

*Vera Lúcia Mendes Trabbold*

**Impasses no acolhimento de crianças e adolescentes em situação de  
violência sexual por profissionais da Estratégia Saúde da Família**

Belo Horizonte  
Faculdade de Medicina da UFMG  
2012

Vera Lúcia Mendes Trabbold

**Impasses no acolhimento de crianças e adolescentes em situação de  
violência sexual por profissionais da Estratégia Saúde da Família**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Cristiane de Freitas Cunha Grilo

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Andréa Mares Campos Guerra

Belo Horizonte

2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

**Vice-Reitora**

Prof<sup>ª</sup>. Rocksane de Carvalho Norton

**Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Ricardo Santiago Gomez

**Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Lima dos Santos

**Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Francisco José Penna

**Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

**Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação**

Prof<sup>ª</sup>. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

**Chefe do Departamento de Pediatria**

Prof<sup>ª</sup>. Benigna Maria de Oliveira

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente**

Prof<sup>ª</sup>. Ana Cristina Simões e Silva

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente**

Prof<sup>ª</sup>. Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Jorge Andrade Pinto

Prof<sup>ª</sup>. Ivani Novato Silva

Prof<sup>ª</sup>. Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart

Prof<sup>ª</sup>. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Prof. Marco Antônio Duarte

Michelle Ralil da Costa

Trabbold, Vera Lúcia Mendes.  
T758i Impasses no acolhimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual por profissionais da Estratégia Saúde da Família [manuscrito]. / Vera Lúcia Mendes Trabbold. -- Belo Horizonte: 2012. 189f.: il.  
Orientadora: Cristiane de Freitas Cunha Grilo.  
Co-Orientadora: Andréa Mares Campos Guerra.  
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência Sexual. 2. Maus-Tratos Sexuais Infantis. 3. Pessoal da Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Criança. 6. Adolescente. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Grilo, Cristiane de Freitas Cunha. II. Guerra, Andréa Mares Campos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WS 350.8

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

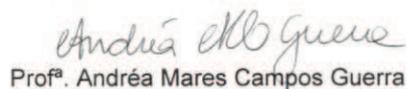
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640  
[cpq@medicina.ufmg.br](mailto:cpq@medicina.ufmg.br)

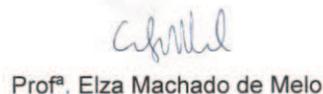


**DECLARAÇÃO**

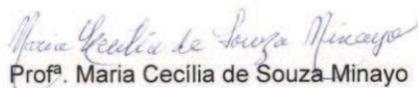
A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores Cristiane de Freitas Cunha Grillo, Andréa Mares Campos Guerra, Izabel Christina Passos Friche, Elza Machado de Melo, Maria Cecília de Souza Minayo e Renata Maria Coimbra Libório aprovou a tese de doutorado intitulada: **"IMPASSES NO ACOLHIMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"** apresentada pela Doutoranda **VERA LÚCIA MENDES TRABBOLD** para obtenção do título de doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 20 de dezembro de 2012.

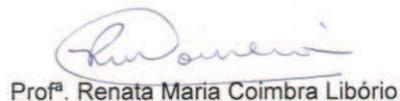
  
Profª. Cristiane de Freitas Cunha Grillo  
Orientadora

  
Profª. Andréa Mares Campos Guerra

  
Profª. Elza Machado de Melo

  
Profª. Izabel Christina Passos Friche

  
Profª. Maria Cecília de Souza Minayo

  
Profª. Renata Maria Coimbra Libório



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30130-100  
Fone (031) 3409 9641 FAX (31) 3409 9640  
[cpq@medicina.ufmg.br](http://cpq@medicina.ufmg.br)



ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de VERA LÚCIA MENDES TRABOLD nº de registro 2009655170. Às dez horas, do dia vinte de dezembro de dois mil e doze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "IMPASSES NO ACOLHIMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profª. Cristiane de Freitas Cunha Grillo, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profª. Cristiane de Freitas Cunha Grillo - Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profª. Andréa Mares Campos Guerra	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profª. Izabel Christina Passos Friche	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profª. Elza Machado de Melo	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profª. Maria Cecília de Souza Minayo	Instituição: FIOCRUZ	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profª. Renata Maria Coimbra Libório	Instituição: UNESP	Indicação: <u>aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2012.

Profª. Cristiane de Freitas Cunha Grillo – Coorientadora Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Profª. Andréa Mares Campos Guerra Andréa Mares Campos Guerra

Profª. Izabel Christina Passos Friche Izabel Christina Passos Friche

Profª. Elza Machado de Melo Elza Machado de Melo

Profª. Maria Cecília de Souza Minayo Maria Cecília de Souza Minayo

Profª. Renata Maria Coimbra Libório Renata Maria Coimbra Libório

Profª. Ana Cristina Simões e Silva / Coordenadora Ana Cristina Simões e Silva

Obs: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador

Profª. Ana Cristina Simões e Silva  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente

CONFERE  
Centro de Pós-Graduação  
Faculdade de Medicina - UFMG

## *Dedicatória*

Aos meus pais Pedro e Vilma.  
Aos meus filhos Bianca e Rubens.

## *Agradecimentos*

A Deus por me dar o privilégio de existir e poder contribuir para amenizar o sofrimento humano.

Aos meus queridos pais Pedro e Vilma que com muita luta me educaram e me deram os estudos, que hoje retribuo com mais essa conquista.

Aos meus filhos Bianca e Rubens que me deram inspiração, incentivo e forças para que eu realizasse esse desejo.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiane de Freitas Cunha Grilo por ser uma pessoa muito humana, que me acompanhou com gentileza e sabedoria, corrigindo e discutindo a tese inúmeras vezes.

À minha coorientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Andréa Mares Campos Guerra que tive o prazer de reencontrar nessas andanças da vida, e de tê-la neste processo como uma pessoa gentil e positiva, contribuindo muito com nossas discussões.

Às professoras da UFMG: Prof.<sup>a</sup> Dra. Izabel Friche Passos; Prof.<sup>a</sup> Dra. Elza Machado de Melo e Prof.<sup>a</sup> Dra. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart, pela contribuição preciosa que deram na qualificação e por aceitarem o convite para a defesa da tese.

Às professoras que tão gentilmente aceitaram o convite para essa banca: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cecília de Souza Minayo; Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Maria Coimbra Libório; e Prof.<sup>a</sup> Dra. Roberta Romagnoli.

À minha colega de trabalho e amiga Telma pela correção carinhosa da tese.

Aos profissionais que me concederam as entrevistas pela coragem e presteza que o fizeram. Sem esses depoimentos essa tese não aconteceria.

Aos meus amigos do peito Graça e Beline por me acolherem nos momentos difíceis de minha vida e em minhas vindas à Belo Horizonte para cursar o doutorado.

Ao Juliano que me acompanhou com carinho e profissionalismo neste percurso.

À Regina minha amiga por ouvir minhas angústias nesses anos de doutorado.

Aos meus colegas de trabalho da Unimontes, em especial a Profa. América, por terem sido compreensivos nesses tempos de escrita.

À Universidade Estadual de Montes Claros pelo apoio recebido para a pesquisa.

À FAPEMIG pela bolsa de 2 anos recebida.

A todos aqueles que de alguma forma participaram desse processo e nominalmente não foram citados pelo cansaço mental do momento, peço desculpas e agradeço.

***Camila Camila***

*Autor Thedy Corrêa*

*Depois da última noite de festa  
Chorando e esperando amanhecer, amanhecer  
As coisas aconteciam com alguma explicação  
Com alguma explicação  
Depois da última noite de chuva  
Chorando e esperando amanhecer, amanhecer  
Às vezes peço a ele que vá embora  
Que vá embora...oh...*

*Camila, Camila, Camila*

*E eu que tenho medo até do seu olhar  
Mas o ódio cega e você não percebe  
Mas o ódio cega*

*A lembrança do silêncio daquelas tardes  
Daquelas tardes  
A vergonha no espelho naquelas marcas  
naquelas marcas  
havia algo de insano naqueles olhos  
Olhos insanos  
Os olhos que passavam o dia a me vigiar, a me vigiar...oh...  
Eu que tenho medo até de suas mãos  
Mas o ódio cega e você não percebe  
Mas o ódio cega*

*Camila, Camila, Camila  
Camila, Camila, Camila*

*E eu que tinha apenas 17 anos  
Baixava a minha cabeça pra tudo  
Era assim que as coisas aconteciam  
Era assim que eu via tudo acontecer*

*Camila, Camila, Camila  
Camila, Camila, Camila*

## **RESUMO**

*Palavras-chave: Criança; Adolescência; Violência Sexual; Profissionais de Saúde; Estratégia Saúde da Família.*

O termo “Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes” foi utilizado neste trabalho para designar tanto as formas classificadas por “Abuso Sexual” quanto às classificadas como “Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes”. O abuso sexual compreende práticas eróticas que não envolvem ganhos comerciais nem para o autor, nem para a vítima, como acontece na exploração comercial sexual. Esse tipo de violência compreende o envolvimento de uma criança ou adolescente, em algum ato ou jogo sexual, que pode ser homo ou heterossexual, para satisfazer sexualmente o autor do ato que está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança e o adolescente. É uma prática erótica imposta à criança ou ao adolescente por ameaça, violência física ou indução de sua vontade. A violência Sexual infanto-juvenil, por ser uma das formas de manifestação da violência, foi considerada pela Organização Mundial de Saúde em 2001 como um problema de saúde pública. A violência, mesmo não sendo em si uma questão de saúde pública, transforma-se numa questão para a área de saúde porque afeta a saúde individual e coletiva e envolve os serviços do setor para sua prevenção e tratamento. Por isso, as unidades de serviços são hoje chamadas para dar respostas às vítimas de lesões, traumas físicos e emocionais, devendo equipar-se para isso. A criação do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), antes denominado Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde, abre possibilidades mais concretas de atuação do Setor de Saúde com relação à questão da violência, costumeiramente tratada apenas de forma policlesca. Compreendida como porta de entrada do setor de saúde, a ESF deve aproximar as equipes e serviços de saúde das reais necessidades dos indivíduos e famílias, sendo estas seu principal foco de atenção para enfrentar as complexas questões da saúde coletiva, incluindo a violência. Por isso, este estudo objetivou investigar as práticas discursivas de diferentes profissionais inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG sobre a identificação e condução dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Foi uma pesquisa exploratória, qualitativa, utilizando entrevistas em profundidade com profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, pertencentes a três equipes da Estratégia Saúde da Família, da cidade de Montes Claros – MG. Na análise dos dados, para embasar nosso método de pesquisa, utilizamos os conceitos de “discurso”, “enunciado”, “formação discursiva” e “práticas discursivas” fundamentados nas obras de Michel Foucault. Analisamos os enunciados que aparecem nos atos de fala dos profissionais da ESF, que estão relacionados com as práticas discursivas sobre violência sexual infanto-juvenil. Além disso, outros conceitos desse autor contribuíram para análise do tema. Da Psicanálise utilizamos alguns conceitos que nos deram subsídios para a questão da subjetividade humana dentro da multideterminação do fenômeno da violência sexual. Valemos-nos também de autores ligados ao campo da Saúde Coletiva, caracterizado por ser um movimento contra-hegemônico visando rever criticamente o modelo sanitário brasileiro, marcado como um campo complexo de disciplinas oriundas das biociências, das áreas de humanas e ambientais, com a finalidade de discutirmos o modelo biomédico de saúde vigente. Os resultados da pesquisa indicaram que o modelo assistencial atual da Estratégia Saúde da Família parece caracterizar-se por uma transição conceitual, com predominância do paradigma biotecnológico sobre um modelo assistencial mais humanizado. Apesar dos profissionais possuírem um discurso humanizado, poucas são as ações práticas. A prática prevalente em relação à violência é a do olhar-vigiar, sem escuta, pautada num ideal moralizante, sem construção do caso, protocolar, sem interdisciplinaridade ou intersetorialidade. A insegurança e o despreparo para lidar com a questão da violência sexual, além da sobrecarga de demanda na rotina de serviço, faz com que os casos de violência sejam constatados pelos profissionais, mas omitidos e negados por uma série de fatores de ordem estrutural, cultural e subjetiva. Mesmo sendo obrigatórias não são feitas notificações, e os casos são repassados a outras instâncias. Há uma ênfase em procedimentos curativistas, com poucas ações de prevenção e promoção à saúde. Há uma lacuna no serviço da ESF

com relação ao adolescente. Existe a constatação pelos profissionais, de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, principalmente de adolescentes, mas pela complexidade que envolve essa questão e a falta de preparo dos profissionais, os casos acabam sendo omitidos e não notificados, e as ações são pontuais. Concluímos que, por diversos fatores, incluindo a falta de um suporte institucional, não há acolhimento pelos profissionais das equipes da ESF dos casos de violência sexual infanto-juvenil. Sendo assim, a ESF não se constitui em porta de entrada para tais casos. Verifica-se a necessidade de educação continuada, com construção de caso clínico pela equipe através de supervisões, para que os profissionais se sintam mais capacitados para atuarem em tais casos.

## ABSTRACT

Key-words: Child; Adolescent; Sexual Violence; Health Professionals; Family Health Strategy.

The term "Sexual Violence against Children and Adolescents" was used in this work to designate both forms classified as "Sexual Abuse" regarding classified as "Commercial Sexual Exploitation of Children and Adolescents." Sexual abuse includes erotic practices that do not involve commercial gain either for the author, or to the victim, as in commercial sexual exploitation. This type of violence includes the involvement of a child or adolescent, in some act or sexual play, which can be homo or heterosexual, to sexually satisfy the author of the act that is in stage of psychosexual development long before the children and adolescents. It is an erotic practice imposed on the child or adolescent by threat of physical violence or mental induction. Juvenile Sexual Violence, one of violence manifestation, was considered by the World Health Organization in 2001 as a public health problem. The violence, while not itself a public health issue, becomes a matter for the health because it affects the individual and collective health and involves the services sector for its prevention and treatment. Therefore, the service units are now called to respond to victims of injuries, physical and emotional trauma, and should be equipped themselves for it. The creation of the program Family Health Strategy (FHS), formerly called the Family Health Program (FHP), Ministry of Health, opens up possibilities for more concrete action Health Industry regarding the issue of violence, usually just treated as subject to police forces. Understood as a gateway to the health sector, the ESF must approach teams and health services to the real needs of individuals and families, these being its main focus to address the complex issues of public health, including violence. Therefore, this study aimed to investigate the discursive practices of different professional teams entered in the Family Health Strategy of the city of Montes Claros / MG on the identification and management of cases of sexual violence against children and adolescents. It was an exploratory, qualitative study using in-depth interviews with physicians, nurses and community health workers, belonging to three teams of the Family Health Strategy of the city of Montes Claros - MG. In analyzing the data, to support our research method, we use the concepts of "discourse", "statement", "discursive formation" and "discursive practices" based on the works of Michel Foucault. We analyzed the statements that appear in the speech acts of the Family Health Strategy professionals that are related to the discursive practices of sexual violence against children and youth. In addition, other concepts of the mentioned author contributed to the analysis of the subject. Psychoanalysis used some concepts that gave us subsidies to the question of human subjectivity within the multidimensionality of the phenomenon of sexual violence. We also avail ourselves of authors connected to the field of Public Health, characterized as a counter-hegemonic movement aimed to critically review the sanitary Brazilian model, marked as a complex field of bioscience disciplines originating from areas of human and environmental, with the objective discussing the biomedical model of health regulations. The survey results indicated that the current model of Family Health Strategy care seems to be characterized by a conceptual transition, predominantly biotechnology paradigm on a more humanized care model. Despite having a professional speech humanized, there are few practical actions. The prevalent practice in relation to violence is to take care of the situation, without listening, based on ideal moralizing, without building the case, filing, without interdisciplinary or intersectional. Insecurity and lack of preparation to deal with the issue of sexual violence, in addition to overloading from too many demands on the service routine causes violence cases are discovered by professionals, but omitted and denied by a number of structural factors, cultural and subjective. Even though it is not mandatory notifications are made, and

the cases are passed on to other agencies. There is an emphasis on curability procedures with few prevention and health promotion. There is a gap in Family Health Strategy services regarding adolescent. There is a concept by the Professionals regarding the commercial sexual exploitation of children and adolescents, particularly for adolescents, but the complexity involved in this issue and the lack of staff training, the cases end up being neglected and not reported, and actions are timely. We conclude that by several factors, including the lack of institutional support, there is a failure on the part of Family Health Strategy people relative to the cases of sexual violence against children and youth. Thus, the Family Health Strategy does not constitute an input door for such cases. There is a need for continuing education, clinical case with building the team through supervision, so that professionals feel more empowered to act in such cases.

