ser, preferencialmente, realizado pelo primeiro profissional que acolheu a vítima.

Com a constatação acima, reporta-se a necessidade de fortalecer junto aos órgãos com “poder de mando”, ou seja, àqueles que têm entre suas atribuições a fiscalização do cumprimento da lei, no caso, Ministério Público, para que seja feita recomendação aos órgãos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos/ Rede de Proteção para que estejam cumprindo o que estabelece a legislação, no que se refere à notificação ao Conselho Tutelar, preenchimento do SINAN e que, no referenciamento ou encaminhamento realizado ao órgão de atendimento posterior, conste as providências já adotadas, com vistas a evitar a superposição de ações, que acabam por revitimar.

O registro do fato ocorrido, com qualidade, pelo primeiro profissional do atendimento, seja ele da Rede (externo ao HIAS), seja ele do HIAS/ Programa Ponto de Luz (interno), pode ser um grande diferencial na prevenção à revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual. Assim, chama-se a atenção para a urgente necessidade de capacitação da rede como um todo e mais especificamente “a Rede Interna” objeto deste estudo.

No que tange ao entendimento da equipe da gestão sobre o processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação, a profissional TGP coloca que:

Eu faço a tabulação dos dados do Ponto de Luz. A gente tenta se reunir, quando não dá fazemos online. Os erros é que fazem a gente se reunir mais ainda, porque a gente tem que criar estratégias. Quando dá, fazemos aqui no ambulatório, para a gente ver de fato as dificuldades que são apresentadas, principalmente quando aparecem erros. Por exemplo, o antígeno de hepatite C, a SESA não estava mandando . A dra. X teve que fazer um ofício e dizer que era essencial. O exame Beta também estava faltando, então chegava o paciente aqui e não fazia o beta, e poderia estar grávida. A gente também tem que acionar a SESA para mandar o exame beta (TGP).

Já a CLP informa que:

A gente acompanha praticamente diariamente, 24 horas [...] Mensalmente, estou me reunindo com as coordenações diretas de cada categoria específica, médica, assistente social, psicólogo [...] Procuo ver como é que está se chegou alguma questão de não conformidade no nosso fluxo, dúvidas dos profissionais [...] Tendo esse termômetro a cada reunião mensal, para ver como é que a gente pode fazer as imersões a cada dois meses, registrando mesmo, fazendo um documento bem robusto e avaliando também mensalmente (CLP).

A CSEP, por sua vez, coloca que:

Existe uma equipe que coordena esse programa e que fica fazendo o segmento de todos os atendimentos dentro do pronto atendimento. A criança é encaminhada para o nosso ambulatório, ela fica em segmento. Todas as consultas, todos os prontuários são reavaliados por essa equipe, inclusive para tentar identificar alguma falha, se alguma coisa ficou faltando ou não ficou a contento, eles fazem essa investigação e em determinadas situações, chamam novamente essa família, principalmente para poder ter o atendimento todo liso (CSEP).

As colocações apresentadas revelam a existência de planejamento, monitoramento e avaliação, dentro das práticas de gestão e cuidado. O planejamento está presente, embora de forma mais reativa do que proativa, em razão das falas indicarem que o planejamento é muitas vezes motivado por falhas ou lacunas detectadas na execução. A atuação frente a ausência de insumos mostra a capacidade de resposta e articulação da equipe de coordenação, embora a existência da necessidade de envio de ofícios indique gargalos no sistema. O agendamento de imersões bimestrais e reuniões mensais demonstra intenção de contínua estruturação, algo essencial ao planejamento estratégico. O monitoramento relacionado à gestão de fluxo e/ou vigilância de casos é feito frequentemente e de forma descentralizada. O acompanhamento das “não conformidades” e o contato direto com coordenações mostram que há um esforço para detectar problemas em tempo real. Desta forma, a existência de uma equipe dedicada ao segmento dos atendimentos e à reavaliação dos prontuários demonstra um monitoramento não só gerencial, mas também clínico ativo.

A prática de reavaliar prontuários e chamar famílias quando necessário, caracteriza a existência de uma avaliação qualitativa e centrada no cuidado, buscando a resolução de falhas e melhoria contínua da experiência do usuário. Contudo, também é possível observar desafios estruturais quando se fazem necessárias articulações emergenciais com a SESA, para assegurar um atendimento completo (com os insumos necessários), direito da criança e do adolescente, dever do Estado, com a qualidade que o público em si requer. Portanto, torna-se urgente fortalecer o planejamento antecipado que aliado à padronização de fluxos já existentes, pode melhorar a previsibilidade e diminuir a necessidade de ações reativas.

A Lei 13.431/2017 em seu Art.14, estabelece que “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”. Na necessária articulação dos órgãos, para garantir efetividade e qualidade no atendimento integral ao público infante-juvenil, deve-se primar pelo registro das informações com qualidade, nos instrumentais adequados, criados para este fim, dentre eles a Ficha do SINAN (Anexo D) que abre para a possibilidade do seu uso pela rede, no campo 06: Unidade Notificadora, que traz as opções: 1. Unidade de Saúde; Unidade de Assistência Social; 3. Estabelecimento de Ensino; 4. Conselho Tutelar; 5. Unidade de Saúde Indígena; 6. Centro Especializado de Atendimento à Mulher; 7.Outros e, outros instrumentos que porventura sejam criados pelo SGD.

A instituição, criação da referência, contrarreferência, conforme está previsto na supracitada Lei, Art.14, inciso III, “estabelecimento de mecanismos de informação, referência, contrarreferência e monitoramento”, faz com que a informação circule. É, portanto, extremamente importante à compreensão do caso de forma abrangente, como também para o conhecimento das providências já adotadas por cada órgão envolvido naquele atendimento, evitando que haja superposição de ações, conforme determina o Decreto 9.603/2018, o Art. 9º inciso II, alínea b, determina que “a superposição de tarefas será evitada”. Nesse sentido, os profissionais das equipes multiprofissionais citam como, instância de interlocução na rede de atendimento, a Casa da Criança.

Na análise documental dos prontuários de pacientes atendidos na emergência, considerando uma amostragem correspondente a 30% dos atendimentos em cada ano de funcionamento do Programa (2021 a 2024), evidenciou-se que os registros referem-se, majoritariamente, aos Boletins de Ocorrência realizados em Delegacias e à laudos da Perícia Forense.