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 - Articulação entre redes especializadas e redes transversais .....	p.79
FIGURA 2 - Mapa do município de Montes Claros. ....	p. 97

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 - Formas ou tipos da violência sexual infanto-juvenil .....	p. 41
QUADRO 2 - Modelo do esquema utilizado para fins de análise dos dados coletados pela autora.....	p. 189

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1- Atendimentos feitos pela ABRAPIA às vítimas e familiares através do Programa Sentinela, Rio de Janeiro - anos de 2002, 2003, 2004 e 2005 .....	p. 52
TABELA 2 - Equipes de ESF que compuseram a amostra da pesquisa.....	p. 100
TABELA 3 - Perfil dos entrevistados.....	p. 107
TABELA 4 - Equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros, MG. (ANEXO C) .....	p.184

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 - Número de Denúncias por bairros registradas pelo Conselho Tutelar 2ª Região, no período de Dezembro/2008 a Março/2010), cidade de Montes Claros /MG.....	p. 100
--	--------

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e a Adolescência
ACS	Agente comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
CECRIA	Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes
CEDECAs	Centros de Defesa da Criança e do Adolescente
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CRP	Conselho Federal de Psicologia
CP	Código Penal
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
Fórum DCA	Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESCA	Exploração Sexual comercial
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEVCAMG	Fórum Interinstitucional de Enfrentamento à Violência Doméstica, Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes
FGV	Fundação Getúlio Vargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Adquirida)
LNCI	Lista de Doenças de Notificação compulsória
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MDS	Ministério Do Desenvolvimento Social E Combate à Fome
MNMMR	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PAIR	Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNHAS	Política Nacional De Humanização Da Atenção E Gestão Do Sus
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SM	Salários Mínimos
SPDCA/SDH	Secretaria Nacional Da Promoção Dos Direitos Das Crianças E Adolescentes Secretaria Dos Direitos Humanos
SDH/PR	Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo Unido das Nações para Crianças)
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

	<b>PREFÁCIO</b> .....	p.17
	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	p. 21
	A construção sócio-histórica da família, da infância e da adolescência na sociedade brasileira .....	p. 21
	Poder, Saber e Sexualidade .....	p. 26
<b>1</b>	<b>CAPITULO - A Multideterminação da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes</b> .....	p. 31
1.1	Aspectos econômicos, de classe, gênero, raça/etnia da violência sexual infanto-juvenil .....	p. 31
1.2	Concepções de violência sexual contra crianças e adolescentes .....	p. 38
1.3	Consequências da violência sexual infanto-juvenil .....	p. 44
1.4	Considerações acerca da vitimização sexual na adolescência e a incidência da violência sexual infanto-juvenil na sociedade brasileira.....	p. 46
<b>2</b>	<b>CAPITULO - Políticas públicas no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes</b> .....	p. 55
2.1	Alterações do Código Penal Brasileiro .....	p. 62
2.2	Marcos legais da Saúde no enfrentamento da violência .....	p. 67
2.3	A rede de serviços em saúde e a Estratégia Saúde da Família .....	p. 74
2.4	Violência e Saúde: Uma discussão fundamental .....	p. 80
<b>3</b>	<b>CAPITULO - Percurso Metodológico</b> .....	p. 91
3.1	O Problema e as hipóteses da pesquisa .....	p. 91
3.2	Objetivos .....	p. 93
	Objetivo geral .....	p. 93
	Objetivos Específicos .....	p. 93
3.3	Método .....	p. 93
3.4	Contribuições da abordagem discursiva para análise das práticas profissionais referentes ao fenômeno da violência sexual infanto-juvenil.	p. 94
	Discurso, enunciado e práticas discursivas em Foucault .....	p. 95
3.5	Etapas da Pesquisa de Campo .....	p. 97
3.5.1	Caracterização do campo de estudo (1ª etapa) .....	p. 97
	O município e a cidade de Montes Claros .....	p. 97
	A Estratégia Saúde da Família na cidade de Montes Claros (ESF) .....	p. 98
	A amostra da pesquisa .....	p. 99
3.5.2	Coleta de dados (2ª etapa) .....	p. 101
3.5.3	Análise dos dados coletados (3ª etapa) .....	p. 103

<b>4</b>	<b>CAPITULO - Resultados e Discussão .....</b>	<b>p. 105</b>
4.1	O perfil dos profissionais pesquisados da Estratégia Saúde da Família ...	p. 105
4.2	Preponderância do modelo biotecnológico .....	p. 108
	A primazia das evidências .....	p. 108
	A imobilidade do profissional frente às várias formas de violência .....	p. 114
	A ineficácia da inclusão da violência na agenda da saúde .....	p. 118
4.3	Práticas extradiscursivas institucionais .....	p. 121
	A capacitação dos profissionais para o enfrentamento da violência: preencher protocolos .....	p. 121
	A prática se dá por um olhar-vigiar, sem escuta, sem acolhimento dos casos .....	p. 124
	Predomínio de relação hierarquizada na equipe, sem construção do caso, sem trabalho em equipe, sem interdisciplinaridade ou intersectorialidade..	p. 127
	O encaminhamento dos casos de violência da ESF para o Conselho Tutelar, o NASF, o CRAS e HU .....	p. 132
4.4	Conteúdo moral das concepções .....	p. 136
	Determinismo e moralismo nas concepções dos profissionais da saúde	p. 136
	Lacuna do adolescente na ESF .....	p. 142
	Negação da exploração sexual comercial como forma de violência sexual contra adolescentes .....	p. 147
	Um olhar diferenciado.....	p. 154
4.5	Implicações da pesquisadora .....	p. 156
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>p. 157</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>p. 162</b>
<b>7</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>p. 182</b>
7.1	ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Pesquisa da UFMG (COEP) .....	p. 182
7.2	ANEXO B – Ficha de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências .....	p. 183
7.3	ANEXO C – TABELA 4 Equipes da Estratégia da Saúde da Família do município de Montes Claros/ MG. ....	p. 185
<b>8</b>	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>p. 187</b>
8.1	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista .....	p. 187
8.2	APÊNDICE B – Termo de autorização para pesquisa .....	p. 188
8.3	APÊNDICE C – QUADRO 5 Modelo de Esquema de análise dos dados.	p. 189

## PREFÁCIO

Em 28 de março de 2012, a ministra da Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) do Brasil, Maria do Rosário Nunes, em Nota Pública, informou que iria encaminhar solicitação ao procurador Geral da República, e ao Advogado Geral da União, para que analisassem medidas judiciais para reversão de uma decisão do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), que inocentou um homem acusado de estupro de três meninas de 12 anos (estupro de vulnerável)<sup>1</sup>, alegando que a presunção da violência podia ser afastada já que “as vítimas, à época dos fatos, já estavam longe de serem inocentes, ingênuas, inconscientes e desinformadas a respeito do sexo”<sup>2</sup>. Na Nota a Ministra dizia:

Entendemos que os Direitos Humanos de crianças e adolescentes jamais podem ser relativizados. Com essa sentença, um homem foi inocentado da acusação de estupro de três vulneráveis, o que na prática significa impunidade para um dos crimes mais graves cometidos na sociedade brasileira. Esta decisão abre um precedente que fragiliza pais, mães e todos aqueles que lutam para cuidar de nossas crianças e adolescentes. [...] consideramos inaceitável que as próprias vítimas sejam responsabilizadas pela situação de vulnerabilidade que se encontram. Confiamos que o Poder Judiciário brasileiro fará uma reflexão sobre os impactos dessa decisão e terá condições de revertê-la, garantindo os Direitos Humanos de crianças e adolescentes (SDH/PR, 2012).

O frescor desse fato vem confirmar a necessidade de retomarmos a discussão do fenômeno da violência sexual infanto-juvenil, uma vez que em pleno século XXI, mesmo após tantos debates, vemos não serem cumpridos os direitos de crianças e adolescentes, previstos na Constituição Federal brasileira (BRASIL, 1988), e no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Por eles, as crianças e adolescentes são prioridade nos cuidados e proteção da família, da sociedade e do Estado, e devem ser resguardadas de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. A violência sexual, seja na forma do abuso ou de exploração sexual comercial, é uma violação de tais direitos, que ainda presente na vida de muitas crianças e adolescentes, com a possibilidade de causar graves danos ao desenvolvimento físico e psíquico.

Por isso, a violência em todas as suas formas, incluindo a sexual, foi considerada pela Organização Mundial de Saúde em 2002 (KRUG *et. al.*, 2002) e por seus países signatários, dentre eles o Brasil, como um problema de saúde pública. Aumentado de forma significativa no mundo, a

<sup>1</sup> A Lei 12.015/2009 do Código Penal criou figura penal denominada “Estupro de Vulnerável” (art. 217 – A), que se refere a “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos. Pena-reclusão de 8 a 15 anos, e aumenta com lesão grave e morte” (BRASIL, 2009). Aqui se torna crime a prática de qualquer ato libidinoso, não só a conjunção carnal, com o sujeito menor de 14 anos, mesmo que tenha sido por “livre vontade” dele. A lei acabou com qualquer interpretação subjetiva dos juristas, por entender que uma criança ou adolescente menor de 14 anos ainda está em formação e não tem condições de decidir sobre seus atos, mesmo com vida sexual ativa.

<sup>2</sup> Nota Pública Disponível em: <http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/2012/03/28-mar-2012-nota-publica-sobre-decisao-do-stj-que-inocentou-acusado-de-estupro-de-vulneraveis>. Acesso em: 09 de abr. 2012.

violência tem gerado impactos no adoecimento, na morbidade, na mortalidade, nos altos custos pessoais, familiares, sociais, além da grande demanda ao setor de saúde (CFP, 2009, p. 59). Por isso, esforços têm sido efetuados mundialmente através da implementação de Políticas Públicas para o enfrentamento desse grave problema. Assim, a violência entra gradativamente na agenda do setor saúde, através da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), buscando a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, além de ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação. Torna-se obrigatória, para todos profissionais da saúde e educação, a notificação dos casos de suspeita e confirmação da violência.

Contudo, apesar da visibilidade e das ações para o enfrentamento da violência, e especialmente, da violência sexual contra crianças e adolescentes, as pesquisas indicam que um número significativo desses casos não é notificado já que o silêncio das vítimas e de suas famílias está relacionado às várias consequências do ato de denunciar. Todavia, muitos são os profissionais de diferentes áreas que por estarem em contato com essas pessoas podem suspeitar ou confirmar tais casos. No entanto, a literatura cita o despreparo e o medo dos profissionais perante os casos de violência levando a não notificação dos mesmos.

Tendo em vista essas considerações, realizamos uma pesquisa buscando investigar as práticas discursivas de diferentes profissionais inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG, sobre a identificação e condução dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Procuramos compreender quais as concepções que os profissionais possuem sobre violência sexual contra crianças e adolescentes; como eles identificam e conduzem tais casos, uma vez que a Estratégia Saúde da Família é considerada a porta de entrada no sistema de saúde, devendo por isso trabalhar com ações de promoção à saúde e prevenção. A pesquisa realizada resultou no trabalho que passaremos a apresentar.

Na introdução fundamentamos teoricamente a pesquisa numa perspectiva sócio-histórica, buscamos compreender como se construíram os conceitos de família, criança e adolescente, principalmente a partir do século XVIII até a contemporaneidade, a qual se apresenta por uma diversidade de arranjos familiares, e de configurações diversas do que se denomina por infância e adolescência. Esse entendimento é necessário uma vez que a família é o foco das práticas da Estratégia Saúde da Família. Passamos em seguida a formular como se dá a modelação da sexualidade, dentro de uma visão foucaultiana, através dos padrões societários e culturais (como saúde, prosperidade, crescimento e bem-estar da população) e sua redefinição no decorrer das épocas, fazendo com que a sexualidade passe a ser uma questão política, tornando a violência sexual contra crianças e adolescentes uma questão prioritária a nível de saúde pública mundial, dando visibilidade à questão.

O primeiro capítulo explanará sobre a multideterminação da violência sexual contra crianças e adolescentes, uma vez que tal fenômeno é atravessado por fatores culturais, econômicos, sociais e subjetivos. Discutimos como a estrutura política, econômica e social brasileira, baseada numa sociedade capitalista de consumo acirra a pobreza e a exclusão social, vulnerabilizando as famílias,

contribuindo para a existência das várias formas de violência sexual, incluindo o crescimento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Acrescenta-se também a “violência contra as diferenças” que, em suas dimensões de gênero, raça, etnia e geracional contribuem para a existência da violência sexual contra crianças e adolescentes. E, como a violência sexual está intimamente atrelada a outras formas de violências, discorreremos sobre as múltiplas formas de violência existentes na sociedade brasileira e suas consequências para a população, principalmente para crianças e adolescentes. Buscamos trazer a conceituação atual de violência sexual contra crianças e adolescentes; as consequências para saúde física e mental descritas na literatura, especificando a questão de sua ocorrência na adolescência. Trouxemos alguns dados de pesquisas brasileiras dando visibilidade a um fenômeno que tende a permanecer oculto, contemplando também a região Norte Mineira, *locus* da pesquisa.

No segundo capítulo levantamos as principais políticas públicas brasileiras voltadas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, evidenciamos os aspectos legais que envolvem a questão da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, através das alterações do Código Penal brasileiro em relação aos crimes sexuais, com a Lei 12.015/2009 e Lei 12.650/2012. Enfocamos, também, os marcos legais de entrada da violência na agenda da saúde, considerando-a como um problema da saúde pública. Apontamos as principais ações e legislações que visam à promoção da saúde e à prevenção da violência, entre elas a obrigatoriedade de notificação das doenças e agravos em saúde, como é o caso da violência praticada contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Discorreremos ainda sobre a construção de rede em saúde para promover a integralidade da atenção, uma vez que a produção de saúde num dado território é resultante da interação entre esses serviços com outras políticas. Destacamos, dentre os três níveis de estruturação do SUS, a Atenção Primária em Saúde que se realiza através das equipes da Estratégia Saúde da Família, *locus* de nossa pesquisa. Por fim, destacamos a importância e a dificuldade do acolhimento da questão da violência pelo setor saúde, dada à crise na saúde pela prevalência do paradigma biotecnológico, impedindo de se pensar a saúde de forma complexa, em seus múltiplos aspectos subjetivos, emocionais e socioculturais.

O percurso metodológico da pesquisa foi tratado no terceiro capítulo, buscamos investigar as práticas discursivas de diferentes profissionais inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG sobre a identificação e condução dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Para isso escolhemos um método de pesquisa e o descrevemos, juntamente com o instrumento de pesquisa utilizado. Explanamos sobre o universo e a amostra da pesquisa. Discorreremos sobre as contribuições da abordagem discursiva para análise das práticas profissionais referentes ao fenômeno da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, e abordamos os conceitos de “discurso”, “enunciado”, “formação discursiva” e “práticas discursivas” fundamentados nas obras de Michel Foucault (1990, 1991, 1994, 2010)., que usamos para análise dos

dados. Por fim, explicitamos o campo e como se deram as fases da pesquisa, a coleta e análise dos dados

No quarto capítulo fizemos a discussão dos resultados da pesquisa. Traçamos o perfil dos profissionais pesquisados; discutimos sobre a preponderância do modelo biotecnológico e suas consequências na prática dos profissionais. Analisamos também questões da instituição que estão diretamente relacionadas com a prática dos profissionais. Discutimos sobre concepções dos profissionais que interferem na identificação dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, bem como a ausência do adolescente no serviço de saúde e a dificuldade dos profissionais em lidar com casos de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Por fim, fizemos algumas considerações sobre a implicação da pesquisadora na pesquisa.

O quinto capítulo foi dedicado às considerações finais, resumindo as discussões feitas e colaborando com algumas sugestões para o avanço no enfrentamento da violência sexual pelo setor saúde. A tarefa de combater as situações que infringem os direitos humanos é tarefa de todos nós. Não podemos nos omitir diante das dificuldades ou desconfortos que nos traz essa questão. Acreditamos que os avanços virão com a construção de um trabalho de responsabilização coletiva, com práticas interdisciplinares, intra e intersetoriais, estabelecendo uma rede de cuidados.

## INTRODUÇÃO

### 1 A construção sócio-histórica do ideal de família, de infância e de adolescência

A discussão da violência sexual contra crianças e adolescentes na sociedade contemporânea nos remete a questões sobre proteção e cuidados que esses sujeitos devem receber do Estado, da sociedade e, principalmente, da família. Conceitos como “família de risco”; “criança/adolescente de risco”, ou ainda “adolescentes rebeldes” aparecem no linguajar técnico-científico como causa linear do problema da violência, desconsiderando que tais conceitos foram construídos a partir de um modelo idealizado, contribuindo para a exclusão social. Além disso fica desconsiderada a multideterminação do fenômeno. Para os que saem do modelo existe todo um saber de especialistas (pedagogos, médicos, juristas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros) que se coloca à disposição para resolver o problema das “famílias, crianças e adolescentes disfuncionais” para normalizá-los e discipliná-los. Essa “posição de dependência para com os agentes educativo-terapêuticos não é estranha à história da família burguesa”, de acordo com Costa (1989, p. 12), ela remonta ao século XIX pela ação da medicina social através da política higienista ou polícia médica<sup>3</sup>. Ou seja, os conceitos e as práticas que temos atualmente com relação à família, à infância e à adolescência foram construídos em meio a mudanças sócio-históricas e os profissionais reproduzem em suas práticas.

Como exemplo, Ariès (1998) cita que no período anterior à Idade Média, havia uma organização social por idades e a educação se dava de acordo com a função atribuída a cada idade. Mas a partir da Idade Média,<sup>4</sup> até o século XVIII, houve uma mudança afetando a forma como os conhecimentos e valores eram transmitidos, substituindo a educação pela aprendizagem entre crianças e adultos e desaparecendo a distinção de idades.

Na Idade Média reinava “a ausência do sentimento da infância” (ARIÈS, 1998, p. 14). As crianças recebiam certo cuidado até obterem mais desenvoltura, quando então se transformavam “imediatamente em jovem homem” (ARIÈS, 1998, p. 10). A socialização do infante não era assegurada pela família, afastando-se cedo dela, ia adquirindo conhecimentos e valores através da aprendizagem com outros adultos, em outras casas. Quanto à família, esta era composta pelo casal e seus filhos e tinha como função a manutenção de bens, o trabalho em comum, a ajuda mútua para sobrevivência, protegendo a honra e a vida. O afeto não era função da família. Mesmo existindo um sentimento amoroso, este não era fundamental para existência ou equilíbrio familiar (ARIÈS, 1998).

<sup>3</sup> Polícia médica, denominada também por Movimento Higienista, refere-se a “um conjunto de teorias, políticas e práticas que se aplicam à saúde e ao bem-estar da população [...]” (COSTA, 1989, p. 32, nota de rodapé).

<sup>4</sup> Na divisão histórica a Idade Média é o período compreendido entre o século V ao século XV; a Idade Moderna se refere ao período do século XVI ao século XVIII e, a Idade Contemporânea do final do século XIX aos nossos dias (Fonte: <http://www.brasilecola.com/historiag/>. Acesso em 25 de março de 2012).

Práticas consideradas hoje como violência contra criança já existiam nessa época. O infanticídio era tolerado. As famílias deixavam ou ajudavam a morrer as crianças “que não queriam conservar [...]. Fazia parte das coisas moralmente neutras, condenadas pela ética da Igreja e do Estado, mas praticadas em segredo” (ARIÈS, 1998, p. 17), por isso não eram severamente punidas. A vida da criança “era considerada com a mesma ambiguidade com que se considera hoje a do feto, com a diferença de que o infanticídio era abafado no silêncio, enquanto o aborto é reivindicado hoje em voz alta – mas esta é toda a diferença entre uma civilização do segredo e uma civilização da exibição” (ARIÈS, 1998, p. 18).

A partir do final séc. XVII e início do séc. XVIII a criança e a família assumem um lugar diferenciado nas sociedades industrializadas. A educação é feita através da escolarização das crianças substituindo a aprendizagem, enclausurando-as como resultado de um movimento moralizante ligado à Igreja, Estado ou leis e com a anuência das famílias. Em decorrência disso, “a família tornou-se o lugar de uma afeição necessária entre os cônjuges e entre pais e filhos, algo que não era antes” (ARIÈS, 1998, p. 11). Surge o sentimento de família, a qual passa a se organizar em torno da criança e de sua educação, conferindo-lhe grande valor; a criança passa a ser um indivíduo com necessidades e cuidados específicos.

No caso do Brasil, a configuração familiar que temos hoje remonta ao período colonial, mais precisamente a partir do século XIX. A família colonial coesa, apegada às tradições, juntamente com o crescimento desordenado das cidades, impeliu mudanças em virtude de uma nova ordem política imposta pelo desenvolvimento industrial, que necessitava de controle demográfico e político-populacional. O Governo colonial, por não conseguir ordenar o meio urbano com a antiga engrenagem jurídico-policial, passa a medicalizar suas ações políticas, associando-se à medicina, através da higienização das populações (COSTA, 1989).

A filantropia e a assistência social se juntaram à medicina no movimento higienista, tomando como alvo das práticas intervencionistas e disciplinadoras a família, e em especial a família operária, que se concentrava maciçamente nos centros urbanos. O controle das famílias se fez por dois tipos de intervenção normativa: uma delas foi a reorganização da família burguesa em torno da conservação e educação das crianças pela medicina doméstica; a outra foi através de campanhas de moralização e higiene da coletividade, visando às famílias pobres.

Dentre as técnicas de intervenção normalizadora na família, uma delas foi criar a ideia de que a família era incompetente na criação dos filhos, mas o fazia por ignorância. Para isso a higiene criava “distinções e classificações novas do corpo dos indivíduos e do sentimento de família” (COSTA, 1989, p. 71), fortalecendo o poder da medicina social diante dos olhos das famílias, bem como as mantendo dependentes de seu saber. “A ordem médica vai produzir uma norma familiar capaz de formar cidadãos individualizados, domesticados e colocados à disposição da cidade, do Estado, da Pátria” (COSTA, 1989, p. 48). Criavam-se assim novas personagens higiênicas – a mãe devotada, a criança amada, que resultaria no adolescente bem cuidado, futuro adulto patriótico. A

infância e a adolescência ganham destaque em cuidados e atenção como nunca houvera antes. A família vai sofrendo mudanças na conduta física, intelectual, moral, sexual e social dos seus membros, adaptando-se ao sistema econômico e político e se transforma na *família nuclear* retraída na intimidade do lar, com poucos membros, vinculada pelo amor, obediente às leis da saúde, e, assim, “de grande corpo socioeconômico [converte-se] em *célula da sociedade*” (COSTA, 1989, p. 141).

Uma desestruturação da hierarquia familiar vai se processando pela valorização feminina, enaltecimento da infância e ofuscamento dos velhos e adultos, principalmente enfraquecendo o poder paterno (COSTA, 1989). As velhas regras ditadas outrora por Deus e pelo pai passam a ser as da higiene – saúde/doença; normal/anormal, tornando a família dependente dos especialistas, ao mesmo tempo em que se tornava fiscal da higiene por internalizar tais normas como um bem. “A casa converteu-se em local permanente de inspeção de saúde, controle de doenças e militância moral. O modelo de regulação disciplinar, sinuosamente, invadia seus interstícios” (COSTA, 1989, p. 138).

Consequentemente, para César (1999), outros personagens que estavam à margem da ordem burguesa aparecem em cena: a família disfuncional, a jovem prostituta e o delinquente juvenil. A família operária e a família pobre, além de destituídas de recursos financeiros, eram vistas aos olhos da higiene como “carentes de recursos morais e intelectuais para educar seus filhos, sendo, portanto, objeto de investigação de intervenção das ações sociais” (CÉSAR, 1999, s. p.). A família disfuncional surge, então, em decorrência do *ideal de família* preconizado pelo movimento higienista, segundo o qual o pai seria o provedor do sustento material, a mãe iniciadora da educação infantil, não mais guardiã da fortuna familiar, e os filhos deveriam ser criados para amar e servir a ‘humanidade’ [em vez] da família” (COSTA, 1989, p. 170), entendida a humanidade como sinônimo de pátria. As famílias que se afastavam desse modelo da elite burguesa, as pobres e as operárias, foram responsabilizadas pelo discurso intervencionista como produtoras de uma infância e de uma juventude sem assistência, cujo destino era o de serem segregadas em instituições correcionais, retirando da rua e da família os menores que vagabundeavam nas metrópoles (delinquentes juvenis), foco das patologias sociais para a higiene. De acordo com César, “investidos de uma teorização médico-científica, os movimentos de reforma social transformaram a diferença cultural e socioeconômica em patologia” (CÉSAR, 1999, s. p.).

A figura estigmatizada da criança e do adolescente nasce ao longo do século XIX como resultado da “pobreza, da ruptura dos laços familiares e também das condições precárias de moradia e lazer” (CÉSAR, 1999, s. p.), tendo como contramodelo a criança e o adolescente ideal, normalizados pelos discursos científicos do direito, da medicina, da psiquiatria, da psicologia desenvolvimentista, da pedagogia e da assistência social.

O modelo ideal de família que vem se firmar no século XX, decorrente do modelo nuclear burguês, caracteriza-se por

uma estrutura hierarquizada, no interior da qual o marido/pai exerce autoridade e poder sobre a esposa e os filhos; a divisão sexual do trabalho bastante rígida, separa tarefas e atribuições masculinas e femininas; o tipo de vínculo afetivo existente entre os cônjuges e entre esses e a prole, sendo que neste último caso há maior proximidade entre mãe e filhos; o controle da sexualidade e a dupla moral sexual (ROMANELLI, 1995, p. 75-76).

A importância da família enquanto célula-mãe da sociedade permaneceu, não só para a estruturação da sociedade em seus aspectos econômicos e políticos, mas também para o amparo e proteção de seus membros. Esse modelo de célula-mãe da sociedade vem ser abalado a partir dos anos 30 do século 20, ao ser colocado em evidência a saúde mental de seus membros e as neuroses produzidas pela família, questionamento da saúde mental. Tal mudança se consolidou após os anos 50 pelo processo de modernização, com forte influência do movimento feminista (TOLEDO, 2010). A mesma autora enumera como mudanças sofridas na família a saída das mulheres para o mercado de trabalho; o controle da natalidade pelos métodos contraceptivos; o direito ao prazer sexual conquistado pelas mulheres. O modelo opressor e autoritário nas relações pais-filhos/marido-mulher ainda perdura, mas houve um enfraquecimento da autoridade paterna. Um número cada vez maior de mulheres passa a ser provedoras do lar, além de se tornarem o núcleo central das relações familiares, devido ao aumento de separações e divórcios, aumentando a carga de responsabilidade da mulher, sem a contrapartida de “uma rede de serviços públicos no amparo à infância, obrigando a mulher a recorrer a estratégias diferenciadas, que acabam sendo de sua inteira iniciativa e responsabilidade” (TOLEDO, 2010, p. 26). Ganham visibilidade diferentes formas de organização familiar: são famílias de parceiros homossexuais, famílias monoparentais ou famílias nas quais não há coabitação com o parceiro amoroso. Entretanto, apesar de tais configurações serem respostas de uma demanda da modernidade, e por isso devemos falar “famílias” pela sua diversidade, “os novos arranjos são tolerados como inevitáveis, e, ao mesmo tempo, negados e entendidos como desvios da norma, ativando mecanismos complexos de controle e preconceito” (TOLEDO, 2010, p. 26). Para Afonso e Filgueiras,

O desconhecimento a respeito da diversidade das formas familiares existentes em favor de uma forçada homogeneização em torno de um só modelo leva à estigmatização de várias formas de família acusadas de ‘desestruturação’ por apresentarem particularidades que as afastam do modelo ideologicamente dominante, em particular famílias de classes populares (AFONSO; FILGUEIRAS, 1996)

É necessário ressaltar, dentre as mudanças citadas, a emergência para o público de aspectos íntimos familiares, em contraposição ao isolamento da família existente na contemporaneidade. As denúncias de violência intrafamiliar de ordem sexual, física ou psicológica direcionadas à mulher, às crianças, aos adolescentes e aos idosos são exemplos dessa publicização que vem acontecendo através de estudos científicos, de movimentos sociais e de defesa dos direitos humanos. O espaço familiar passa a ser visto como um lugar possível de práticas opressoras, que tem

sua gênese complexa nas características e histórias individuais de seus membros, nas formas disciplinares utilizadas pela família, no papel conferido à criança e aos adolescentes na família, nas questões relacionadas à distribuição de renda e às oportunidades de inclusão social (ROCHA e MORAES, 2011; TOLEDO, 2011). É um tipo de violência que “manifesta, concretamente, uma relação de poder que se exerce pelo adulto ou mesmo não adulto, porém mais forte, sobre a criança e o adolescente [ou sobre outro membro da família] num processo de apropriação e dominação [...]” (FALEIROS, 1998, p. 10), violando os direitos humanos.

A criança e o adolescente, nesse cenário de mudanças da família, ganham um lugar de importância nunca antes testemunhado pela história. São formulados seus direitos básicos, ratificados em forma de Lei, reconhecendo-se com tais direitos que são seres em desenvolvimento, merecedores de cuidados e atenção do Estado, da sociedade e da família. Em contrapartida, uma perda de referência dos valores familiares é sentida, refletindo na dificuldade de limite entre afeto e disciplina, ou na expressão do amor através de bens materiais. Tanto é que o alvo do mercado de consumo está centrado na criança e no adolescente, independente de sua classe social, aumentando as tensões no interior da família. Mas apesar dos direitos adquiridos, a inserção da infância e da adolescência e das classes de menor poder aquisitivo no mercado de trabalho tem aumentado, antecipando a entrada no mundo adulto, diminuindo a escolarização por abandono ou exclusão e, conseqüentemente, perpetuando a exclusão social e econômica.

Especificamente com relação ao discurso sobre a adolescência, César (1999) demonstra as transformações sofridas no Brasil, a partir das primeiras décadas do século 20. Nos anos de 1950, o discurso da *delinquência juvenil*, que vinha se mantendo desde o início do século XX, é substituído pelo discurso da *transgressão* como algo inerente à natureza adolescente, do ponto de vista das teorias sociais e educacionais aliadas às teorias da psicologia do desenvolvimento. A fase da adolescência passa a ser compreendida como aquela na qual a transgressão seria “necessária e natural” a todos os adolescentes. Mais ao final dos anos 60, os especialistas começam a nomear a adolescência como uma *cultura de jovens ou subcultura adolescente*, contrapondo ao modelo ideal de dependência e conformismo vigente, marcando essa etapa como partilhando de elementos da cultura dominante, mas diferenciando-se da mesma ao adotar uma simbologia própria (CÉSAR, 1999). A partir do final dos anos 80, a adolescência tem sido compreendida como um *ideal da cultura*. Esse lugar ocupado pela adolescência se organiza a partir de uma insatisfação constituinte da subjetividade do sujeito contemporâneo, de acordo com o psicanalista Contardo Calligaris (2000). “Esse traço se revelou crucial para produzir uma aceleração inédita na produção de riqueza e de diferença social: o sujeito moderno quer mais (portanto, produz e consome mais) porque deve querer sempre mais do que os outros” (CALLIGARIS, 2000, s. p.). O sujeito da modernidade, destinado ao fracasso, já que não há o que o satisfaça, vê na criança a promessa de realização de felicidade e conquistas que os sujeitos adultos nunca alcançarão. A instituição da familiar nuclear na modernidade, segundo o mesmo autor, que se faz em nome do amor entre pai, mãe e filhos que criam, torna-se

[...] a grande porta-voz do duplo vínculo moderno: ela pede às crianças todo tipo de submissão e obediência em nome do amor, mas também pede que, em nome do mesmo amor, a criança se liberte da família e ultrapasse a condição na qual se criou, para responder às expectativas dos pais. Particularmente, para dar continuidade (imortalidade) aos sonhos dos pais – sonhos frustrados antes de mais nada pela mortalidade dos sonhadores (CALLIGARIS, 2000, s. p.).

Dessa forma, a adolescência surge como uma continuidade da imagem de felicidade e irresponsabilidades da infância, acrescida da possibilidade de realização de prazeres imediatos, tornando-se um ideal a ser perseguido pelos adultos (CALLIGARIS, 2000). O culto à beleza e à juventude tem aí suas bases, assim como o encurtamento do período que se preconizava por infância e o alongamento da adolescência. Adultos e crianças devem refletir a imagem da adolescência, embaralhando as fronteiras que os separam. A adolescência torna-se o modelo ideal da cultura no século XXI, e os adolescentes ficam lançados à própria sorte, sem modelos identificatórios que os amparem na caminhada rumo à maturidade esperada na cultura.

Como vimos, *a contemporaneidade se caracteriza por uma diversidade de formas familiares, e de configurações diversas do que se denomina por infância e adolescência. Tal heterogeneidade nos obriga a ter um olhar plural sobre elas, ou seja, temos famílias, infâncias e adolescências com diferentes necessidades de cuidados e proteção, principalmente diante da profunda desigualdade social vigente no país.* A família passa a ser um sujeito de direito estabelecido na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente e, por conseguinte, passa a ocupar uma “posição central enquanto destinatária das políticas públicas, particularmente na saúde [Estratégia Saúde da Família] e assistência social” (TOLEDO, 2007, p. 36). Cabe perguntar se o discurso da saúde contempla a diversidade familiar, ou ainda o faz de forma estigmatizante com relação às famílias de classe popular, por adotar como referência o modelo hegemônico burguês? Outra questão é se a saúde privilegia as diferentes demandas dos grupos familiares, como as questões referentes à violência intrafamiliar, o atendimento à saúde do adolescente ou às questões, por exemplo, ligadas à sexualidade?

## **2 Poder, Saber e Sexualidade**

A transformação da família em célula mãe da sociedade de controle mediante vigilância, obtida pelo esforço legislativo, de ação social coordenada e intensa propaganda de novos padrões de coabitação íntima se fez por vários fatores, um deles foi “a redefinição do sexo e das práticas” (BAUMAN, 1998, p 180).

Até o séc. XII “tinha-se com o ilícito uma tolerante familiaridade” (FOUCAULT, 1991, p. 9). A partir do capitalismo, e sob a influência do Cristianismo, o sexo estará recluso à casa, com a função de reprodução, sendo destinado a interdição, inexistência e mutismo. Isso porque o sexo

sempre serviu e serve, ainda hoje, como Michel Foucault (1991) nos mostra, aos mecanismos do poder e controle social por organizar-se em torno da gestão da vida (biopoder). Para Foucault, “o sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. Servimo-nos dele como matriz das disciplinas e como princípio das regulamentações (FOUCAULT, 1990, p. 137).

Assim, uma série de discursos/saberes vem modelar as formas como pensamos e conhecemos o corpo (WEEKS, 2001) e conseqüentemente a sexualidade. Ao invés de uma repressão discursiva do sexo, presente até o século XVIII, toma lugar nas sociedades modernas a incitação ao discurso da sexualidade; como forma de controle e poder sobre os indivíduos (Foucault, 1990). A razão disso, conforme Foucault está no fato de o poder ser produtivo, não só repressivo; ele incita, cria, “produz realidade, produz campos de objetos e rituais de verdade”. (FOUCAULT, 1991, p. 172). O poder para Foucault são estratégias complexas de uma determinada sociedade que percorre o todo tecido social (micropoderes); através de uma multiplicidade de correlações de força, não havendo por isso um foco de centralização do poder. Essas correlações de força se dão pela desigualdade e induzem a estados de poder sempre localizados e instáveis, que se produzem a cada instante e a partir de todos os lugares. O poder se exerce através de “uma série de miras e objetivos [na forma] das táticas” (FOUCAULT, 1990, p. 91).

Esse entendimento do poder nasce na percepção foucaultiana da mudança que ocorre nas relações do poder entre os séculos XVII e XVIII, do poder soberano para o poder disciplinar, resultando na sociedade disciplinar moderna. O poder disciplinar é um tipo de poder anônimo e mecânico, que não opera mais por meio de restrições externas e violência espetacular, mas sim através da internalização de um olhar discreto e vigilante; e que, ao invés de reunir e esconder os sujeitos, torna-os visíveis e separados (OKSALA, 2011). Ele passa a fazer parte do projeto e da construção das mais variadas instituições e espaços da sociedade moderna, como escolas, hospitais, fábricas, prisões, que são verdadeiras instituições de disciplina, especialmente a família. Foucault entendeu as disciplinas não como uma instituição, mas como uma tecnologia de poder, “um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos [que] podem ficar a cargo de instituições especializadas” (FOUCAULT, 1991, p. 189).

Novas ferramentas são criadas de forma que se possa moldar “os comportamentos, os desejos, os objetivos e as experiências [...], punindo e recompensando [...], transformando cada sujeito num “caso” que pode ser descrito, medido, comparado com outros, mas também, corrigido, excluído e normalizado” (OKSALA, 2011, p. 74). Essa moldagem dos indivíduos pelo poder disciplinar se faz por três instrumentos: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação com o exame. O olhar hierárquico ou a vigilância hierarquizada é uma “vigilância múltipla e entrecruzada dos olhares que devem ver sem ser vistos” (FOUCAULT, 1991, p. 156), e para isto deve ser decomposto em escalas, hierarquias, mas funciona de cima para baixo e de baixo para cima, formando uma rede através da qual o aparelho inteiro produz o poder. A sanção normalizadora, ao invés de castigos e punições, aparece na sociedade moderna através do poder na Norma, ou grau de normalidade dos

sujeitos que “permite[m] medir desvios, determinar os níveis, fixar especificidades e tornar úteis as diferenças, ajustando-as umas às outras” (FOUCAULT, 1991, p. 165). As técnicas de vigia, associadas à sanção que normaliza, se faz através do exame, “[...] esse pequeno esquema operatório que tal difusão (da psiquiatria à pedagogia, do diagnóstico de doenças à contratação de mão de obra) [...] põe em funcionamento, dentro de um mecanismo, relações de poder que permitem obter e constituir um saber” (FOUCAULT, 1991, p.165). E o exame impõe um princípio de visibilidade obrigatório aos que a ele se submetem para o exercício do poder, assim como institui um sistema de registro e acumulação documentária, produzindo uma série de códigos dos sintomas, dos comportamentos, como também a classificação, a formação de categorias, médias e fixação de normas.