Considerando que a Casa da Criança abriga diversos serviços, como equipe técnica psicossocial, Tribunal de Justiça, Ministério Público, Defensoria Pública, DECECA, PEFOCE, Conselho Tutelar e Rede Aquarela, esperava-se encontrar nos prontuários referências a ações mais articuladas desses atores. Em especial, seria razoável esperar que tais instituições informassem a realização da notificação ao Conselho Tutelar, ou o conhecimento deste em relação ao caso, e encaminhassem a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (SINAN), devidamente preenchida, considerando que a legislação determina que seu preenchimento é responsabilidade do profissional que realiza o primeiro atendimento,

independentemente do órgão em que o atendimento ocorra, desde que este componha a rede de proteção.

Vários outros órgãos como as UPAs, Hospital São José, Hospital Luís de França, Fundação da Criança e da Família Cidadã-FUNCI, hospitais de uma maneira geral e até aqueles que são referência no atendimento de situações de abuso e violência sexual para outro público, utilizam-se muitas vezes, de um instrumental de encaminhamento “padrão”, no qual consta o nome da criança ou adolescente e o seguinte texto: “Solicitamos que V. Sa. dentro de suas atribuições e possibilidades possa adotar as providências ou indicar meios para a obtenção de resultados satisfatórios diante dessa situação. Na oportunidade, reiteramos votos de estima e apreço”. Em seguida, traz nomes de três hospitais públicos de referência (como alternativas), a saber: Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter; Maternidade Escola Assis Chateaubriand; Hospital Infantil Albert Sabin.

No ensejo, entende-se que a conduta adotada pela grande maioria das unidades hospitalares de não preenchimento do SINAN e de não comunicação ao Conselho Tutelar é incompatível com as orientações emanadas de legislações que tratam sobre o assunto.

Ao aprofundar a análise da Lei nº 13.431/2017, observa-se, em seu art. 14, inciso VII, a diretriz que determina a “mínima intervenção dos profissionais envolvidos”. Tal preceito normativo deve ser interpretado à luz de dois eixos de atuação: o contexto interno, representado pelo Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), e o contexto externo, que envolve o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e a Rede de Proteção.

No âmbito interno, verificou-se que, por vezes, as vítimas chegam ao atendimento hospitalar já munidas de Boletim de Ocorrência expedido pela Delegacia e, em algumas situações, também acompanhadas do laudo da Perícia Forense, ou até mesmo portando ambos os documentos. Essa condição favorece o redirecionamento da escuta inicial realizada pelas equipes de enfermagem, triagem e atendimento médico, permitindo que se concentrem nas informações ainda não verbalizadas, mas essenciais à adoção das medidas de proteção no campo da saúde, respeitando o princípio da não revitimização e da intervenção mínima, conforme preconizado pela legislação.

No atendimento laboratorial, de posse da requisição médica, não há o que ser indagado pelos profissionais que atuam no setor. O mesmo ocorre na administração das profilaxias, porque a vítima chega para a equipe, com prescrição médica.

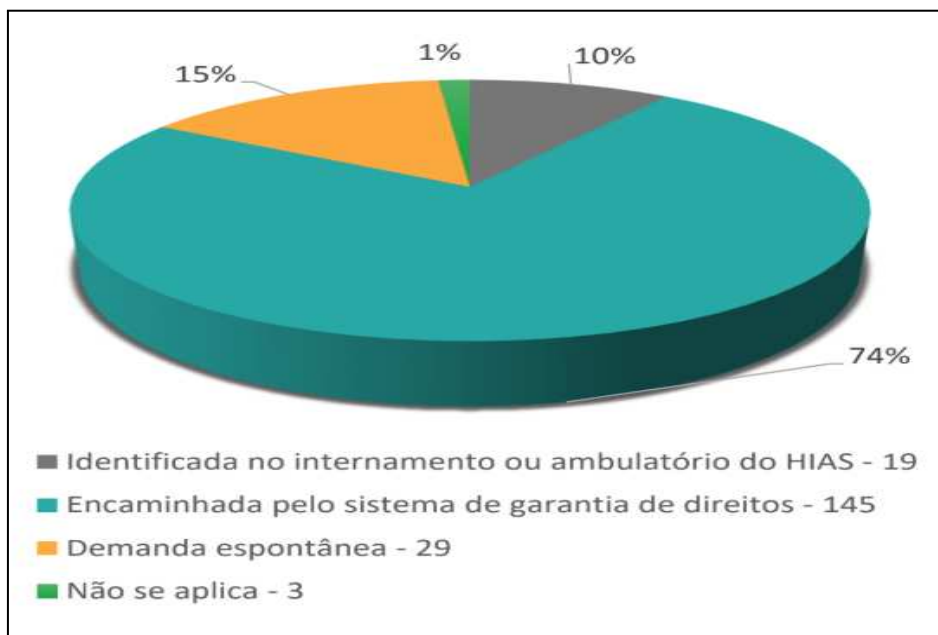
Os demais membros da equipe multidisciplinar do atendimento posterior, no caso, a equipe psicossocial, já estarão com no mínimo, duas ou três possíveis informações (B.O.; Laudo pericial; Registro Médico para Atendimento Pós-Violência e Ficha do SINAN),

Portanto a intervenção nesse caso é mínima: a partir dos registros do ocorrido nos documentos citados, e após as providências internas (atendimento médico, exames, profilaxias) espera-se da equipe psicossocial uma análise criteriosa da real necessidade de ouvir sobre o ocorrido, analisando assim as possibilidades de encaminhamentos, de acompanhamento ambulatorial, sempre acolhendo qualquer relato que a vítima ou a responsável legal possam fazer espontaneamente.

Quando a demanda é espontânea ou de identificação ocasional, o que pode ocorrer quando um paciente está internado e por alguma outra razão, e ocorre a identificação ou o relato, acontece quase que um processo inverso. O protocolo é seguido por toda a equipe, fazendo-se necessário a notificação aos órgãos do eixo de responsabilização através do Conselho Tutelar e/ou do Ministério Público. Quando a família não quer denunciar, porque o suposto abusador é um familiar próximo, então a comunicação ao Conselho Tutelar é feita para que sejam adotadas as medidas de proteção e acompanhamento necessários, bem como para o registro do Boletim de Ocorrência.

Pela forma de ingresso de crianças e adolescentes para atendimento no HIAS, conforme figura abaixo identifica que, 74% veio encaminhada da Rede de Proteção, ressalta-se a importância do envio dos documentos de comunicação ao Conselho Tutelar e de preenchimento da Ficha do SINAN, como forma de otimizar o trabalho em rede e evitar a repetição dos fatos.

Figura 12 – Forma de ingresso das vítimas de violência sexual atendidas no HIAS em 2024



Fonte: HIAS (2024).

Aliando-se tudo isso à análise realizada nos prontuários, identificou-se que a grande maioria já vem com o B.O., tornando-se desnecessário um novo relato e, assim, a equipe multiprofissional deve direcionar o atendimento para as etapas subsequentes ao relato: as queixas do agora (o que está sentindo, exames, profilaxias), as necessidades de encaminhamentos e o acompanhamento ambulatorial posterior.

A abertura de prontuário para todos os casos, suspeitos ou confirmados, de abuso e/ou violência sexual, conforme previsto no protocolo institucional, configura-se como medida preventiva essencial, visando garantir a integralidade do cuidado e assegurar que nenhum caso seja negligenciado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a gravidade e a amplitude do fenômeno da violência sexual e os impactos significativos que essa problemática acarreta à saúde física e mental de crianças e adolescentes, viu-se durante a pesquisa, que torna-se fundamental sensibilizar gestores e profissionais, quanto à necessidade de organizar serviços que assegurem atenção integral, bem como quanto a importância da consolidação e fortalecimento das redes de proteção já existentes.

No desenvolvimento deste estudo, buscou-se compreender o contexto histórico de implantação do Programa Ponto de Luz, evidenciando-se que sua implementação ocorreu em um cenário de pandemia, marcado pela construção dinâmica e adaptativa das ações anteriormente existentes – sinalizando para uma situação que se pode descrever como construir, “com o carro em movimento” e “aprender fazendo”. Destaca-se o empenho das equipes técnicas em assegurar um atendimento de qualidade, mesmo diante dos desafios impostos.

Assim, foram identificadas diversas estratégias adotadas pelas equipes com o objetivo de prevenir a revitimização, que é o foco central desta pesquisa, as quais já foram detalhadas no capítulo anterior. No entanto, também foram evidenciadas dificuldades enfrentadas pelas equipes técnicas e de gestão local na operacionalização do Programa, algumas que impactam diretamente na questão da revitimização. Parte dessas demandas exigem encaminhamentos da gestão superior, seja da unidade hospitalar estudada, da Secretaria Estadual da Saúde (SESA) ou, ainda, no âmbito do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e da Rede de Proteção. Tais desafios apresentam naturezas distintas, quais sejam: técnico-operacionais, gerenciais e político-institucionais.

Apresenta-se inicialmente, as questões de ordem gerencial, passíveis de análise pelas instâncias de gestão do Programa, do HIAS, da SESA e do Sistema de Garantia de Direitos-SGD. O objetivo é subsidiar melhorias na estrutura, no funcionamento, nas articulações internas e externas do Programa, visando promover o aprimoramento da proteção social destinada ao público infantojuvenil atendido.

Como encaminhamento preliminar, sugere-se que a gestão do Programa articule-se com a direção geral e a assessoria jurídica do órgão executor (HIAS) e da SESA, a fim de instituir um marco legal que formalize a existência do Programa. Recomenda-se, nesse sentido, a proposição de um Decreto Governamental Estadual que institua oficialmente a Rede Pontos de Luz, com a criação de unidades de acordo com suas especificidades e

público alvo atendido. No caso do HIAS, o referido decreto instituiria o Programa Ponto de Luz para Crianças e Adolescentes, devendo ser posteriormente regulamentado por meio de Portaria interna, estabelecendo diretrizes operacionais e normativas para seu pleno funcionamento.

Para a instituição do marco legal há necessidade da sua devida estruturação técnica, constando do nome, histórico, base legal, justificativa, finalidade (competências institucionais), objetivos geral e específicos, público alvo, ações previstas, metodologia de execução, metas e indicadores de desempenho, estratégias de acompanhamento, monitoramento e avaliação, fonte(s) de financiamento, recursos humanos, dentre outros de acordo com a realidade específica, do contexto geral do Programa no HIAS.

Uma outra iniciativa estratégica e política é a articulação da gestão do HIAS junto a SESA para garantir assento de membro da gestão do Programa Ponto de Luz (podendo ser até na suplência), no Comitê de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e Proteção Social das Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência, instituído dentro do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente CEDCA, e que tem como uma das principais atribuições, buscar estratégias para o constante aprimoramento da integração entre os serviços que compõem a rede de atendimento local. Tal participação levará contribuições relevantes aos órgãos de controle, tendo em vista o conhecimento da realidade da operacionalização de um serviço da importância do que se presta no HIAS.

A inexistência de um espaço físico adequado para o atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias, conforme preconizado pela legislação vigente e normativas técnicas específicas, configura-se numa demanda de máxima urgência. É imprescindível que esse ambiente seja planejado e estruturado de modo a garantir acessibilidade universal, segurança física e emocional, bem como condições que assegurem a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações. Tais elementos são fundamentais para promover uma escuta qualificada e protegida, que não revitimize a criança ou o adolescente, assegurando-lhes um acolhimento digno, humanizado e em conformidade com os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e Sistema de Garantia de Direitos (SGD).

No que se refere à repetição dos membros da Coordenação do Programa Ponto de Luz na Comissão de Atendimento e Prevenção aos Maus-Tratos contra a Criança e o Adolescente, embora tal configuração não invalide a iniciativa, representa uma limitação estratégica. Perde-se, assim, a oportunidade de ampliar a capacidade de articulação e de fortalecer a atuação institucional por meio da existência de uma equipe complementar, de

apoio ao referido Programa, que poderia oferecer suporte qualificado às ações desafiadoras de gestão e implementação do Programa.

Em um serviço de emergência pediátrica, em atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso e/ou violência sexual, buscar fortalecer o trabalho em equipe é essencial, em razão da complexidade e da urgência dos atendimentos realizados. A atuação conjunta de profissionais de diferentes áreas (medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, entre outros) permite respostas integradas, rápidas, eficazes, uma abordagem mais ampla, humanizada, favorecendo a tomada de decisões mais assertivas, reduzindo falhas na comunicação, evitando a fragmentação do cuidado e contribuindo para a proteção integral do público infanto-juvenil.