Coexistindo com o poder disciplinar que atua nos corpos dos indivíduos, o biopoder aplica-se também à vida dos indivíduos dirigindo-se à regulação da população, dando margem “a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo corpo social ou grupos tomados globalmente” (FOUCAULT, 1991, p. 137). Assim, “na medida em que a sociedade se tornou mais preocupada com a vida de seus membros – pelo bem da uniformidade moral, da prosperidade econômica, da segurança nacional, higiene e saúde – ela se tornou cada vez mais preocupada com o disciplinamento dos corpos e com a vida sexual dos indivíduos” (WEEKS, 2001, p. 51).

Como a “sexualidade é modelada na junção da subjetividade humana e dos padrões societários e culturais (como saúde, prosperidade, crescimento e bem-estar da população)” (WEEKS, 2001, p. 52), podemos ver sua constante redefinição no decorrer das épocas. Como no período vitoriano, quando a prostituição abundante fazia aumentar as doenças venéreas, comprometendo a saúde da população, sob o manto de uma aparente repressão da sexualidade. O controle da sexualidade ia se exercendo através do comportamento feminino e não do masculino, e o debate público se dava em torno das doenças; venéreas, imoralidade pública, prostituição e vícios privados (WEEKS, 2001).

Dessa forma, a partir do século XIX, a sexualidade vai ser

[...] esmiuçada em cada existência, nos seus mínimos detalhes. [...] Mas vemo-la também tornar-se tema de operações políticas, de intervenções, econômicas (por meio de incitações ou freios à procriação), de campanhas ideológicas de moralização ou de responsabilização: é empregada como índice de força de uma sociedade, revelando tanto sua energia política como seu vigor biológico [...] (FOUCAULT, 1991, p. 137).

Em função disso, de acordo com Weeks (2001), a obsessão pela sexualidade continua através do século XIX em diante. A influência da eugenia para procriação de indivíduos foi modelando políticas de bem-estar social em alguns países, e fomentando o racismo, nos anos entre guerras, pelo medo do predomínio das “raças inferiores”. Nos anos de 1940, século XX, predominava a preocupação com o controle da natalidade (planejamento familiar), bem como os lugares apropriados para homens e mulheres na família da sociedade democrática. Nos anos de 1950 eram os “degenerados” sexuais, principalmente os homossexuais, o foco das perseguições, por não procriarem.

Ao redor dos anos 60 um novo liberalismo (permissividade) aparece em cena, dividido entre velhos códigos sociais, uma nova regulamentação social e uma redefinição do público/privado, que na visão de Bauman não foi “equivalente à emancipação sexual”, [mas sim uma] “*redistribuição* do sexo a serviço de um novo padrão de integração social e reprodução”. A sexualidade, que antes era relacionada com a “confissão e a preservação das obrigações”, passa para “o reino da coleção de experiências” (BAUMAN, 1998, p. 183-184), promovendo o “divórcio entre sexo e a família”, uma vez que as práticas sexuais ficam unidas pelo prazer e não mais pelo dever. Esse novo costume sexual tem como consequência “o isolamento do sexo de outras formas e aspectos do relacionamento social e, acima de tudo, das relações maritais e com os pais, tornando-se um poderoso instrumento da mercantilização e privatização” (BAUMAN, 1998, p. 183-184).

Nos anos 70, compensando os excessos dos anos anteriores, “a sexualidade se tornou uma verdadeira questão política, a partir do “declínio da família”, do feminismo e da militância homossexual como potentes símbolos do declínio nacional” (WEEKS, 2001, p. 54). Nesse cenário, conforme o mesmo autor, o debate sobre a moralidade e o comportamento sexual vai se situar nas “relações entre homens e mulheres; [n]o problema do desvio sexual, [n]a questão da família e outros relacionamentos, [n]as relações entre adultos e crianças, e [n]a questão da diferença seja de gênero, classe ou raça” (WEEKS, 2001, p. 54). Acrescido a isto, uma importante crise na saúde se instalou, relacionada com o surgimento do HIV e da AIDS. A AIDS “serviu para cristalizar um conjunto de ansiedades sobre mudanças do comportamento sexual” (WEEKS, 2001, p. 79) que vinham acontecendo desde 1960 nas sociedades ocidentais, relacionadas à crescente diversidade sexual.

Contudo, apesar desse cenário de intensas mudanças, a aceitação da diversidade e do pluralismo moral ainda se faz de forma bem limitada, como podemos observar em pleno século XXI, em nosso país, nos debates travados entre sociedade, Igreja e Estado para descriminalização do aborto, para efetivação dos direitos das mulheres e crianças ou na luta pelos direitos de casais homoafetivos. Na visão de Weeks, “[...] a diversidade e a sempre crescente complexidade social que lhe dá origem provocam agudas ansiedades, as quais fornecem as bases de sustentação para grupos ligados ao surgimento renovado de valores mais absolutistas” (WEEKS, 2001, p. 80).

É neste contexto que a questão da violência sexual contra crianças e adolescentes entra em cena, relacionada às questões de gênero, aos debates políticos e científicos por volta dos anos 60, derivada da discussão feita pela segunda onda do movimento feminista<sup>5</sup> “na crítica ao modelo ‘patriarcal de família’ como legitimador da violência de homens contra mulheres e de adulto contra crianças” (LOWENKRON, 2010, p. 15). Os movimentos sociais emergentes no final dos anos 80 e início dos 90, assim como a criação de ONGs no Brasil, atuantes na defesa dos direitos de crianças e

---

<sup>5</sup> De acordo com Meyer (2004), a segunda onda do movimento feminista aparece no contexto pós-guerra nos países ocidentais, fortalecendo-se especialmente nos anos 60 e 70 do século XX; buscava sistematizar uma produção científica para compreender e explicar a subordinação social das mulheres e a invisibilidade política a que historicamente vinham sendo submetidas.

adolescentes, “passam a tratar o ‘abuso sexual infanto-juvenil’ enquanto uma questão política particularizada e especialmente dramática” (LOWENKRON, 2010, p.16), constituindo-se uma agenda política específica e prioritária para o fenômeno.

A partir do momento em que a questão da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes torna-se um problema a ser tratado coletivamente, ocorre “uma explosão discursiva em torno do tema, acompanhada da censura ao ‘silêncio’, entendido como omissão e conivência” (LOWENKRON, 2010, p. 11). Sobre essa questão Bauman (1998) faz a seguinte reflexão: se outrora era através da sexualidade infantil que se articulavam as relações familiares pela vigilância exercida sobre a criança e o jovem, hoje ela se torna um instrumento de separação, de distanciamento pelo medo do que as crianças podem fazer, não com seus impulsos, mas o que “fazem ou podem fazer a mando dos pais” (BAUMAN, 1998, p.187). E o autor continua:

[...] até mesmo os casos de masturbação e interesse das crianças pelos próprios órgãos genitais são agora constantemente referidos de maneira mais ampla como produto da sexualidade dos pais, mais do que as próprias inclinações sexuais das crianças, e interpretados como indicadores de abuso sexual (BAUMAN,1998, p. 188-189).

Esse fato explicaria, para Bauman (1998), uma epidemia virtual ocorrida na Grã-Betanha acusando muitos pais/tutores de violência sexual contra os filhos, resultado do discurso médico e pedagógico fincado na opinião pública. Tal discurso apregoa que “as crianças *são sempre e em toda parte* objetos sexuais, de que há um fundo sexual potencialmente explosivo *em qualquer ato* de amor dos pais, de que *toda* carícia erótica e em *todo* gesto de amor pode se *esconder um assédio sexual*” (BAUMAN, 1998, p. 187, grifos nossos). O uso exagerado e indiscriminado da palavra abuso tem transformado qualquer situação como abusiva, concluindo o autor que o discurso sexual atual propaga o distanciamento na interação humana e retira todo seu sabor erótico e afetivo:

O espectro do sexo, agora, assombra os escritórios das empresas e as salas dos grupos de estudo dos colégios: há uma ameaça encerrada em todo sorriso, olhar atento ou maneira de tratar. O resultado total é o rápido definhamento das relações humanas, despindo-as de intimidade e emotividade, e o esmorecimento do desejo, de entrar nelas, conservá-las vivas (BAUMAN, 1998, p. 185).

Essa exacerbação discursiva do fenômeno da violência sexual pode ser interpretada de duas maneiras, conforme Lowenkron (2010, p. 11): como um aumento da incidência da violência sexual, ou como “uma ruptura do antigo tabu do silêncio”, resultante do aumento da visibilidade do fenômeno, que nos parece ser o que tem acontecido. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório sobre violência e saúde de 2002, afirma que as pesquisas negligenciam a questão da violência sexual, fazendo com que os dados mundiais sejam parciais e fragmentados (KRUG *et al.*, 2002). O mesmo tem ocorrido no Brasil, não permitindo uma visão da distribuição de casos confirmados dos diferentes tipos de violências que incidem sobre a criança e o adolescente no país, e qual proporção

ocuparia a violência sexual dentre as outras formas. Os dados do Disque Denúncia Nacional (Disque 100)<sup>6</sup>, por exemplo, constataam que o número de denúncias sobre a violência tem aumentado no país, mas não temos registros de quantas são confirmadas. E, se nos basearmos nos dados desse órgão teremos que 1/3 das denúncias é de ordem sexual, ou seja, outras formas de violência relevantes (a psicológica, a física, a negligência) atingem também as crianças e adolescentes (BRASIL, 2011).

Ou seja, na sociedade atual diferentes formas de violência coexistem, e por isso devemos falar em violências, produzindo um mal-estar contemporâneo, gerando fragilização dos laços sociais. A luta e a consequente visibilidade da violência sexual contra crianças e adolescentes se justificam nessa direção, principalmente por ser um fenômeno subnotificado no Brasil (FALEIROS, 2000; HABIGZANG, *et al.*, 2005), necessitando de investigações que resultem em práticas eficazes de proteção e cuidados à infância e à adolescência. E, para isso, precisamos compreender, de início, os determinantes da violência sexual infanto-juvenil que passaremos descrever.

## **1 CAPÍTULO - A multideterminação da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes**

O fenômeno da violência é complexo pela sua multicausalidade resultante do “imbricamento dos fatores históricos, contextuais, estruturais, culturais, conjunturais, interpessoais, mentais e biológicos, [sendo que] sempre existirão elementos gerais e especificidades nas formas de apresentação e reprodução desse fenômeno” (MINAYO, 2003, p. 43). A partir desse entendimento analisaremos os múltiplos aspectos que compõe a violência sexual infanto-juvenil.

### **1.1 Aspectos econômicos, de classe, de gênero, de raça/etnia na configuração da violência sexual**

O reconhecimento da violência contra criança e adolescentes como um problema de saúde pública mundial se deu a partir dos anos 60, ao se buscar identificar práticas culturais, familiares e sociais que iam de encontro aos direitos das crianças e adolescentes (BENETTI, 2002). Contudo, foi a

---

<sup>6</sup> O site “rede amiga da criança” de São Luiz (MA) publicou matéria informando que o Disque Denúncias recebeu uma média de 103 denúncias/dia, no período de janeiro a fevereiro de 2011, sendo que a média nacional de 2003 a 2011 foi de 52 denúncias/ dia. “Das denúncias recebidas pelo serviço no período, mais de 94% estão categorizadas por tipo de violência [...].Verifica-se que as situações de violência dividem-se em três grandes grupos praticamente equilibrados, sendo 1/3 de situações de negligência; 1/3 de situações de violência física e psicológica e 1/3 de situações de violência sexual”. <http://www.redeamigadacrianca.org.br/>. Acesso em: 20 de mai 2012.

partir dos anos 90 que esse tipo de violação contra os direitos das crianças e dos adolescentes ganhou lentamente visibilidade através da mobilização social, de entidades governamentais e não governamentais, incluindo a participação de Universidades com pesquisas na área.

O Ministério da Saúde define violência contra crianças e adolescentes, como “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BRASIL, 2010, p. 24).

A gravidade da violência que atinge a infância e a adolescência no Brasil foi apontada no Relatório sobre a Situação da Adolescência Brasileira 2011 (UNICEF, 2011) produzido pela UNICEF, indicando a existência no país de 21 milhões de adolescentes cujos direitos não são efetivados, apesar de garantidos em lei. Dentre as vulnerabilidades, resultantes de múltiplas formas de violência que atingem crianças e adolescentes, apontadas no relatório estão

[...] a pobreza, a pobreza extrema, a baixa escolaridade, a exploração no trabalho, a privação da convivência familiar, os homicídios, a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, o abuso e a exploração sexual e o abuso de drogas (UNICEF, 2011, introdução).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) classifica a violência baseando-se no modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde, que a classifica em três grandes categorias, divididas conforme o tipo e a natureza da violência: violência autoprovocada; interpessoal e a coletiva.

A violência autoprovocada ou contra si mesmo envolve o comportamento suicida e o suicídio propriamente dito. A violência interpessoal é aquela que ocorre na interação das pessoas, caracterizando-se por relações de poder, e se subdivide em violência intrafamiliar (entre pessoas com laços de parentesco) e violência comunitária (entre pessoas sem laços de parentesco, conhecidas ou não). A coletiva refere-se àquela praticada por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas (Brasil, 2010, p. 25).

A mesma concepção divide ainda os tipos acima descritos segundo a natureza da violência: física, psicológica, sexual e negligência ou abandono. A violência física é caracterizada como um ato que envolve força física de forma intencional, na qual o agente pode ser os pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas do convívio da criança e do adolescente, causando ferimentos, dor ou morte. Pode ser exercida por meio de “tapas, chutes, beliscões, arremessos de objetos causando lesões, traumas, queimaduras e mutilações” (Brasil, 2010, p. 27). Inclui-se aqui a Síndrome de Munchausen por Procuração e o trabalho infantil.

Por violência psicológica entende-se qualquer ação que cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Pode ser consequência de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, punições humilhantes, ou para atender as necessidades psíquicas de outrem (Brasil, 2010, p. 28). Inclui-se aqui o testemunho da violência, a Síndrome da

alienação Parental, o assédio moral ou violência moral e o Bullying, incluindo o cyberbullying que é praticado virtualmente (Brasil, 2010).

A negligência é entendida como omissões dos adultos (pais, responsáveis e instituições) em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento da criança e do adolescente. Considera-se o abandono, independente da condição financeira, como um grave tipo de negligência (Brasil, 2010, p. 31).

A violência coletiva produzida pelo Estado envolve a exclusão social, a influência da globalização e a imposição de leis do mercado. É uma forma de violência intrínseca à organização política e socioeconômica de uma sociedade em uma determinada época. Boaventura de Souza Santos e colaboradores (SOUZA, *et al.*, 2009) apontam que o mundo atual está dividido em humano e sub-humano, de forma que pessoas passam a inexistir no plano social e legal, pelas novas formas de escravatura, exploração sexual, trabalho infantil, dentre outras. Tais formas são resultado de uma multiplicidade de variáveis, uma delas é o capitalismo que tem na exploração do trabalho sua fonte da riqueza, atuando de forma destrutiva inclusive no espaço, meio ambiente, além das relações interpessoais.

Com a expansão do capitalismo no século XX ocorreu um fenômeno denominado globalização, resultante da revolução tecnológica, caracterizado pela “criação de uma economia global privatizada, com um controle estatal residual, em que os mercados locais surgem ligados entre si [...] e com a disseminação da produção através de investimento estrangeiro em multinacionais” (SOUZA, *et al.*, 2009, p. 72). Ocorre a liberalização da troca através da diluição das fronteiras para a circulação de pessoas, bens e serviços que servem à criação do tal mercado global. Sob a doutrina econômica neoliberal, defendendo a absoluta liberdade de mercado, os Estados capitalistas ficaram com uma pequena intervenção na economia, passando o Mercado a ser soberano.

Conforme ainda Boaventura, “assistimos a uma dessocialização do capital, em que os direitos sociais não podem mais ser garantidos, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade de milhões de pessoas em todo mundo” (SOUZA, *et al.*, 2009, p. 72). O resultado é o desemprego estrutural, o aumento das desigualdades sociais, mudança nas relações trabalhistas, migrações em busca de melhores condições de vida, dentre outras (LIBÓRIO, 2004).

No Brasil, aliada a uma herança de uma instabilidade empregatícia dos anos de 1990, com queda da capacidade aquisitiva e relações de trabalho precárias e instáveis, acrescenta-se a “falta de políticas efetivas para redistribuição da renda e de criação de oportunidades de superação das desigualdades sociais” (PIMENTA; PIMENTA, 2011, p. 44). Segundo os mesmos autores, medidas assistencialistas, de caráter puramente imediato, têm sido tomadas, como a criação do Programa Bolsa Família, por exemplo, e de políticas setorializadas, em lugar de políticas sociais para superação das desigualdades, o que contribui para o reforço da pobreza e exclusão social (PIMENTA; PIMENTA, 2011, p. 44).