Em razão do que prevê a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência, com base na Lei 13.431/2017, que inova ao estabelecer dentre outros mecanismos, a implantação de sistemas de gestão dos casos de violência, urge que se institua um sistema de informações com tecnologias diferenciadas para os profissionais que atuam diretamente na atenção à criança e à adolescentes vítimas de violência sexual. A referida iniciativa viabilizará, entre outros avanços, a separação sistemática dos dados e informações relativas a vítimas de intoxicação exógena (seja acidental ou intencional) daqueles relacionados a outras formas de violência contra crianças e adolescentes, em especial os casos de abuso e/ou violência sexual. Tal desmembramento conferirá maior precisão, confiabilidade e robustez aos dados, contribuindo de forma significativa para o aprimoramento da gestão do Programa e para o fortalecimento das ações no âmbito do Sistema de Garantia de Direitos.

É igualmente necessário avançar na consolidação da articulação intersetorial para o atendimento integral, até porque nenhuma Política Pública por si só, assegurará o atendimento integral das necessidades da criança e do adolescente. A referida consolidação se dará por meio da implementação ou do uso efetivo de mecanismos de referência e contrarreferência entre os serviços. Além disso, torna-se fundamental qualificar de forma significativa a integração e a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional em nível local. Tais iniciativas ainda representam um desafio considerável no contexto da gestão e operacionalização dos serviços locais, voltados à infância e adolescência, ressaltando que a falta de comunicação entre os órgãos pode levar à descontinuidade do cuidado, duplicação de esforços e conseqüentemente a revitimização.

Investir em capacitações e formações continuadas direcionadas aos profissionais das equipes multiprofissionais da emergência e do ambulatório, estendendo-se também aos colaboradores das áreas administrativa, de apoio e demais setores da assistência, configura-se

como uma estratégia essencial para garantir a eficácia das intervenções e para o fortalecimento dos mecanismos de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência.

Além disso, é essencial promover a construção de uma consciência cidadã entre os envolvidos no atendimento, assegurando uma atuação efetiva, qualificada, informada, discreta e empática. Para tanto, torna-se indispensável o aprofundamento do conhecimento sobre os múltiplos aspectos que envolvem a violência sexual, especialmente quando se trata do público infantojuvenil, favorecendo uma abordagem sensível, ética e tecnicamente embasada.

Na organização interna do Programa urge que se defina quem registra o horário da alta médica (se o próprio médico, ou enfermeiros) e se estabeleça a alimentação do sistema existente, ressaltando que os profissionais responsáveis devem estar atentos a essa informação, considerando que a gestão do tempo é imprescindível no processo de não revitimização e na qualidade do atendimento prestado.

É importante que as equipes sejam reconversadas, sempre que necessário, para a compreensão de que algumas situações devem ser descartadas, em função da não possibilidade de ter sido uma violência sexual, sob pena de contribuir (equivocadamente) para o aumento dos dados referentes à violência sexual, e para o agravamento da sobrecarga da rede, em especial no eixo da responsabilização do qual fazem parte o Conselhos Tutelares e as Delegacias.

A efetivação do processo de contrarreferência por parte do hospital estudado, conforme previsto na legislação vigente, e orientado pela gestão do Programa, é medida indispensável no contexto da articulação em rede, conforme a diretriz institucional, constantes nas orientações internas e material de capacitação das equipes: “caso a família já venha encaminhada pela rede de proteção, deve-se enviar um relatório do atendimento realizado no hospital, pois a contrarreferência integra o processo de articulação em rede”. Essa prática deverá ser um movimento interno da equipe técnica do HIAS, especificamente do Serviço Social, que contribuirá para o referido processo, possibilitando ao órgão responsável pelo encaminhamento o pleno conhecimento das intervenções realizadas, das condutas adotadas e dos encaminhamentos subsequentes, garantindo a continuidade do cuidado e o fortalecimento da rede de proteção.

A prevenção da revitimização de crianças e adolescentes em situação de violência somente será viável e consolidada quando as equipes responsáveis pelo atendimento dispuserem, no mínimo, de infraestrutura física adequada, equipamentos compatíveis com as

necessidades e exigências do Programa, recursos humanos em número suficiente e com formação técnica qualificada, além de acesso contínuo a processos de capacitação e formação continuada. Tais elementos são fundamentais para garantir um atendimento humanizado, ético e tecnicamente adequado, conforme preconizado pelas normativas legais e diretrizes de proteção integral.

Recomenda-se, ainda, a articulação institucional com o Ministério Público, a fim de que este possa reforçar junto aos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e à Rede de Proteção a necessidade do cumprimento rigoroso das obrigações legais, especialmente no que se refere à notificação compulsória, à efetivação da contrarreferência, sinalizando para a fidedignidade e a qualidade técnica e ética dos registros produzidos, considerando que tais iniciativas têm papel central no processo de proteção, não revitimização, monitoramento e na continuidade do cuidado.

No que se refere ao aprimoramento interno dos processos de atendimento, recomenda-se o fortalecimento, junto às equipes multiprofissionais, da importância da realização de registros consistentes e tecnicamente qualificados, como estratégia básica e essencial para a prevenção da revitimização de crianças e adolescentes atendidos. Ademais, sugere-se a designação de um profissional de nível médio para assumir as atividades administrativas subsequentes ao atendimento técnico realizado pela equipe de Serviço Social, possibilitando que os assistentes sociais concentrem sua atuação nos processos de acolhimento, escuta qualificada, encaminhamento e organização da contrarreferência — atividades de natureza eminentemente técnica — em detrimento das funções administrativas. Tal medida contribui para conferir maior fluidez, organização e efetividade aos fluxos de trabalho institucional.

Outra medida relevante consiste no incentivo à adesão de crianças, adolescentes e suas famílias ao acompanhamento ambulatorial, para a devida assistência à saúde e como forma de contribuir para a redução dos impactos e traumas decorrentes da violência sofrida, promovendo cuidado continuado e apoio psicossocial.

Por fim, recomenda-se o estabelecimento de um processo articulado entre o profissional responsável pelo primeiro atendimento – geralmente da equipe de enfermagem (triagem) – e o profissional que realiza o atendimento final, comumente do Serviço Social, especialmente nos horários de troca de plantão. Essa articulação é essencial para garantir o encerramento adequado do caso, evitar falhas na continuidade do atendimento e alinhar as providências pendentes, conforme apontado nas entrevistas, em que se identificou o risco de evasão e conseqüente descontinuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Tânia Bacelar. **As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios**. Rio de Janeiro: FASE, 2003.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989.

BELLONI, Isaura et al. **Metodologia de avaliação em políticas públicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2003.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 06 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.958, 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. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018**. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9603.htm. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1975.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 20 abr. 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:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 06 jan. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 19 jul. 2023.

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. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 27 dez. 2023.