Tal desigualdade pode ser verificada concretamente através do relatório “Síntese de Indicadores Sociais - Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010”, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Citamos aqui, a título de exemplo, alguns dados, sem a pretensão de esgotá-los. O relatório aponta que temos um desenvolvimento socioeconômico e uma infraestrutura ambiental precários, em função das elevadas taxas de mortalidade de menores de 5 anos de idade ainda existentes no país, ligadas também à desnutrição infantil e a infecções a ela associadas. Somam-se a isso o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil e o impacto das causas pós-neonatais a que estão expostas também as crianças entre 1 e 4 anos de idade. Outro exemplo é com relação ao acesso aos serviços de saneamento básico. Em 2009, quase 60% das crianças até 14 anos de idade (46,3 milhões) residiam em domicílios em que pelo menos um serviço de saneamento (água, esgoto ou lixo) não era adequado. A inadequação de todas essas formas de saneamento no domicílio atinge cerca de 5 milhões de crianças (10,9%) expondo-as a severos riscos de doenças, chegando a atingir 19,2% das crianças nordestinas (IBGE, 2010).

Com relação ao acesso à educação, os dados indicaram que cerca de 1,8 milhão de crianças de 7 a 14 anos, ainda não sabiam ler ou escrever, quando já deveriam estar alfabetizadas (com pré-escolar e/ou a 1ª série do ensino fundamental concluídos). Para o grupo de jovens de 15 a 24 anos, o total era de 647,0 mil analfabetos. Em ambos os casos, a ampla maioria encontrava-se na Região Nordeste (cerca de 54% e 62%, respectivamente) e, em seguida, na Região Sudeste (cerca de 22% e 19%, respectivamente). Outro índice relacionado à escolarização refere-se à taxa de escolarização líquida, que indica a proporção da população em determinada faixa etária frequentando escola no nível adequado à sua idade. A taxa de escolarização líquida, analisada pelos quintos do rendimento mensal familiar *per capita*, revela fortes desigualdades entre os mais pobres e os mais ricos: no primeiro quinto (os 20% mais pobres), somente 32,0% dos adolescentes de 15 a 17 anos de idade estavam no ensino médio, enquanto no último quinto (20% mais ricos), essa oportunidade atingia quase 78% deste grupo, revelando que a renda familiar exerce grande influência na adequação idade/série frequentada. Sabemos que uma das consequências da defasagem escolar é gerar abandono da escola pelo jovem, diminuindo sua qualificação para o mercado de trabalho e produzindo queda na renda, dificultando a saída da situação de pobreza. Em suma, esses dados confirmam a ineficiência das mudanças políticas, econômicas e sociais brasileiras na erradicação da pobreza e da exclusão social (IBGE, 2010).

Além dessas questões, o capitalismo neoliberal acirra a competição e a exploração através do consumo, enfraquecendo a solidariedade e dicotomizando a sociedade. Há uma perda de sentimento de identidade e de pertença, conforme Melo (2010), resultando num vazio que

[...] demandará ser preenchido: é necessário se “empanturrar” de coisas, e, uma vez que o outro não conta, entra-se no jogo do vale tudo – comida, mercadorias, emoções fortes, “adrenalina”, prazeres perversos, agressões, vandalismo, destruição, etc. – numa tentativa de recuperar a própria existência (MELO, 2010, p. 14).

A consequência dessa sociedade de consumo é um profundo “[...] hiato entre os que desejam e os que podem satisfazer os seus desejos, [...] os que não podem [...] são diariamente regalados com o deslumbrante espetáculo dos que podem fazê-lo” (BAUMAN, 1998, p. 55). Nesse tipo de economia perde-se a referência entre o lícito e o ilícito, a regra geral é “*apoderar-se de mais*” (BAUMAN, 1998, p. 56). Os “*excluídos do jogo (os consumidores falhos)* – os consumidores insatisfatórios, aqueles cujos meios não estão à altura dos desejos [são isolados] em guetos” (BAUMAN, 1998, p. 57, grifos nossos) e criminalizados. De acordo com Bauman,

Cada vez mais, ser *pobre* é encarado como um crime; *empobrecer*, como o produto de predisposições ou intenções criminosas – abuso de álcool, jogos de azar, drogas, vadiagem e vagabundagem. Os pobres, longe de fazer jus a cuidado e assistência, merecem ódio e condenação – como a própria encarnação do pecado (BAUMAN, 1998, p. 59).

Em decorrência disso, os problemas sociais têm se agravado, pressionando principalmente, crianças e adolescentes a trabalharem e a viverem nas ruas, submetidos às mais diversas formas de violência. De acordo com o relatório do IBGE de 2010 (BRASIL, 2010), a PNAD 2009 revelou ter, no Brasil, 2,0 milhões de crianças de 5 a 15 anos de idade ocupadas no mercado de trabalho, das quais cerca de 44% concentradas na Região Nordeste e 24%, na Região Sudeste.

Outro exemplo da vulnerabilidade que atinge as crianças e adolescentes brasileiros pode ser atestado através da notícia divulgada no *site* do jornal *O Estado de S. Paulo*<sup>7</sup>, em 10 de setembro de 2011, denunciando a existência de, pelo menos 42. 785 crianças e adolescentes entre 10 e 14 anos vivendo em uniões informais no Brasil, de acordo com o recorte feito pelo próprio jornal do Censo Demográfico de 2010. Conforme a reportagem, “essas situações se concentram em grupos de baixa renda e alta vulnerabilidade, principalmente nos rincões do País ou na periferia de grandes centros urbanos”. Aliado a fatores culturais, temos aqui uma questão de ordem econômica também, pois como enfatiza a reportagem, as uniões nessas idades podem ser uma forma de fugir da miséria familiar existente no país. Ratifica esse entendimento o fato de não ser costume na atualidade, em nosso país, o casamento ou uniões nessas idades, sendo inclusive considerado pela legislação penal vigente (Lei 12.015/2009) como crime de estupro de vulnerável o relacionamento sexual com menores de 14 anos (mesmo na condição de casamento), independente de haver consentimento familiar. Por isso as uniões não são oficializadas, ficando na clandestinidade. Se, em primeira instância, as crianças, adolescentes e famílias são vítimas de uma exclusão econômica, duplamente são vitimizadas as crianças e adolescentes captadas pela exploração sexual comercial, pelo turismo sexual ou pelo tráfico de drogas (LIBÓRIO, 2004).

---

<sup>7</sup> Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,brasil-tem-427-mil-criancas-e-adolescentes-de-ate-14-anos-casados,770852,0.htm>. Acesso em 03 de abril 2012.

Confirmando a imensa desigualdade social vigente no Brasil, o *site* do Jornal *Folha de São Paulo*<sup>8</sup>, em 27 de junho de 2011, divulgou dados da FGV (NERI, 2010), segundo os quais 22,5 milhões de pessoas estão no topo da pirâmide social, contra 24,6 milhões de brasileiros que ainda ocupam a classe E, ou seja, vivem com renda familiar mensal de até R\$ 751,00. A maioria dos integrantes da classe E também estão abaixo da linha da pobreza extrema definida pelo governo federal. São 16,2 milhões de pessoas vivendo com até R\$ 70 mensais, sendo que o salário mínimo vigente no país em 2012 é de R\$622,00. O IBGE<sup>9</sup> define como classe A uma renda familiar de 20 SM (salários mínimos); como classe B a renda de 10 a 20 SM; classe C com renda de 04 a 10 SM; a classe D com renda de 02 a 04 SM e classe E até 02 SM.

No ano de 2010 as classes A e B representavam 11,8% da população brasileira; a classe C representava 55%, e as classes D e E representavam 32,2 % da população. Mesmo tendo havido uma melhoria de renda nas camadas populares, fazendo com que muitas pessoas se deslocassem da classe D para a C, entre os anos de 2005 e 2010, as políticas econômicas continuam sendo ineficazes para diminuir a desigualdade social.

Ao grupo dos excluídos – os detentores de menor poder político, econômico e social, ou seja, ligada à violência coletiva soma-se a violência interpessoal que se manifesta nas dimensões de gênero, raça, etnia e geracional.

Gênero pode ser entendido como o “nome de um certo modo ou método de conhecer o feminino a partir das significações construídas, de modo relacional, por mulheres e homens. [...] O gênero enfatiza o aspecto relacional das definições normativas de feminidade” (BENOIT, 2000). Historicamente as relações entre homens e mulheres se deram a partir da subordinação do feminino ao masculino, baseadas num modelo de masculinidade hegemônica fundado pelo determinismo biológico. É uma relação de desigualdade de poder que implica a usurpação do corpo do outro, e que se configura, em geral, entre homens e mulheres, mas não exclusivamente.

A questão da violência de gênero é tão frequente e grave no mundo que o Ministério da Saúde a destaca em sua norma técnica de “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” (BRASIL, 2011). A violência de gênero pode ser constatada pelo fenômeno da feminização da pobreza em nível mundial, ou seja, 70% das três bilhões de pessoas vivendo em extrema pobreza no mundo são mulheres; ou pela existência do tráfico de 500 mil a dois milhões de pessoas no mundo, que em sua maioria é mulheres, tornando-se a “venda” de mulheres um “negócio” altamente lucrativo, estimado em torno de US\$ 7 a US\$12 bilhões de lucro. A violência intrafamiliar, resultante da violência de gênero, responde a 23% da violência praticada contra a mulher, sendo que 70% desses crimes são praticados pelos parceiros ou maridos, resultando em lesões

<sup>8</sup> Site *folha.com*. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/935502-classe-c-e-a-unica-que-continua-a-crescer-aponta-fgv.shtml>. Acesso em 4 de abril de 2012.

<sup>9</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.

corporais graves em 40% dos casos (chutes, socos, queimaduras, estupros, espancamentos e estrangulamentos) (BRASIL, 2011).

Tais dados ratificam o entendimento de que a violência de gênero é um problema de saúde pública sério, como demonstra o estudo sobre femicídio no Brasil (homicídios femininos) realizado a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Esse estudo revelou que entre 2003 e 2007, aproximadamente 20 mil mulheres morreram por agressão no Brasil, sendo os estados com maior número desses homicídios o Espírito Santo, Pernambuco, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rondônia, Alagoas, Mato Grosso do Sul, Roraima e Amapá. O estudo revelou que entre os 20 mil óbitos femininos por agressão, a maioria das mulheres era jovem, solteira e de baixa escolaridade, sendo que 50,7% delas eram mulheres pretas e pardas; um terço dos óbitos ocorridos no domicílio das vítimas, 20% delas ocorreram entre crianças e adolescentes. O estudo ressalta para a extensão dos assassinatos femininos que são geralmente subestimados, e evidencia a importância do uso da categoria gênero nessas análises, “como forma de desnaturalizar as mortes violentas, [...] de entender a hierarquização de gênero presente na sociedade como um dos fatores que expõe as mulheres a toda sorte de vulnerabilidades” (MENEZES; HIRAKATA, 2011, p. 573).

Com relação à violência sexual contra crianças e adolescentes, estudos internacionais revelam que, entre as meninas, os índices de abuso sexual são de 1,5 a 3 vezes superiores aos de meninos (KRUG *et.al.*, 2000). Nesse tipo de violência podemos constatar também a violência geracional, em que a violência é praticada por pessoas mais velhas, geralmente homens, como no estudo de Aded; Dalcin e Cavalcanti (2007), realizado com 44 laudos de casos suspeitos de abuso sexual no Instituto Médico-legal do Rio de Janeiro, em 2000. Em 55 % dos casos havia vínculo do agressor com a vítima, sendo 16, 13% por pais, padrastos ou responsáveis e 28,23% por parentes (tios, avós, primos) ou conhecidos. Constataram uma incidência de 81,45% de casos nas idades de 0 (zero) e 14 anos, indicando que a maior parte da violência sexual é cometida em idades que oferecem menor resistência das vítimas. Os casos contra meninos de 0 (zero) a 14 anos apareceram em maior número do que os citados na literatura, contudo, não havia nenhum na faixa dos 14 aos 17 anos de idade, ou por serem mais fortes, oferecendo resistência aos ataques, ou por terem vergonha de denunciar os casos.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG *et.al.*, 2000) aponta a dificuldade de se conceber o que são práticas abusivas ou negligentes com relação às crianças e aos adolescentes, pelas diferentes normas adotadas nas diferentes culturas do que seja uma prática parental aceitável em relação à criação dos filhos. Entretanto, parece haver um consenso geral entre as culturas de que o abuso infantil não deve ser permitido, assim como práticas disciplinares extremamente rígidas e o abuso sexual devem ser motivos de preocupação. Esse relatório aponta que na maioria dos países “as meninas são as que mais correm risco de infanticídio, abuso sexual, negligência educacional e nutricional e, prostituição forçada” (KRUG *et.al.*, 2000, p. 66).

Podemos então concluir que existe uma multicausalidade determinante da violência sexual, demandando ações principalmente preventivas de combate a este tipo de violência, que dizem

respeito também ao setor da saúde. Nesse sentido, indagamos se os discursos dos profissionais da saúde levam em consideração tais determinações que estão nas causas da violência sexual contra crianças e adolescentes. Indagamos também quais concepções são norteadoras para esses profissionais com relação à violência sexual infanto-juvenil. Com esse intuito buscaremos refletir qual entendimento, ou conceituação tem se firmado sobre a violência sexual praticada contra crianças e adolescentes nas últimas décadas.

## 1.2 Concepções de violência sexual contra crianças e adolescentes

Em 1998, em uma oficina promovida pelo Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes – CECRIA, pesquisadores e profissionais se reuniram em Brasília, para tentar uma conceituação mais precisa sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, dada a falta de precisão e clareza acerca do tema nos anos 90 (LEAL; CÉSAR, 1998). Essa imprecisão terminológica foi objeto de pesquisas realizadas por Eva Faleiros e pelo CECRIA<sup>10</sup> (CECRIA, 2000). O resultado apontou que muitos termos eram usados de forma incorreta como sinônimos para conceituar a violência sexual contra crianças e adolescentes. Referindo-se ao abuso sexual eram usados termos como violência sexual, vitimização sexual e exploração sexual. A violência sexual intrafamiliar era referida tanto como abuso sexual doméstico, incesto ou abuso sexual incestuoso. E os termos prostituição infanto-juvenil e abuso sexual designavam o uso de menores de 18 anos com fins lucrativos. Citava-se ainda que a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) designava situações de abuso sexual intra e extrafamiliar como sinônimos de exploração sexual (FALEIROS, 2000). Tal confusão conceitual revelava não apenas uma imprecisão ou inadequação da terminologia, mas também “a falta de uma rigorosa e clara conceituação da problemática” (FALEIROS, 2000, p. 4) *da violência sexual*, devido à recente conscientização e necessidade de enfrentamento da questão nos anos 90 do século 20.

Passadas duas décadas, muitos estudos e pesquisas ampliaram a compreensão da questão, dando subsídios para implementação de políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes por ser uma das formas de violência, existente no país, especialmente com relação às crianças e adolescentes e suas famílias.

Na análise das situações concretas de casos de violência sexual há o entendimento de que várias formas de violência se entrecruzam, se somam ou se sobrepõem, como a violência física, a psicológica, a estrutural e a institucional.

O “Caderno de Formação” (AMAS, 2007) é uma “cartilha” proposta para dar subsídios na formação de multiplicadores que trabalham com a questão da violência sexual contra crianças e adolescentes. Por esse manual, a violência sexual praticada contra crianças e adolescentes é dividida

---

<sup>10</sup> Disponível em: <http://www.cecria.org.br>. Acesso em: 20 de maio de 2012.

em duas categorias: Abuso sexual (intrafamiliar ou extrafamiliar, com ou sem contato físico) e Exploração Sexual comercial – ESCCA (AMAS, 2007, p.13). Essa divisão tem sido uma das mais usadas na literatura consultada (HABIGZANG *et. al.*, 2005; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009; UNICEF, 2011). Localizamos também em outros estudos apenas o termo Abuso sexual (SBP, 2001, BENETTI, 2002; SANDERSON, 2005; WILLIANS; ARAÚJO, 2009) e o termo vitimização sexual (AZEVEDO, 1988).

Buscando compreender a terminologia usada para violência sexual, recorreremos à distinção feita por Faleiros entre *violência sexual; abuso sexual e maus tratos*, entendendo-os como sendo *epistemologicamente distintos e não sinônimos* (FALEIROS, 2000, p. 10, grifos nossos). Esses autores consideram o termo violência como “a *categoria explicativa* da vitimização sexual: [refere-se] à *natureza da relação* (poder) quando do abuso sexual” (FALEIROS, 2000, p.10). A violência implica em uma *relação de poder, autoritária*, na qual há uma desigualdade de forças/poderes em termos de “autoridade, conhecimento, experiência, maturidade, recursos e estratégias” (FALEIROS, 2000, p. 8). Esse entendimento é partilhado por Melo (2010) ao apontar que a situação de violência retira a condição de sujeito da pessoa e a coloca como objeto. Essa autora define violência como

[...] qualquer situação em que o ator social perde esse reconhecimento, mediante o uso do poder, da força física ou de qualquer outro meio de coerção, sendo então rebaixado da condição de sujeito à condição de objeto. Ora, colonização do mundo da vida nada mais e do que a perda generalizada dessa condição: e, portanto, violência por si própria, que gera mais violência, que, por sua vez, substitui mais ainda processos comunicativos de coordenação da ação (MELO, 2010, p. 13).

O termo abuso refere-se a uma “*situação de uso excessivo, de ultrapassagem de limites* dos direitos humanos, legais, de poder, de papéis, de regras sociais e familiares e de tabus, do nível de desenvolvimento da vítima” (FALEIROS, 2000, p. 8), que determina sua compreensão dos fatos, sua possibilidade de consentimento e de tomar atitudes. Por último, “*maus tratos é a descrição empírica* do abuso sexual; refere-se a *danos*, ao que é *feito/praticado/infringido* e *sofrido* pelo vitimizado” (FALEIROS, 2000, p. 8). Faleiros (2000, p. 11) conclui que não se justifica teoricamente denominar apenas a violência intra ou extrafamiliar como *abuso sexual*, uma vez que “*todas as formas* de violência sexual contra crianças e adolescentes são *abusivas e violentas*, incluindo as de caráter comercial”. Apesar dessas ponderações feitas, a terminologia corrente subdivide a violência sexual em abuso sexual e exploração sexual comercial (BRASIL, 2007; CFP, 2009, UNICEF, 2011), como se na exploração sexual comercial não houvesse abuso/ultrapassagem dos direitos também. Por essa razão parece-nos mais adequada a conceituação já citada, feita pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 29) que explicita apenas as formas pelas quais esse tipo de violência pode ocorrer, sem subdivisões.

Sejam quais forem às classificações e/ou terminologias usadas, a violência sexual contra crianças e adolescentes tem como pontos chave para sua definição:

- Um ato de natureza sexual homo ou heterossexual;

- Caracterizado pelo uso de poder/autoridade (coação ou sedução) de quem pratica o ato; constitui-se crime previsto no Título VI, da Parte Especial do Código Penal “Dos Crimes Contra a Dignidade Sexual” (Lei 12.015/2009) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990);
- Um ato de abuso, ultrapassagem dos direitos humanos, legais, das regras sociais e pessoais;
- Ser o alvo da ação uma criança (sujeitos até 12 anos para o ECA) ou adolescente (idade entre 12 a 18 anos – ECA), entendidos como sujeitos em estágio de desenvolvimento biopsicossexual menos evoluído em relação ao autor da ação;
- Provocando ou podendo vir a provocar danos emocionais, físicos e sociais (maus tratos) à vítima.

Levando em conta as considerações feitas neste estudo, utilizaremos a terminologia Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes para designar tanto as formas classificadas por Abuso Sexual quanto as classificadas como Exploração Sexual Comercial de crianças e adolescentes. O abuso sexual compreende práticas eróticas que não envolvem ganhos comerciais nem para o autor, nem para a vítima, como acontece na exploração comercial sexual. Esse tipo de violência compreende o envolvimento de uma criança ou adolescente, em algum *ato ou jogo sexual, que pode ser homo ou heterossexual, para satisfazer sexualmente o autor do ato que está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança e o adolescente*. É uma prática erótica *imposta* à criança ou ao adolescente por *ameaça, violência física ou indução de sua vontade* (BRASIL, 2011; UNICEF, 2011, grifos nossos).

A definição do que é “ser alguém em estágio psicosssexual mais adiantado do que a vítima”, sempre foi motivo de questionamento pela dificuldade de se delimitar uma idade específica a partir da qual o sujeito é considerado legalmente capaz de consentir livremente uma relação sexual. Como veremos mais a frente, a lei 12.015/99 (BRASIL, 2009) tenta resolver essa questão instuindo o crime “Estupro de Vulnerável” (art. 217 – A), impedindo que sejam relativizados os direitos humanos de crianças e adolescentes.

São várias as formas de ocorrência da violência sexual, podendo envolver ou não contato direto físico com a criança/adolescente através de relações sexuais ou atos libidinosos, mas sempre envolvem o corpo, como demonstrado no QUADRO 1.

QUADRO 1  
Formas ou tipos de violência sexual

---

Violência sexual contra Crianças e adolescentes	<p style="margin-left: 40px;">1-Abuso sexual (sem fins comerciais)</p> <p style="margin-left: 80px;">1.1 Intrafamiliar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sexual Incestuoso (Estupro)</li> </ul> <p style="margin-left: 80px;">1.2 Extrafamiliar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estupro</li> <li>• Assédio sexual</li> <li>•</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">2-Exploração Sexual Comercial (com fins comerciais)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situação de prostituição infanto-juvenil</li> <li>• Pornografia</li> <li>• Turismo sexual</li> <li>• Tráfico de pessoas</li> </ul>
---	---

---

Fonte: Quadro feito pela pesquisadora.

Atualmente o Código Penal, lei 12.015/2009 (BRASIL, 2009), considera como *estupro* tanto o coito propriamente dito quanto outras práticas eróticas impostas a alguém, de qualquer gênero e sexo, através do uso de violência ou grave ameaça. A ameaça pode ser feita diretamente à vítima ou acontecer de forma indireta, ameaçando-se a família da vítima, por exemplo. As práticas eróticas que envolvem o contato direto com o corpo podem ser apalpadelas/toques/carícias nos genitais, mamas, ânus ou membros inferiores; sexo genital, oral, digital ou anal (nesses casos há penetração) (AZEVEDO; GUERRA, 1988, FERRARI; VECINA, 2002); sexo *interfemora* (entre coxas); masturbação da vítima pelo agressor ou autopracada pela própria vítima a mando do agressor (GRECO, 2010; RAMOS, 2009).

Como práticas que não envolvem penetração ou toque, mas envolvem o corpo da criança/adolescente podemos citar: conversas pessoais, por telefone ou pela internet com a criança ou o adolescente, que versam abertamente sobre atividades sexuais com intuito de estimular ou chocar. Apresentar imagens de cunho pornográfico à vítima para obter satisfação erótica; mostrar os órgãos genitais à vítima, ou masturbar-se para ela ou perto de seu campo de visão. O abusador pode ainda se excitar vendo crianças e adolescentes em atividades sexuais ou íntimas como no banho, ao se vestir,

etc., sem que a pessoa observada se aperceba de o sê-lo (FERRARI; VECINA, 2002; KOLLER; DE ANTONI, 2004; AMAS, 2007).

Considera-se também como crime de assédio sexual as propostas de relações sexuais ou atitudes erotizadas intimidadoras por alguém hierarquicamente superior no cargo, na função que exerce ou no emprego vinculado ao adolescente, a exemplo das relações entre professor-aluno; chefe-subalterno; patrão-empregado; médico-paciente; psicólogo-paciente e outras (BRASIL, 2009; GRECO, 2010).

A violência sexual pode ainda ser classificada conforme o *contexto* onde ocorre: intrafamiliar ou extrafamiliar. Por *violência sexual intrafamiliar* (também chamada de abuso sexual intrafamiliar, familiar ou incesto) entende-se aquele envolvendo a criança ou adolescente com um membro imediato da família, como pai/mãe, padrasto/madrasta, irmão/irmã, tio/tia, avô/avó, ou outro membro por afinidade e afetividade (FALEIROS, 2000; SILVA, 2002; HABIGZANG, 2005).

Tal definição se baseia no entendimento de família contido no artigo 25 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei 8.069/1999), definindo por família natural “a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes”. E por família extensa ou ampliada “aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade” (BRASIL, 1999). São, então, consideradas *relações incestuosas* aquelas que mesmo sem laços de consanguinidade, envolvam uma criança e um adulto responsável como tutor, cuidador, madrastas, padrastos, tutores, meio irmãos, e até namorados ou companheiros que morem junto com o pai ou a mãe, caso eles assumam a função de cuidadores.

A literatura aponta que a maior parte da violência sexual contra crianças e adolescentes é praticada dentro do contexto familiar por pessoas muito próximas, que desempenham o papel de cuidadores, sendo denominada de abuso intrafamiliar ou incestuoso. Esse tipo tem uma dinâmica complexa, mantendo-se em segredo na maioria dos casos por mais de um ano, através das ameaças e barganhas do abusador para com a vítima e seus familiares, acrescidos pelos sentimentos de culpa e vergonha da vítima e sua família. Além disso, a violência se inicia em tenra idade através de carícias sutis, tornando-se mais explícitas à medida que a criança cresce, envolvendo manipulação dos genitais e até relações sexuais orais e genitais na puberdade/ adolescência (FALEIROS; 2000; FERRARI; VECINA, 2002). É comum haver outros tipos de violência dentro do contexto familiar, como negligência ou abandono, agressões físicas e psicológicas associadas à violência familiar (DE ANTONI, *et al.*, 2011).

Já a *violência sexual extrafamiliar* (ou abuso sexual extrafamiliar) está relacionada a pessoas que não possuem vínculos de parentesco com a vítima e sua família (Faleiros & Campos, 2000). Como exemplo, temos um estudo com dados do Conselho Tutelar e Programa Sentinela do Município de Itajaí – SC, no qual 38% dos casos investigados eram de abuso extrafamiliar, sendo que 4,7% dos abusadores eram desconhecidos da vítima e 10,6% eram conhecidos (MACHADO;

LUENEBERG; RÉGIS; NUNES, 2005). Outro estudo (MARTINS; JORGE, 2010), com casos registrados nos Conselhos Tutelares e programas de atendimento do município de Londrina-PR, em 2006, registrou 18,3% de abusos praticados por vizinhos e 15,1% por pessoas conhecidas (amigos da família, porteiros, vendedores, empregados da família). Como se observa, há uma incidência significativa de violência sexual praticada por pessoas próximas às famílias ou às vítimas, mais do que com pessoas desconhecidas. O abusador se vale dos laços afetivos, da confiança depositada nele pela intimidade com a família ou com a vítima.

A exploração sexual comercial infanto-juvenil é outra forma de violência sexual que ocorre em quatro (04) modalidades: a prostituição, o turismo sexual, a pornografia e o tráfico de pessoas para fins sexuais. Caracteriza-se pela relação de mercantilização e poder na utilização do corpo de crianças e adolescentes, seja para fins de exploração sexual ou de produção e comercialização de materiais pornográficos (filmes, fotos, revistas, livros, desenhos, arquivos de computador e veiculações na internet). São considerados exploradores os aliciadores que induzem ou obrigam a criança ou o(a) adolescente a tais atos, como também os intermediários e os clientes que pagam pelo serviço. É considerada exploração sexual comercial mesmo havendo a existência de uma relação afetiva entre as vítimas e o agenciador (LIBÓRIO; SOUZA, 2007; AMAS, 2007). É um fenômeno de âmbito internacional que vem mobilizando os países e governos em seu combate. Esse tipo de crime está previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90, e na nova Lei 12.015/2009 do Código Penal que incluiu os crimes cometidos através da internet, resultante da mudança tecnológica da sociedade. Estabelece também que o aliciamento de menores de 18 anos, mesmo com desejo ou “consentimento” deles, se constitui crime. (GRECO, 2009).

Tal alteração implica no uso atual do termo “crianças/adolescentes em situação de prostituição” no lugar de “prostituição infanto-juvenil” (LIBÓRIO, 2005), indicando uma mudança na concepção que envolve um “*ideal* de família, de criança e de adolescência”, advindas da pedagogia médica higienista (final séc. XIX) e que foram incorporadas pelos saberes da Psicologia e do Direito (COSTA, 1989), naturalizando a tendência delinquencial (transgressões em geral incluindo as sexuais) atribuída às crianças, e principalmente aos jovens e adolescentes, “em situação irregular”, provindos de lares pobres e sem um dos progenitores. O entendimento da condição de crianças e adolescentes como sujeitos de direito na atualidade, os coloca como “vitimizados” na exploração sexual, por ser esta resultante de outras formas de violência, principalmente a estrutural, ao gerar desigualdade social e conseqüente enfraquecimento dos vínculos familiares (FALEIROS, 1999; LEAL, 2007). Tal panorama diminui em muito (mas *não* anula) a margem de escolha/opção de um(a) criança/adolescente que se prostitui, fazendo-a transitar entre duas posições complementares, a de um(a) criança/adolescente “prostituída e a de vitimizada”, que ainda pode reelaborar seu projeto de vida por mais difícil que seja (LIBÓRIO, 2005, p. 419).

Com relação ao Tráfico para fins de exploração sexual de crianças e adolescentes são práticas que envolvem atividades de aliciamento, rapto, intercâmbio e transferência de crianças e

adolescentes de forma mascarada ou com falsas promessas, forçando a entrada delas no mercado de exploração sexual comercial internacional e nacional. Está tipificado como crime pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) no Código Penal (CP) brasileiro pela Lei 12.015/2009, após um clamor social de muitos anos para mudança do art. 231 do CP que previa apenas o “tráfico de mulheres para fins de prostituição”. Na nova redação da Lei, as crianças e adolescentes, e pessoas adultas de qualquer gênero, estão protegidas. O mesmo vale para o crime de “turismo sexual” nacional ou internacional (BRASIL, 2009; LEAL, 2009; AMAS, 2009).

Entendemos ser de suma importância para os profissionais que trabalham, principalmente, com crianças e adolescentes, ter clareza do exposto, no que se refere à conceituação da violência sexual contra crianças e adolescentes (suas formas, implicações) dada a complexidade e amplitude do conceito, uma vez que há, por lei, a obrigatoriedade de notificação quando há suspeita ou confirmação desses casos. Detectar precocemente tais casos, que são em sua maioria envoltos pelo medo, pela vergonha, pela confusão de sentimentos que geram, é diminuir a possibilidade das graves consequências que tais crimes promovem.

### 1.3 Consequências da violência sexual infanto-juvenil

Para a Organização Mundial de Saúde, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG *et. al.*, 2002), as consequências da violência sexual estão relacionadas à saúde reprodutiva, mental e ao bem estar social. Enfatiza que nem sempre a força física é utilizada, e que nem sempre lesões físicas são produzidas pela violência sexual ou resultam em morte. Dentro das consequências na saúde reprodutiva são citadas a gravidez resultante de estupro e complicações ginecológicas resultantes de relações sexuais forçadas, como “sangramento, infecção vaginal, tumores fibróides, diminuição do apetite sexual, irritação genital, dor durante a relação sexual, dor pélvica crônica e infecções do trato urinário” (KRUG *et. al.*, 2002, p. 160). Infecções por HIV<sup>11</sup> e outras doenças sexualmente transmissíveis são citadas como resultantes de casos de estupro ou como resultante do aliciamento do tráfico de mulheres. Com relação a problemas de saúde mental e de comportamento na adolescência e na fase adulta, o relatório cita estudo populacional indicando ocorrência de sintomas psiquiátricos ou sinais indicativos destes em 33% das mulheres com histórico de abuso sexual, estando essas mulheres sob risco de desenvolverem depressão ou estresse pós-traumático, dificuldade para dormir, queixas somáticas, comportamento agressivo, roubo e vadiagem; pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio também são associados a mulheres estupradas ou agredidas sexualmente (KRUG *et. al.*, 2002, p. 161). O mesmo relatório cita que a reação aos atos de estupro, pela família ou comunidade, está relacionada às ideias sobre a sexualidade e a condição da

<sup>11</sup> HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência adquirida (*human immunodeficiency virus*) responsável pela AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), que ataca o sistema imunológico diminuindo a capacidade do organismo de se defender de doenças. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>. site do Ministério da Saúde. Acesso em: 20/05/12.

mulher numa determinada cultura. As “soluções” vão desde obrigar o casamento com o estupro, por algumas leis de alguns países desculpabilizarem o autor pelo crime com o casamento; pedir indenizações por “danos”; colocar a mulher fora de casa ou assassiná-la para recuperar a honra (KRUG *et. al.*, 2002, p. 161).

Outro estudo revisando publicações sobre a violência no Brasil, a partir dos anos 80 do século 20 até 2007, realizado pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (REICHENHEIM *et. al.*, 2011) reforça que a violência na infância vem trazer manifestações para saúde em diferentes aspectos do crescimento e desenvolvimento, podendo se estender para a vida adulta. Tais estudos mostraram associação entre abuso infantil e transtornos psiquiátricos em geral; uso de drogas, depressão e baixa-estima na adolescência; transtornos de conduta; transtorno do estresse pós-traumático e condutas transgressoras na vida adulta (REICHENHEIM *et. al.*, 2011, p. 80).

Rouyer (1997) aponta que dentre os sintomas apresentados por crianças que sofreram violência sexual estavam as manifestações psicossomáticas e desordens do comportamento manifestas por pesadelos, medos, angústias; anomalias do comportamento sexual como comportamento de sedução, pedido de estimulação sexual, conhecimento da sexualidade mais avançado em relação à idade da criança; tentativas de suicídio e estados depressivos. O autor através desses estudos conclui que as reações à violência sexual podem ser tardias e se manifestam em distúrbios da sexualidade e parentalidade (ROUYER, 1997, p. 63). As reações mais imediatas da criança podem ser sinais clínicos de uma possível agressão sexual sem que ainda a criança tenha confirmado a agressão, conforme Rouyer (1997). “A criança pode reagir com um estado de estresse que se revela pela agitação ou pelo choque e recuo, uma anestesia afetiva seguida de terror, regressões e manifestações psicossomáticas” (ROUYER, 1997, p. 66), fazendo que a criança venha a contar o ocorrido só quando sentir confiança. Essa situação é diferente das violências sexuais que deixam evidências físicas (lesões nos genitais, marcas de espancamento, ferimentos, etc.) e por isso são prestados socorros imediatos à criança, fazendo com que a atenção e o cuidado recebido amenize o trauma, sem contudo eliminá-lo, o que justifica um tratamento psicológico por um tempo. Contudo, os adultos não o fazem quando se trata de crianças pequenas vitimizadas, por achar que “elas tudo esquecerão” (ROUYER, 1997, p. 66).

Nos casos de incesto, por este ocorrer ao longo do tempo, iniciando com carícias sutis em tenra idade, entendidas pela criança como brincadeiras secretas entre o adulto e a criança, com o passar do tempo vão se tornando mais erotizadas, passando a criança a ter consciência, explicando o aparecimento de sintomas diversos ao longo do tempo. As queixas somáticas habituais aparecem como mal-estar difuso, impressão de alteração física, persistência das sensações que lhe foram impingidas, dores nos ossos. O aparecimento de encoprese e enurese acomete mais crianças pequenas que sofreram penetração anal. Dores abdominais agudas sem causa orgânica são observadas em todas as idades, mas na adolescência se tornam mais comuns, além de tentativas de suicídio e fugas. Falta de ar, interrupção da menstruação, desmaios, náuseas, vômitos, anorexia ou bulimia são outros sintomas

encontrados. O desenvolvimento da anorexia e da bulimia, para Rouyer (1997, p. 67), pode ser compreendido como fenômeno de rejeição e de compensação transitório que, posteriormente, assumirá outro significado: “a recusa da feminilidade e a destruição do corpo”. A reapropriação do corpo profanado pela violência sexual, que se tornou repugnante, pode levar a rituais como se lavar em demasia ou se coçar até sangrar. Necessidade de alguém dormir junto, dificuldade de dormir, pesadelos; colocar objetos perto da cama para proteção, pode ocorrer pelo receio de repetição da violência. Queda no rendimento escolar por um bloqueio intelectual, desinteresse pelos estudos, comportamento agitado ou muito introvertido, podem ser outros sintomas apresentados.