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. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/2233571096/lei-14811-24>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Parâmetros de atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual**. Série B. Textos Básicos de Saúde. 1ª edição, 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485 de 1º de abril de 2014**. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.968 de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2001. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html. Acesso em: 25 jul. 2022.

CEARÁ (Estado). **Lei nº 12.242, de 29 de dezembro de 1993**. Fica criado, nos Hospitais Pediátricos e nos Hospitais de Emergência da rede pública, conveniados - SUS e privada, a Comissão de Atendimento e Prevenção aos Maus-tratos em Crianças e Adolescentes, e dá outras providências. Disponível em:

<https://www.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis93/12242.htm>. Acesso em: 19 jul. 2023.

CEARÁ (Estado). **Lei 13.230 de 27 de junho de 2002**. Dispõe sobre a criação de comissões de atendimento, notificação e prevenção à violência doméstica contra criança e adolescente nas escolas da rede pública e privada do Estado do Ceará e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Ceará, Fortaleza, 27 jun. 2002. Disponível em:

<https://www.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis2002/13230.htm>. Acesso em: 19 jul. 2023.

CEARÁ (Estado). **Resolução nº 175, de 9 de março de 2023**. Institui a Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência no Estado do Ceará. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023. Disponível em:

<https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2023/03/RESOLUCAO-175-Politica-Estadual-Cuidado-a-Pessoa-em-Situacao-de-Violencia.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2025.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde. **Arquivos: crianças e adolescentes**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/tag/criancas-e-adolescentes/>. Acesso em: 7 mai. 2025.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde. **Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)**. 2008. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2008/10/31/hias/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

- CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde. **Ponto de Luz**: Hias implanta ambulatório para acompanhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. 2022. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2022/04/01/ponto-de-luz-hias-implanta-ambulatorio-para-acompanhamento-de-criancas-e-adolescentes-vitimas-de-violencia-sexual/>. Acesso em: 20 jan. 2025.
- CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde. **Pontos de Luz**: rede de atenção a mulheres, jovens e crianças em situação de violência é ampliada. Disponível 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: 20 jan. 2025.
- CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde. **Lei nº 17.253 de 29 de junho de 2020**. Altera a Lei nº 13.230 de 27 de junho de 2002. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ce/lei-ordinaria-n-17253-2020-ceara-altera-a-lei-no-13-230-de-27-de-junho-de-2002>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- CHILDHOOD BRASIL. **Kit de comunicação para a Rede de Proteção Municipal**. 2021. Disponível em: <https://www.childhood.org.br/kit-de-comunicacao-para-a-rede-de-protecao-municipal/>. Acesso em: 20 abr. 2025.
- COUTINHO, Clara Pereira. A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. **Educação Unisinos**, São Leopoldo-RS, v. 12, n. 1, p. 5-15, jan./abr. 2008.
- FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FURNISS, T. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GADELHA, Graça. **Enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes: o papel do Sistema de Garantia de Direitos e da Rede de Atenção**. Fundação Demócrito Rocha, Câmara Municipal de Fortaleza, 2019.
- GERHARDT, Tatiana Engel. SILVEIRA, Denise Tolfo. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, p. 57-63, 1995.
- GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Pontos de Luz**: rede de atenção a mulheres, jovens e crianças em situação de violência é ampliada. 2021. Disponível 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: 20 abr. 2025.
- GUSSI, A. F.; GONÇALVES, A. F.; RODRIGUES, L. C. **Avaliação de Políticas Públicas e Programas de Desenvolvimento da Região Nordeste**. Projeto de Pesquisa. Fortaleza, 2006.

HABIGZANG, Luísa F. et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 19, p. 379-386, 2006.

HAYECK, Cynara Marques. Refletindo sobre a violência. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2009.

HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN. **Guia rápido do assistente social**: ponto de luz informa. Fortaleza: Lorena Loiola e Luna Celedônio, 2023.

LOWI, Theodore J. American business, public policy, case-studies, and political theory. **World politics**, v. 16, n. 4, p. 677-715, 1964.

LOWI, Theodore J. Four systems of policy, politics, and choice. **Public administration review**, v. 32, n. 4, p. 298-310, 1972.

MINISTÉRIO DE ESTADO DOS DIREITOS HUMANOS. **Parâmetros de escuta de crianças e adolescentes em situação de violência**. Brasília: Artecor Gráfica e Editora Ltda, 2017.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas em políticas públicas. **Desenvolvimento em Debate**, v. 4, n. 1, p. 103-115, 2016.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas sociais. **Aval: revista avaliação de políticas públicas**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 30-34, 2008.

SANDERSON, C. **Abuso sexual em crianças**: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, nº 16, p. 20-45, 2006.

TARTARI, Livia et al. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, n. 24, p. 95-104, 2006.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e método. 2. ed. Porto Alegre: Bookman 2001.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ: UM ESTUDO SOBRE A NÃO REVITIMIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO E/OU VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN EM FORTALEZA/CEARÁ”, desenvolvida por MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA, discente de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob orientação da Professora Dra. Lidiane Moura Lopes.

Este estudo tem como objetivo geral avaliar a atuação do Programa Ponto de Luz na garantia da não revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual, no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em Fortaleza/Ceará. Como objetivos específicos, propõe-se: a) compreender o contexto político, socioeconômico e institucional que influenciou a formulação do Programa Ponto de Luz; b) analisar os benefícios e as barreiras percebidos pela equipe multidisciplinar na implementação do Programa Ponto de Luz; c) identificar as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar no Programa Ponto de Luz para evitar a revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual.

O convite a sua participação se deve ao fato de **compor a equipe multidisciplinar do Serviço de Emergência/Ambulatório /Coordenação do Programa/Gestão**, do Hospital Albert Sabin, com atendimentos a casos de abuso/violência sexual. Sua participação é voluntária, ou seja, não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Caso concorde em participar, você será convidado(a) para uma entrevista de coleta de dados, com duração estimada de 30 minutos. A entrevista consistirá em um questionário composto por 11 questões abertas, além de itens voltados à caracterização do perfil dos participantes.

A participação nesta pesquisa pode trazer benefícios tanto individuais quanto institucionais. Entre os principais benefícios, destaca-se a oportunidade de refletir criticamente sobre a atuação do Programa Ponto de Luz, contribuindo para a melhoria das práticas institucionais e do atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual. Além disso, a pesquisa pode possibilitar a valorização das experiências dos profissionais envolvidos, fortalecendo o reconhecimento de seu trabalho e fomentando o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para a prevenção da revitimização.