Com relação a alterações da sexualidade, na criança pequena pode-se observar comportamentos exibicionistas ou voyerismo exacerbados ou agressão sexual contra outras crianças, que podem ser entendidos como tentativas da criança elaborar o trauma sofrido. Agressão sexual contra crianças e o receio de se tornar homossexual foram observados em adolescentes masculinos; entre as meninas pode haver o receio de se tornar frígida, ou comportarem-se de forma a repetir o que sofreram através de comportamentos sedutores, provocativos, por exemplo. A ninfomania e a prostituição, associadas ao uso de drogas psicotrópicas e delinquência podem ser sintomas mais graves expressos pelos chamados “adolescentes difíceis”.

Um aspecto que deve ser levado em consideração pela possibilidade de múltiplos desdobramentos são os casos de gravidez por estupro ou incesto. Atualmente a lei brasileira (art. 128, II do CP) permite o aborto legal em casos de estupro, contudo tal possibilidade não exclui a vivência traumática de uma gravidez nessas condições. Além da violência sofrida, a mulher ou a adolescente terá que decidir entre ter o filho; doar, ou abortar, justificando o acompanhamento desses casos.

Ressaltamos que o desenvolvimento de sintomas pela criança ou adolescente é “simbolicamente a concretização, ao nível do corpo e do comportamento, daquilo que a criança [e o adolescente] sofreu e do que fantasmou. [...]. O corpo é sentido como profanado, há perda da integridade física; sensações novas foram despertadas, mas não integradas” (ROUYER, 1997, p. 67) gerando angústia.

#### **1.4 Considerações acerca da vitimização sexual na adolescência e a incidência da violência sexual infanto-juvenil na sociedade brasileira**

A questão da violência sexual contra adolescentes merece algumas considerações pelas particularidades desses sujeitos. O exercício da sexualidade na adolescência, a partir da metade do século XX, é diferente da época de Freud (1972), na qual imperava um interdito da sexualidade. Em nosso tempo se faz a partir de um imperativo do gozo decorrente da mudança social. “Não estamos mais no tempo do interdito da sexualidade do adolescente. Há muito mais uma ordem para viver a sexualidade [...] (RASSIAL, 1999, p.28). Nessa mudança houve uma associação entre juventude e consumo que incitou o crescimento de uma cultura adolescente altamente hedonista. Dessa forma, o

“adolescente das últimas décadas do século XX deixou de ser a criança grande, desajeitada e inibida, de pele ruim e hábitos antissociais, para se transformar no modelo de beleza, liberdade e sensualidade para todas as outras faixas etárias” (KEHL, 2007, p. 46-47). Esse modelo vai repercutir também na vivência da sexualidade; traduzida nas palavras de Kehl (2007), estamos vivendo “a cultura da sensualidade adolescente, da busca de prazeres e novas sensações, do desfrute do corpo, da liberdade” (KEHL, 2007). O ideal de juventude, partilhado também pelos adultos que deveriam servir de modelo identificatório para os adolescentes e crianças, mas não o fazem porque para isto teriam que assumir um “não ser mais jovem”, traz consigo o desamparo vivenciado pelos adolescentes e crianças na atualidade.

Relacionando tais considerações com a questão da violência sexual, retomamos a fala de Alvin (1997) ao se reportar aos adolescentes vítimas de abusos sexuais, dizendo que:

A adolescência, enquanto tal continua sendo considerada uma potencial fonte de perigos para a ordem familiar ou social. Os adolescentes, essas crianças com corpo sexuado de adulto, evocam menos ingenuidade e inocência que as crianças. Não só nos inspiram menos compaixão, mas muitas vezes lhes são emprestadas intenções ou maturidade que não possuem, particularmente nas situações em que a sexualidade está em jogo (ALVIN, 1997, p. 72).

Essa atribuição de uma maturidade generalizada a todos os sujeitos os quais chamamos de adolescentes em nossa sociedade, incluindo a sexual, e um conseqüente olhar com menor compaixão por parte dos adultos, não levaria a uma subestimação da possibilidade de ocorrência da violência sexual na adolescência? Ou ainda, de sua negação? Os achados de pesquisas (MACHADO *et. al.*, 2005; PELISOLI *et. al.*, 2010) parecem confirmar esta hipótese, ao indicarem que, em sua grande maioria, são as meninas de 0 a 14 anos de idade as principais vítimas de violência sexual; além do fato de que muitas delas só vieram a denunciar a vitimização, que vinham sofrendo desde tenra idade, na adolescência. Tal fato se deve por não haver, na maioria dos casos, credibilidade por parte dos adultos responsáveis por elas, e que se estendia (ou se estende ainda?) aos agentes do judiciário, quando no julgamento desses casos (HABIGZANG *et. al.*, 2005).

Essa falta de credibilidade não poderia advir do discurso circulante na sociedade atual de uma sexualidade adolescente marcada por um gozo ilimitado, diluindo as fronteiras entre o permitido e o não permitido na regulação da sexualidade? Estariam os adultos, incluindo os profissionais que estão relacionados com o cuidado do adolescente, negando a possibilidade de uma vitimização sexual dos adolescentes, por atribuírem culpa ao comportamento sexual liberal, sedutor, sensual destes da mesma forma que se fazia (e ainda se faz) com relação à figura feminina? Ou ainda, por a juventude ter se tornado o ideal perseguido em nossa sociedade por todas as idades, fazendo com que não cause mais tanto horror vermos adultos mais velhos em relacionamentos amorosos com jovens ou adolescentes, estariam os adultos “desconfortáveis” ou “sem medidas” para avaliar o que se constitui ou não uma violência sexual?

Um estudo sobre abuso sexual extrafamiliar, no qual foram entrevistadas mães de crianças abusadas, parece corroborar a hipótese acima. Esse estudo revelou que o discurso das mães apontava para três tendências de interpretação da violência sofrida por suas filhas: elas minimizaram ou banalizaram ou naturalizaram a violência sexual. Essas mães desconheciam que as situações de voyeurismo, exibicionismo ou toques eram consideradas violência sexual, por entenderem que esse tipo de violência só ocorreria se houvesse intercurso genital. Elas não demonstraram preocupação com a gravidade e as consequências da violência e apresentavam um discurso de culpabilização da menina/vítima referindo-se às filhas como fracas ou incontroláveis (DE ANTONI *et. al.*, 2011).

Conforme Alvin (1997, p. 73), muitas adolescentes são entendidas como “fabuladoras” ou “mitômanas”, por fazerem acusações infundadas de agressão sexual contra esta ou aquela pessoa, e às vezes contra o próprio pai. Essas adolescentes “mitômanas” supostamente se diferenciariam das “verdadeiras” vítimas, tidas como aquelas que mantêm em segredo a violência, por não pararem “de contar sua história para quem quiser ouvir”. A autora alerta que, além de serem raros esses casos, esse tipo de comportamento deve merecer atenção por indicar a possibilidade de ser a repercussão ou sequela posterior a uma violência sexual, que a mera objeção só faz agravar, como nos casos de retratação das vítimas de violência. Principalmente nos casos de violência sexual intrafamiliar (abuso sexual incestuoso ou estupro por parentes), subestima-se a ambivalência e a culpa da vítima e possíveis pressões familiares no momento da revelação do abuso, gerando na maior parte dos casos uma retratação *a posteriori* feita pela criança ou adolescente, para manter a coesão familiar, ou pelo receio de perder o amor dos pais, inclusive do abusador.

Alvin (1997) ressalta que é importante distinguir, no caso de adolescentes, entre uma agressão sexual extrafamiliar e uma incestuosa, por demandarem atendimentos diferenciados. As agressões extrafamiliares, segundo a autora, na maioria dos casos têm seu atendimento feito pelo pronto-atendimento de um hospital (na França), logo após o evento traumático, denominadas emergências médico-legais. Mas essas são a ponta do *iceberg*, pois em outros atendimentos feitos por outros motivos evidenciava-se na anamnese histórias de agressões sexuais mais antigas ocorridas. Por isso, a autora enfatiza a importância de se adotar uma definição mais ampla de abusos sexuais em relação a crianças e a adolescentes, porque apesar de ser mais frequente cenas de exibicionismo ou atentados ao pudor que não são divulgados de imediato, não são isentos de consequências dolorosas. O mesmo pode acontecer em uma consulta médica demandada por outros motivos de saúde, que a princípio não possuem aparente ligação com casos de incesto, ou não se referem a um incesto atual “ativo” naquele momento; pode-se perceber que existe uma relação com o fato, como uma repercussão ou sequela a curto, médio ou longo prazo. (ALVIN, 1997, p. 75).

Quanto aos casos de relações incestuosas, segundo a mesma autora, a maioria não está mais acontecendo na época do atendimento médico, por ter sido guardada em segredo durante muitos anos. Contudo, a autora relata que escapam à percepção dos profissionais “os ‘climas’ incestuosos, sem uma verdadeira passagem ao ato e com tendência a perdurar, sem um motivo ‘legal’ para

prestação de queixa” (ALVIN, 1997, p. 79). Verifica-se que quase todas as meninas tinham histórico antigo de problemas de comportamento leves ou graves, e que as famílias em sua maioria eram disfuncionais de acordo com Alvin (1997), com aparência “amorosa”, apesar de confusa, na qual evoluía o incesto. Sintomas como tentativas de suicídio, estados depressivos sérios, passagens ao ato e distúrbio do comportamento alimentar, como a anorexia, são frequentes. Os “climas” incestuosos são relatados como “solicitações pelo pai (ou seu equivalente) de conotação sexual envolvendo sedução, vulgaridade, exibicionismo, controle da vida privada e genital, etc..” (ALVIN, 1997, p. 80), tal situação, para ser revelada, demanda o estabelecimento de confiança da adolescente na pessoa que a escuta.

De acordo então com tais observações derivadas de experiências dos profissionais que atendem casos de violência sexual, podemos verificar o quão difícil é detectar tais casos, que pode nos fazer ter uma impressão errônea de que são raros. Nesse sentido o Relatório Mundial da Saúde, publicado pela Organização Mundial da Saúde e outros estudos brasileiros, apontam para uma subnotificação da violência sexual contra crianças e adolescentes (KRUG *et al.*, 2001; FALEIROS, 2000). Uma estimativa da dimensão do problema em nível nacional pode ser verificada pelos dados do programa Disque Denúncia Nacional (Disque 100), mantido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Por esse programa temos o número de denúncias feitas pela população de forma anônima, mas não o índice de confirmação dessas, que se daria através do cruzamento com dados de outras instâncias (Conselhos Tutelares, Polícia, Jurídico, Medicina Legal, entre elas) responsáveis pela apuração dos casos. Dados do Disque 100, referentes ao ano de 2006, indicam que de maio de 2003 até maio de 2006, tivemos no Brasil mais de 17.000 denúncias. Dessas, aproximadamente 5.000 eram de abuso sexual e 4.000 de exploração sexual comercial. Das denúncias recebidas pelo serviço, conforme o documento, 28,7% correspondem a abuso sexual; 27% referem-se à exploração sexual comercial e 45 % são denúncias de outras formas de violência contra crianças e adolescentes. As vítimas são 62% do sexo feminino em todos os tipos de violência. Aponta ainda o programa que do total de denúncias, 53% dos suspeitos são os próprios pais das vítimas e que 40% das denúncias ocorreram na própria casa da vítima. A Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH constata que vem aumentando as denúncias em todos estados brasileiros e que são relevantes os números de tais denúncias. Minas Gerais ocupava a 18ª posição no rankink de denúncias do país, levando-se em conta a proporção de número de denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes por cada grupo de 100 mil habitantes (BRASIL, 2006).

No período compreendido entre 2003 e março de 2011, o mesmo programa Disque 100 registrou que 8 em cada 10 vítimas de violência sexual eram meninas. De janeiro a março de 2011, o Disque 100 registrou 4.205 denúncias de violência sexual. O Nordeste é a região de onde vieram a maior parte das denúncias (37%). Em seguida vem o Sudeste (35%), o Sul (12%), o Norte e o Centro-

Oeste (8% cada um) (AGENCIA BRASIL, 2011)<sup>12</sup>. Esses dados mostram um aumento crescente no número de denúncias no país, refletindo uma sensibilização da população quanto ao fenômeno da violência sexual. Contudo, tais crimes geralmente estão cercados por preconceitos, tabus e pelo silêncio e, portanto, muitas vezes sequer são denunciados; acrescentemos o descaso político ainda existente. Por isto há dificuldade de se conhecer e de se dimensionar o problema, principalmente os casos de abuso sexual.

Tal fato sustenta-se por matéria publicada pelo *site* “Boletim On-line da Agência Brasil” do Governo de Minas Gerais, em 2009, afirmando que “ainda não se tem dados suficientes sobre quantas crianças são abusadas ou expostas à exploração sexual no país, tão pouco quantas delas conseguem sair dessa situação” (BOLETIM ON-LINE AGÊNCIA BRASIL, 2009).

Corroborando esse dado, o Portal da Criança e do Adolescente, *site* em parceria com o Conselho Nacional dos direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e com a Rede ANDI Brasil, veiculou notícia em 17 de maio de 2011, intitulada “18 de maio: combate ainda é frágil em Minas Gerais”. Nele, a promotora de justiça e coordenadora do Fórum Interinstitucional de Enfrentamento à Violência Doméstica, Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes (FEVCAMG), Andréa Carelli, afirma que apesar de existir a 8 anos, não houve monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Enfrentamento à Violência contra crianças e Adolescentes de Minas Gerais. Declara ainda que “é um público que o governo não parece muito comprometido em proteger” (Portal da Criança e do Adolescente, maio de 2011).

Pesquisas locais realizadas no país nos ajudam a compreender a complexidade e a dinâmica do fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes, como no estudo desenvolvido por Pelisoli *et. al.* (2010) sobre os atendimentos realizados entre os anos de 2002 a 2006, em um centro de referência em acolhimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no estado do Rio Grande do Sul. Foram acolhidos 4.294 casos de violência sexual ou suspeita, com média de 858 acolhimentos anuais. Predominantemente as meninas foram as vitimizadas (75%) com idades entre 5 e 12 anos, e foram encaminhadas por diferentes serviços, predominando os dos conselhos Tutelares, delegacias de polícia junto ao departamento médico-legal. Prevaleram os casos de violência sexual (82,5%) sobre as outras formas de maus-tratos, sendo que 59,3% dos casos de violência sexual foram classificados como abuso intrafamiliar. Constataram-se dificuldades com relação aos serviços e profissionais que neles atuam como a falta de articulação, de informação e qualificação dos profissionais e insuficiência de serviços.

Outro estudo de Machado *et. al.* (2005) buscou caracterizar os casos de abuso sexual, notificados no Conselho Tutelar e no Programa Sentinela, do município de Itajaí – SC, analisando 340 documentos referentes ao período de 1999 a 2003, constatou-se que a maioria dos casos era de meninas (84,4%); 15% foram contra meninos. A idade das crianças/adolescentes variou de 7 a 10 anos

---

<sup>12</sup> Agência Brasil é uma agência de notícias brasileira da Empresa Brasil de Comunicação, mantida pelo governo brasileiro. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br>. Acesso em: 20/05/12.

em sua maioria, seguidas pelas de 11 a 14 anos. 39,4% dos abusos foram intrafamiliares, dentro da casa das vítimas, sendo o pai o autor dos atos libidinosos por várias vezes. Outros 38% foram de violência extrafamiliar. Dos casos em que havia informação de renda, esta se concentrou na faixa de 1 a 2 salários mínimos.

Habigzang, *et. al.* (2005) desenvolveram um estudo para medir fatores de risco do abuso sexual intrafamiliar, através de processos jurídicos do Rio Grande do Sul, entre 1992 e 1998. Além das meninas serem as maiores vítimas do abuso intrafamiliar, na faixa dos 5 a 10 anos, verificou-se que a revelação de grande parte dos casos aconteceu quando as vítimas eram adolescentes, confirmando a literatura (AZEVEDO, 1988; SAFFIOTI, 1996) de que tais casos são mantidos em segredo durante muitos anos, começando em tenra idade a situação abusiva, em sua maioria por homens que tinham essas meninas sob seus cuidados ou mantinham uma relação de confiança com elas pela proximidade.

O estudo destaca ainda como fatores de risco famílias com padrastos, em situação de desemprego e com dificuldades econômicas, o abuso de álcool e outras drogas, mães ausentes ou passivas e pais sem ocupação que passavam longos períodos de tempo cuidando dos filhos. A presença de outras formas de violência como abusos físicos, psicológicos e negligência foram também encontradas nessas famílias; assim como a violência física conjugal. O estudo conclui indicando ainda a necessidade de capacitação de profissionais para identificar e diagnosticar os casos de violência sexual, assim como para intervenções preventivas e terapêuticas voltadas para as vítimas e suas famílias.

Os resultados compilados por nós na TABELA 2 referem-se a atendimentos feitos às vítimas e familiares de violência sexual no Programa Sentinela em dois municípios do Rio de Janeiro nos anos 2002, 2003, 2004 e 2005. Apresenta como dados convergentes com os estudos sobre violência sexual contra crianças e adolescentes a presença maciça da vitimização do sexo feminino (71,25%); maior número de vítimas na faixa etária compreendida entre a infância e a adolescência intermediária (0 a 14 anos) com total de 89,25% dos casos, destacando um predomínio entre 7 e 14 anos (53,5%).

Os agressores, em sua maioria (73,3%), tinham vínculo familiar com as vítimas, figurando o pai em 35,5 % dos casos, seguido pelo padrasto (20%) e tios (7,87%). Dentro da rede de proteção, o Conselho Tutelar foi o órgão com maior número de encaminhamentos (65,7%), seguido por outros órgãos que incluem Ministério Público, Escolas e Postos de Saúde (28,7%).

Pela própria família das vítimas foram encaminhados ao serviço apenas 3,6% dos casos, confirmando a presença do sigilo familiar na violência sexual contra crianças e adolescentes. Já as Delegacias de Polícia, que deveriam ser uma das portas de entradas de queixas, encaminharam apenas 4,3% dos casos. Podemos aventar muitas hipóteses para tais números, contudo o que fica evidente é a credibilidade que os Conselhos Tutelares vêm adquirindo frente à sociedade. Além disso, outros órgãos como escolas e postos de saúde, além do Ministério Público, se evidenciam como significativas

portas de entrada para detecção e acolhimento da violência sexual cometida contra crianças e adolescentes.