No entanto, alguns riscos também podem estar envolvidos. O tema sensível da pesquisa pode gerar desconforto emocional, especialmente ao abordar experiências desafiadoras vivenciadas no atendimento a vítimas de violência. Para minimizar esses impactos, os participantes terão liberdade para interromper sua participação a qualquer momento e poderão buscar apoio psicológico, caso sintam necessidade. Além disso, serão adotadas medidas rigorosas de sigilo e anonimato para proteger a identidade dos participantes e garantir que nenhuma informação possa ser associada diretamente a eles.

A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo ou sanção. A sua participação consistirá em responder

perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora, que terá duração de aproximadamente uma hora e será gravada. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através de contato pessoalmente ou pelo e-mail cleiderocha.as@gmail.com ou pelo fone/whatsapp (85) 9.9908.3918.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas, eu como pesquisadora responsável a profa. dra. orientadora, (caso necessário) e o digitador conforme sinalizado anteriormente. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por 05(cinco) anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Conforme prevê a Res 466/12: “assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa”, informamos que o benefício relacionado à sua colaboração nesta pesquisa é indireto, iniciando pela contribuição para a melhoria da qualidade do atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso/violência sexual; por viabilizar a construção de um estudo com informações sobre em que medida o direito a não revitimização e a promoção da cidadania de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual estão sendo garantidos, com sugestões de melhorias no atendimento, especialmente no que se refere a apresentação de estratégias que busquem minimizar ao máximo, situações que causem revitimização, caso sejam identificadas; e ainda procurar-se-á identificar pontos fortes e pontos fracos apresentando resultados e indicando novas possibilidades de atuação da gestão e equipes técnicas locais, contribuindo para o aprimoramento da intervenção.

Toda pesquisa possui riscos potenciais, sejam maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. Portanto, em razão de ser um tema sensível sempre haverá o risco de constrangimento e/ou desconforto durante uma entrevista ou uma observação. Contudo, serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para minimizar o referido risco, bem como assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas eu como pesquisadora do projeto, alguém de apoio administrativo e não vinculado à instituição objeto da pesquisa e a professora orientadora (se necessário), que acessaremos a seus dados, informações e nos comprometemos com o dever de sigilo e confidencialidade e não se fará uso destas informações para outras finalidades, e ainda que, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados desta pesquisa.

Conforme prevê a Resolução 466/12, é uma exigência ética das pesquisas: “comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os resultados e/ou achados da pesquisa, sempre que estes puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade...”, portanto, o retorno dos resultados da pesquisa será dado diretamente aos participantes, às autoridades e à Instituição envolvida, através da publicação da dissertação, da realização de seminários ou oficinas, para que os achados possam contribuir para a qualificação do atendimento aos usuários do Programa.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante e outra do pesquisador. Todas as páginas são numeradas e deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com a Comissão de

Ética do Hospital Infantil Albert Sabin- HIAS. Tel; (85) 3492.5237 Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544 – Vila União. Horário de atendimento ao público: de segunda a sexta-feira das 7h às 12h e das 13h às 16.

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel(85)9.9908.3918

e-mail:cleiderocha.as@gmail.com

Fortaleza, ____/____/2025.

Maria Cleide Miranda da Rocha - Pesquisadora

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE NÃO REVITIMIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO E/OU VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN EM FORTALEZA/CEARÁ” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do participante:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICO DO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN

Nome: _____

1. Categoria do Profissional Entrevistado:

Médico(a) () Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: de 20-30 anos () 30-40 anos () 40-50 anos () 50-60 anos() Mais de 60 anos ()

Enfermeiro(a) () Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: de 20-30 anos () 30-40 anos () 40-50 anos () 50-60 anos() Mais de 60 anos ()

Assistente Social() Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: de 20-30 anos () 30-40 anos () 40-50 anos () 50-60 anos() Mais de 60 anos ()

Psicólogo () Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: de 20-30 anos () 30-40 anos () 40-50 anos () 50-60 anos() Mais de 60 anos ()

Outro () Qual? _____ Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: de 20-30 anos () 30-40 anos () 40-50 anos () 50-60 anos() Mais de 60 anos ()

2. Quão importante você considera a implantação do Programa Ponto de Luz no Hospital Infantil Albert Sabin?

3. Como é classificado o risco/prioridade para uma criança e adolescente vítima de abuso ou violência sexual no acolhimento em sua unidade?

4. O Programa assegura o direito à não revitimização, conforme a legislação vigente? O que essa expressão, na prática, significa para você no atendimento às vítimas?

5. Em casos de demanda espontânea de crianças e adolescentes com mais de cinco anos, quem normalmente relata a situação?

() A criança ou adolescente

() O responsável legal/adulto de referência

6. Quando o relato é feito pelo responsável legal ou adulto de referência, a criança ou adolescente permanece no mesmo espaço físico durante o atendimento?

() SIM () NÃO () ÀS VEZES

7. Quando a criança ou adolescente é encaminhado por algum órgão da rede de proteção, costuma haver um relato escrito sobre a situação de violência e/ou abuso sexual?

SIM NÃO ÀS VEZES

8. Quais ações para evitar a revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso ou violência sexual você identifica no seu ambiente de trabalho?

9. A nível interno, que iniciativas você sugeriria para fortalecer a prevenção à revitimização no atendimento?

10. Quais são os principais desafios ou barreiras que você encontra ao atender crianças ou adolescentes vítimas de abuso ou violência sexual?

11. Quais aspectos você identifica como positivos no atendimento a crianças ou adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual? Relacione.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE DA GESTÃO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ

Nome: _____

1. Categoria do Profissional Entrevistado:

Médico(a) () Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: de 20-30 anos () 30-40 anos () 40-50 anos () 50-60 anos () Mais de 60 anos ()

Enfermeiro(a) () Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: de 20-30 anos () 30-40 anos () 40-50 anos () 50-60 anos () Mais de 60 anos ()

Assistente Social () Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: de 20-30 anos () 30-40 anos () 40-50 anos () 50-60 anos () Mais de 60 anos ()

Outro () Qual? _____ Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: de 20-30 anos () 30-40 anos () 40-50 anos () 50-60 anos () Mais de 60 anos ()

2. Como se dava o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso e /ou violência sexual antes da implantação do Programa Ponto de Luz em maio de 2021? Se possível, estabeleça um breve paralelo da forma de atendimento antes e depois da implantação do Programa Ponto de Luz.

3. Como você avalia a adesão da equipe multiprofissional ao Programa Ponto de Luz?

4. Você sabe o tempo médio de permanência de uma criança ou adolescente vítima de abuso/violência sexual no Hospital Infantil Albert Sabin, até que se conclua o atendimento emergencial e os encaminhamentos necessários?

5. Quais medidas, à nível de gestão, têm sido adotadas para reduzir o tempo de permanência da criança ou adolescente vítimas de abuso e /ou violência sexual, no atendimento emergencial?

6. Você entende que o tempo de atendimento pode ser um indicador que sinalize para a possibilidade de revitimização?

7. O que você identifica como avanço(s) no que se refere à não revitimização e qual (is) iniciativa(s) é (são) necessária(s) para fortalecer esse processo?
8. Você considera que existem espaço e ambiência adequados para um atendimento com sigilo e privacidade conforme determina a legislação? Se sim, relacione-os.
9. Como você avalia a decisão de não utilizar a Ficha do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) como instrumental de compartilhamento de informações para o Conselho Tutelar e/ou outros órgãos do SGD/Rede de Proteção?
10. Como se dá o acompanhamento, monitoramento e avaliação do Programa Ponto de Luz?

5.Quando do encaminhamento para os demais serviços internos ou órgão(s) da Rede de Proteção, o relatório do caso acompanha?

- SERVIÇOS INTERNOS ()SIM ()NÃO
- ÓRGÃOS DA REDE DE PROTEÇÃO ()SIM ()NÃO

6.Outras observações consideradas relevantes

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA PONTO DE LUZ: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE NÃO REVITIMIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO E/OU VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN EM FORTALEZA/CEARÁ

Pesquisador: MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87254425.0.0000.5042

Instituição Proponente: Hospital Infantil Albert Sabin - CE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.498.009

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_2493214.pdf de 07/03/2024 e/ou do Projeto Detalhado. A violência sexual contra crianças e adolescentes constitui uma grave violação de direitos humanos, frequentemente agravada pela revitimização, considerada uma violência institucional, entendida como a praticada por instituição pública ou conveniada, inclusive quando gerar revitimização, (Art. 4º, IV). O texto da lei assim traduz, 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. [...] (Lei nº 14.321/2022, Art. 15-A.) Este estudo tem como objeto avaliar a Política Pública de Saúde, com ênfase no Programa Ponto de Luz, em funcionamento no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) e, com base nos resultados encontrados, apresentar um produto final, contendo sugestões de medidas e cuidados a serem adotados pela gestão e equipes técnicas, buscando evitar e até mesmo erradicar práticas que gerem revitimização, prática esta que tem alto

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: 7.498.009

potencial de produzir muito sofrimento, consequentemente qualificando cada vez mais o atendimento no Programa. Como objetivos específicos que buscam dar conta do alcance do objetivo geral propõe-se: a) compreender o contexto político, socioeconômico e institucional que influenciou a formulação do Programa Ponto de Luz; b) analisar os benefícios percebidos pela equipe multidisciplinar na implementação do Programa Ponto de Luz; c) identificar as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar no Programa Ponto de Luz para evitar a revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual; d) conhecer as facilidades e as dificuldades enfrentadas pela equipe técnica na implementação das diretrizes do Programa Ponto de Luz. Portanto, pretende-se no diálogo com os profissionais das diversas categorias envolvidos no acolhimento, escuta, atendimento, ter uma visão panorâmica do funcionamento do Programa, com a finalidade de identificar as condutas de prevenção à revitimização identificando as facilidades e as dificuldades encontradas para a partir daí sinalizar com possibilidades de melhorias. Para tanto, adotou-se a perspectiva da Avaliação em Profundidade, com abordagem qualitativa, fundamentada em entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise documental. O propósito da avaliação em profundidade é fornecer informações planejadas que auxiliem profissionais no cotidiano dos atendimentos e gestores na tomada de decisões estratégicas, na correção de problemas e na otimização de recursos e práticas. Para análise dos dados coletados, esta pesquisa avaliativa fincou sua orientação na técnica de triangulação de dados.

O estudo beneficiará crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual, visto que ao final apresentará proposta de ajustes nos procedimentos de acolhimento, atendimento, escuta e encaminhamento, sugestões que contribuirão com os atores envolvidos, como já sinalizado anteriormente, da gestão à equipe operacional, composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e ainda o pessoal de apoio como técnicos de enfermagem, recepcionistas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a atuação do Programa Ponto de Luz na garantia da não revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual, no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em Fortaleza/Ceará.

Objetivo Secundário:

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: 7.498.009

- Compreender o contexto político, socioeconômico e institucional que influenciou a formulação do Programa Ponto de Luz- analisar os benefícios e as barreiras percebidos pela equipe multidisciplinar na implementação do Programa Ponto de Luz.
- identificar as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar no Programa Ponto de Luz para evitar a revitimização de crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

No entanto, alguns riscos também podem estar envolvidos. O tema sensível da pesquisa pode gerar desconforto emocional, especialmente ao abordar experiências desafiadoras vivenciadas no atendimento a vítimas de violência. Para minimizar esses impactos, os participantes terão liberdade para interromper sua participação a qualquer momento e poderão buscar apoio psicológico, caso sintam necessidade. Além disso, serão adotadas medidas rigorosas de sigilo e anonimato para proteger a identidade dos participantes e garantir que nenhuma informação possa ser associada diretamente a eles.

Benefícios:

A participação nesta pesquisa pode trazer benefícios tanto individuais quanto institucionais. Entre os principais benefícios, destaca-se a oportunidade de refletir criticamente sobre a atuação do Programa Ponto de Luz, contribuindo para a melhoria das práticas institucionais e do atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou violência sexual. Além disso, a pesquisa pode possibilitar a valorização das experiências dos profissionais envolvidos, fortalecendo o reconhecimento de seu trabalho e fomentando o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para a prevenção da revitimização.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo nacional de Caráter acadêmico, realizado para obtenção do título de Mestrado.

Patrocinador: própria pesquisadora

País de Origem: Brasil

Países participantes: Não se aplica

Número de participantes incluídos no Brasil e no mundo: Não se aplica

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: abril/2025 a julho/2025.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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: 7.498.009

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbice ético

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, 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_2493214.pdf	07/03/2025 12:55:16		Aceito
Outros	Declaracao_pre_anuencia.pdf	07/03/2025 12:55:08	MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Orientadora.pdf	01/03/2025 17:33:58	MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Responsavel.pdf	01/03/2025 17:33:49	MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Cleide.pdf	27/02/2025 12:59:03	MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA	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: 7.498.009

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_PPL.pdf	27/02/2025 12:58:48	MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_Chefe_Servico_Social.pdf	27/02/2025 12:58:41	MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Cleide.pdf	27/02/2025 12:58:07	MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Cleide.pdf	27/02/2025 12:57:59	MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Cleide.pdf	27/02/2025 12:57:34	MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Cleide.pdf	27/02/2025 12:57:01	MARIA CLEIDE MIRANDA DA ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 10 de Abril 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

**ANEXO B - COMISSÃO DE ATENDIMENTO E PREVENÇÃO AOS MAUS-TRATOS
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS- PORTARIA
Nº 005/2024**



PORTARIA Nº 005/2024

A DIRETORA GERAL DO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN- HIAS
no uso de suas atribuições legais,

Resolve,

1)Renovar, até ulterior deliberação, a Comissão Multidisciplinar de Atendimento e Prevenção aos Maus Tratos à Criança e ao Adolescente e nomeia os servidores abaixo para comporem a referida Comissão sob a coordenação da primeira.

Luna Pinheiro Celedônio	Coordenadora
Érica Barbosa Coutinho	Médica
Lohanna Valeska de Sousa Tavares	Médica
Saionara Pereira	Assistente Social
Vanessa Kelly de Oliveira Albuquerque	Assistente Social
Camila Reinaldo Boaventura Mota	Enfermeira
Lorena Loiola Batista	Assistente Social

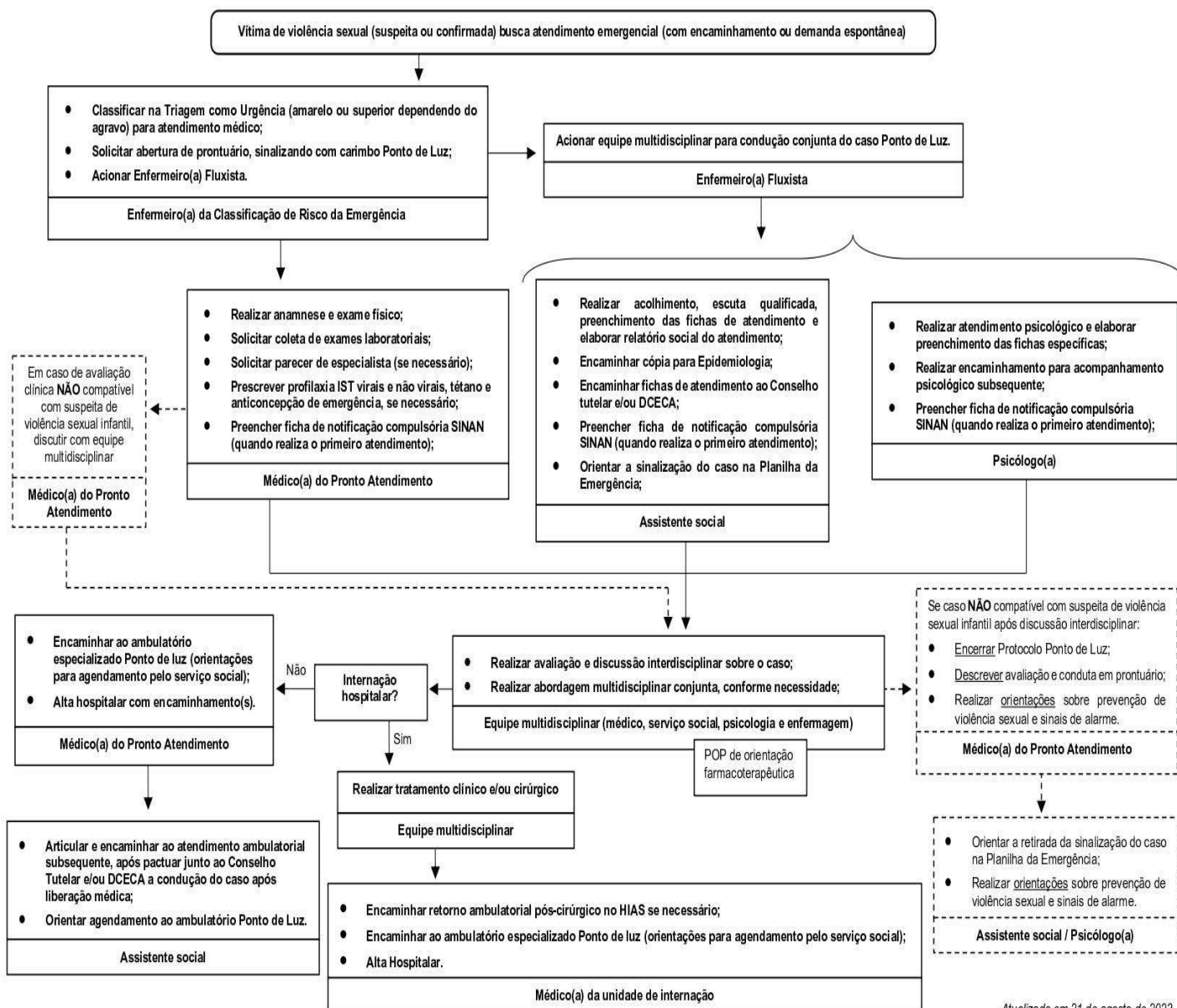
Fortaleza, 04 de março de 2024.

Dra. Fábiana Maria Holanda Linhares Feitosa
Diretora-Geral do HIAS

ANEXO C - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL



ANEXO D - FICHA DO SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL						
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2 Agravo/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação		
	4 UF		5 Município de notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outros					
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência		
8 Unidade de Saúde						
10 Nome do paciente						
11 Data de nascimento						
Notificação Individual	12 (ou) Idade		13 Sexo			
	14 Gestante		15 Raça/Cor			
	16 Escolaridade					
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe			
	19 UF					
Dados de Residência	20 Município de Residência		Código (IBGE)	21 Distrito		
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares					
	33 Nome Social		34 Ocupação			
	35 Situação conjugal / Estado civil					
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:		38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	
	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?					
40 UF						
Dados da Ocorrência	41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	42 Distrito		
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência		50 Zona	
	51 Hora da ocorrência		52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?	
	54 A lesão foi autoprovocada?		55 Local de ocorrência		56 A lesão foi autoprovocada?	
	57 Local de ocorrência		58 Local de ocorrência		59 Local de ocorrência	
	60 Local de ocorrência		61 Local de ocorrência		62 Local de ocorrência	

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contraceção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015