Os dados da mesma pesquisa ainda mostram uma incidência de 92,25% para a violência sexual sem fins comerciais (que pode ser intra e extrafamiliar) e apenas 2,75% de exploração sexual comercial, indicando, possivelmente, uma lacuna na identificação e encaminhamento pelas instituições que deveriam proteger as crianças e adolescentes e refletindo a ausência de Políticas Públicas eficientes no combate da exploração sexual infanto-juvenil.

TABELA 1

Atendimentos feitos pela ABRAPIA às vítimas e familiares do Programa Sentinela no Rio de Janeiro - anos de 2002, 2003, 2004 e 2005.

		Ano 2002	Ano 2003	Ano 2004	Ano 2005	Média	
Total de casos atendidos (n <sup>o</sup> s brutos)		353	300	272	269	298,4	
Tipo de violência (porcentagem)	Abuso	90	95	96	100	92,25	
	Exploração	2	5	4	0	2,75	
Vítimas (porcentagem)	Masculino	26	27	24	38	28,75	
	feminino	74	73	76	62	71,25	
	0-6 anos	37	34	39	33	35,75	
	7- 14 anos	52	47	55	60	53,5	
	15-18 anos	11	7	6	7	7,75	
	Sem registro	0	12	0	0	3	
Agressor (porcentagem)	Sem vínculo familiar	14,5	40	19	25	24,6	
	Com vínculo familiar	85,5	60	77	71	73,3	
		Pai	33	27	48	34	35,5
		Padrasto	35	15	17	13	20
		Avô	10	3	0	0	3,25
		Tio	7,5	11	6	7	7,87
		Irmão	0	1	0	2	0,75
		Outros	0	3	6	9	4,5
		Mãe	0	0	0	6	1,5
Encaminhamentos (porcentagem)	Conselho Tutelar	61	71	84	47	65,7	
	Delegacias	7,5	0	0	10	4,3	
	Família	7,5	3	3	1	3,6	
	Outros (Ministério Público, Postos de saúde, escolas)	24	26	13	52	28,7	

Fonte: Observatório da Infância. Disponível em: <http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-98.pdf>. Acesso em 25 de fev. de 2012.

Uma pesquisa desenvolvida por Trabbold (2011), com 65 processos crimes dos anos 80 do século 20, da região Norte Mineira, levantou o perfil dos acusados e das crianças e adolescentes vitimizados nos crimes de estupro, sedução, corrupção de menores e favorecimento à prostituição. Os dados demonstraram que havia praticamente a mesma proporção entre os crimes de estupro (38,46%) e exploração sexual comercial (33, 85%); que as vítimas também eram em sua maioria do sexo

feminino (76,9%), citadas como “menor de idade”, ou na faixa dos 15 aos 17 anos de idade; solteiras, naturais de pequenas cidades da região norte mineira, com baixo nível de escolarização em sua maioria (ensino fundamental), exerciam profissão de doméstica ou apenas estudavam.

Diferente da literatura encontrada (HABIZANG *et.al.*, 2005), a maioria dos acusados (24,62%) era menor de 18 anos; 15,38% tinham entre 18 e 29 anos; 3,08% entre 30 a 39 anos e 3,08% acima de 40 anos de idade. Parte desse achado podia ser explicado por não constar a idade do acusado e outros dados em 61,54% dos processos<sup>13</sup>. Em sua maioria, eles exerciam profissões de pouca ou nenhuma qualificação como pintor, pedreiro, lavrador, operador de máquina, serviços gerais; a maioria deles era natural de pequenas cidades vizinhas da região. O grau de parentesco dos acusados com as vítimas não era indicado na maioria dos autos (89,23%). Quando aparecia, o pai figurava em 4,62% dos casos, e em 3,08% apareciam pessoas sem parentesco com as vítimas.

A naturalidade dos acusados (e vítimas), oriundos de pequenas cidades interioranas do Norte de Minas, confirmava a situação de exclusão social e consequente êxodo rural vigente na região. São cidades deficientes em infra-estrutura e com baixos níveis de qualidade de vida, com IDH14 de 0,54%, menor do que o IDH do Nordeste brasileiro, nos anos 80.

O estudo apontou também outras formas de violência associadas à violência sexual: o espancamento e força física em maior número, seguido por uso de armas de fogo ou armas brancas (facas, canivetes) e ameaça verbal. O uso de bebidas alcoólicas e drogas estiveram associados aos crimes de favorecimento à prostituição. O estudo conclui que a ausência de políticas públicas eficientes de proteção integral à criança e ao adolescente dos anos 80 do século 20, aliada ao alto índice de pobreza da região, caracterizada por uma sociedade de perfil patriarcal e machista, contribuíam como fatores de risco para os crimes de violência sexual contra crianças e adolescentes (TRABBOLD, 2011).

Outra pesquisa relevante sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial (LEAL, 2009), denuncia a existência de 241 rotas de tráfico nacionais e internacionais, pelas quais jovens tornam-se vítimas das redes de exploração. São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco são apontados como os principais estados brasileiros com maior número de casos de exploração sexual infanto-juvenil. Segundo ainda essa pesquisa, as condições de extrema miséria motivam o envolvimento de muitas das meninas nesta situação de exploração sexual, como ocorre nas estradas brasileiras, onde os exploradores são caminhoneiros e outros rodoviários. “A rede que consolida essas práticas, geralmente está camuflada em prostíbulos na beira das estradas e dos rios, e

---

<sup>13</sup> Os processos restaurados pela Unimontes eram oriundos do Fórum da cidade e estavam em péssimo estado de conservação; muitos com partes soltas ou faltando páginas, o que pode também ter contribuído para a ausência de dados. Contudo, percebeu-se o descaso no preenchimento dos inquéritos policiais.

<sup>14</sup> IDH significa índice de desenvolvimento humano. Dados extraídos do *site* do Programa Biodiversidade Brasil-Itália. Projeto 4 (Montes Claros): Manejo sustentável da agrobiodiversidade nos biomas Cerrado e Caatinga. *Site* lançado em 15/04/2005.

Disponível em: [http://www.pbbi.org.br/site/projetos/montes\\_claros.php](http://www.pbbi.org.br/site/projetos/montes_claros.php). Acesso em: 20/10/2009.

também por atores sociais com ligações diretas ou indiretas com este tipo de comércio” (LEAL, 2009, p. 10).

Confirmando os dados de Leal (2009), no Norte de Minas Gerais destaca-se uma pesquisa pioneira sobre a prostituição infanto-juvenil de 1999, realizada pela Universidade Estadual de Montes Claros e patrocinada pelo Ministério da Justiça, abrangendo o Norte de Minas e o Vale do Jequitinhonha, além de outras cidades ao longo do eixo rodoviário. Foram pesquisados 112 municípios, totalizando 189 locais de prostituição investigados (RIBEIRO, 2001). Conforme a pesquisa foram encontradas 234 meninas em situação de prostituição, com idades variando de 14 a 17 anos, dado este subdimensionado, pois não contava com as adolescentes que atuavam em locais públicos, como ao longo das rodovias; elas passariam de 4 mil nas 112 cidades. A maioria era afrodescendente: pardas (48%), e negras (26%), e apenas 22,8% eram brancas. A idade da iniciação sexual foi em média aos 14 anos, e na situação de prostituição foi de aproximadamente aos 16 anos. O baixo nível de escolaridade predominava: 55% haviam frequentado da 5ª à 8ª séries; 28% só até a 4ª série do ensino fundamental e apenas 11,1% haviam concluído o ensino médio. O motivo principal justificando a situação de prostituição (45%) foi a dificuldade financeira, sendo outros 10% por desajustes familiares. Os principais pontos de “prostituição” eram “postos de gasolina e borracharias (19%); bordéis (18,5%); ruas e avenidas (17,3%) e boates (11,9%)” (RIBEIRO, 2001, p. 187).

A pesquisa explica o envolvimento de 6.321 pessoas na exploração sexual comercial pelo fato de que “a prostituição ocupa mais *mão de obra* do que muitas indústrias de bens de consumo” da região (RIBEIRO, p. 188), dado que está relacionado diretamente ao nível de pobreza da região, evidenciado inclusive no valor cobrado pelos “programas”. Metade delas cobrava entre R\$10,00 a R\$15,00; e 30 % entre R\$20,00 e R\$30,00. A título de comparação, um estudo realizado em 1999 na cidade de Natal-RN (TORRES; DAVIM; COSTA, 1999) com adolescentes em situação de prostituição, revelou que os preços cobrados por “programas sexuais” chegavam a custar R\$ 150,00, e no pior dos casos R\$20,00, por ser uma região turística.

Tais dados confirmam que a violência estrutural, expressa na grande desigualdade econômica e social do país, e na região do Norte de Minas, é um dos principais fatores que levaria à fragilização da rede familiar pela pobreza, violência e outras formas de desestabilização (desemprego, migração, separação, etc.). As famílias não encontram nessas situações condições dignas para cumprirem seu papel de proteção e cuidados básicos às crianças e adolescentes, que se tornam presas fáceis das redes de exploração sexual comercial (FALEIROS, 1998; HUTZ, 2002; KOLLER; DE ANTONI, 2004).

A pesquisa de Machado (2006), no Vale do Jequitinhonha, região pertencente ao Norte de Minas, cortada pela BR 116 – um dos grandes pontos de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes (MASCARENHAS *et. al.*, 2006), ao mesmo tempo em que corrobora a literatura sobre o tema, desconstrói algumas interpretações preconceituosas. O silêncio dos vitimizados para encobrir a situação de exploração sexual é apontado de longa data na literatura (FALEIROS, 2000), contudo esta

pesquisa evidenciou outros significados para ele. Um deles seria o silêncio funcionar como uma espécie de proteção imaginária das cidades, de seus moradores, das famílias, clientes e agenciadores. Diferente do que os adultos informavam, as crianças/adolescentes relatavam que “o cliente é "qualquer um", "todo mundo", os "véios", os de "idade média", casados e solteiros, "até menino", policiais, e não só os caminhoneiros” eram os exploradores sexuais (MACHADO, 2006, p. 4). Na estrada, disfarçada sob a forma de “carona normal”, hábito comum no interior, elas se dirigiam a outras cidades ou faziam programas com os próprios caminhoneiros.

Outro ponto interessante relatado é que, contrariamente ao que as entidades (MASCARENHAS *et. al.*, 2006) informavam aos pesquisadores, “*não eram as mães despreparadas, nem a desestrutura familiar* as principais razões de entrada em situação de exploração, mas uma enorme carência econômica, aliada à falta de alternativas e perspectivas de trabalho” que lhes deixavam poucas saídas possíveis da situação (MACHADO, 2006, p. 5, grifos nossos). As adolescentes diziam que no serviço doméstico (trabalho infantil ilegal) eram também exploradas ganhando entre R\$ 40,00 e R\$ 50,00 por mês (o valor do salário mínimo em 2006 era de R\$ 350,00) e sujeitas a abusos por parte do patrão; enquanto que, em uma noite de programa, poderiam tirar até R\$ 70,00. Acrescida a essa situação, as três instituições que deveriam proteger essas crianças/adolescentes – escola, família e polícia, também eram perpetradoras de outras formas de violência contra elas (MASCARENHAS *et. al.*, 2006).

Esses dados nos fazem refletir sobre algumas significações imaginárias sociais perversas como, por exemplo, a naturalização de uma hipersexualidade na adolescência, ou a culpabilização exclusiva da família nos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

## **2 CAPÍTULO - Políticas públicas no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes**

Por ser a violência sexual contra crianças e adolescentes um fenômeno sócio-histórico complexo e multicausal, seu enfrentamento deve mobilizar ações nas dimensões jurídicas, sociais, políticas, econômicas, psicológicas e culturais, organizadas e racionalizadas em políticas de atendimento, prevenção e proteção aos sujeitos vitimizados e de punição àqueles que são considerados perpetradores de situações de violência. Portanto, devemos entender por políticas públicas

[...] não somente como leis, normas, conjunto de regras que definem direitos humanos e se expressam em programas, serviços e ações que materializam a possibilidade de inclusão social, mas também como forma de “fazer”, construída na busca permanente pela participação e pelo diálogo entre os poderes constituídos democraticamente e a população (CFP, 2009, p.13-14).

As políticas públicas devem refletir a consolidação dos direitos de cidadania de crianças e adolescentes, que permitam a realização de suas potencialidades humanas através do favorecimento de condições adequadas para seu desenvolvimento, e o compromisso de combate a todas as formas de opressão e violência que impeçam tal processo, como no caso da violência sexual infanto-juvenil.

Nesse sentido, buscamos aqui levantar os principais marcos do enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, nos reportando aos dados internacionais quando necessário.

Tem papel fundamental na questão dos direitos de cidadania de crianças e adolescentes, a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, pela Organização das Nações Unidas, após as atrocidades provocadas por duas Grandes Guerras Mundiais. O Brasil por ser um dos países signatários da Declaração é obrigado a cumpri-la. Essa declaração defende os direitos próprios ao ser humano (moradia, educação, liberdade, saúde, lazer, etc.), baseado nos valores fundamentais de igualdade, liberdade e solidariedade para todos os seres humanos, independente de suas diferenças (CASTRO; FRANÇA JUNIOR, 2010). Como os direitos das crianças e dos adolescentes fazem parte dos direitos humanos, foi proclamada pelas Nações Unidas a Declaração Universal dos Direitos da Criança, em 1959, e por ela, pela primeira vez na história, a criança passa a ser prioridade absoluta e ser sujeito de direito, e por isto deve ser protegida contra todas as formas de exploração e violência, incluindo a de ordem sexual. Apesar disso, a preocupação para com as “violências” contra crianças e adolescentes emerge no cenário mundial a partir dos anos 80 do século 20.

No Brasil, a emergência da temática “violência sexual” como problema político surge anteriormente, por volta de 1960, relacionada aos debates sobre desigualdades de gênero, derivada do movimento feminista e movimentos sociais (LOWENKRON, 2010), mas efetivamente se deu a partir dos anos 80 do século 20, com a redemocratização do Estado brasileiro. Há a criação de organizações nacionais de defesa dos direitos da criança, tais como Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua – MNMMR, Rede da Pastoral do Menor e Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA). Encerra-se oficialmente o regime militar com a promulgação de nova Constituição Federal em 5 de outubro de 1988 (BRASIL, 1988), voltando o país a fazer parte da comunidade internacional de defesa dos direitos humanos, influenciando na efetiva garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Fica previsto nos artigos 226 e 227 da Constituição Federal brasileira (BRASIL, 1988) que crianças e adolescentes são prioridade nos cuidados e proteção da família, da sociedade e do Estado, e que devem ser resguardados de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Em 1989 foi promovida a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, tornando obrigatório por lei aos países que a ratificaram, adequarem medidas de amparo aos pais ou responsáveis para que pudessem cumprir com suas obrigações relativas a seus filhos (MARCÍLIO, 1998). O Brasil adere em 1990 a essa Convenção através do decreto nº 99.710/90 (BRASIL, 1990), ficando nela definido que se aplica a menores de 18 anos (crianças e adolescentes); que a família,

Estado e sociedade são responsáveis por garantir os direitos nela assegurados. Deixa claro nos artigos 19, 34 e 39 a responsabilidade do Estado na garantia da proteção da criança de qualquer forma de violência, incluindo a violência sexual (abuso e exploração) e que devem ser tomadas medidas para prevenção contra as violências, bem como oferecer assistência às vítimas (BRASIL, 1990).

Em 1990 foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei federal nº 8.069/90 (Brasil, 1990), fundado na Declaração dos Direitos Humanos e na Declaração dos Direitos da Criança, dando maior expressão à questão da violência sexual infanto-juvenil. O Estatuto baseia-se na Doutrina de Proteção Integral, considerando que crianças e adolescentes gozam de todos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, devendo ser asseguradas todas as oportunidades para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Por essa lei fica definido o período da infância até 12 anos, e a adolescência dos 12 aos 18 anos. Estabelece que a família, a comunidade, a sociedade e o poder público são responsáveis pelos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes. Com relação à proteção contra as diversas formas de violência, enfatiza que nenhuma criança ou adolescente poderá ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, sendo punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente deverão ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. Em decorrência disso, são previstas multas para médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino, se deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. O ECA (BRASIL, 1990) garante ainda que haja oferecimento de serviços especiais que façam prevenção, proteção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão.

Vários eventos foram desencadeados em defesa da criança e do adolescente no período de 1993 a 1996, entre eles temos a instituição da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Prostituição Infantil pela Câmara dos Deputados do Brasil, em 1993. Em várias partes do país são organizados, com o apoio da UNICEF, os Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECAs) voltados para defesa de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Há o lançamento da Campanha de Combate à Exploração Sexual Infanto-juvenil pelo CEDECA-BA, UNICEF e Polícia Militar da Bahia. No Brasil, foi organizado um evento preparatório para o I Congresso Mundial contra Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, denominado “Consulta da Américas”, aprovando o documento “Carta de Brasília”- posicionando-se sobre a exploração sexual.

Eventos na agenda internacional foram significativos no enfrentamento da violência infanto-juvenil para o desencadeamento de ações de prevenção e combate por países signatários. Em 1996 foi realizado o I Congresso Mundial contra Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes em

Estocolmo, do qual o Brasil era signatário, no qual foram elaboradas diretrizes, programas e ação visando à cooperação nacional e internacional no combate a essa forma de violência. O II Congresso Mundial contra Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes ocorreu em 2001, em Yokohama, onde foi ratificado o compromisso dos países signatários, incluindo o Brasil, no combate ao abuso e exploração sexual infanto-juvenil. Ações integradas e sistêmicas foram pactuadas no 3º congresso, que aconteceu no Rio de Janeiro, onde foi apresentada a “Declaração e Pacto do Rio de Janeiro” (PAIXÃO; DESLANDES, 2010).

A partir dos direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) há uma ampliação na atuação das Organizações Não Governamentais (ONGs), criação de Fóruns e Conselhos na luta pela garantia dos direitos das crianças e adolescentes. A Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1999 cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)<sup>15</sup>, órgão máximo, em âmbito federal, encarregado da formulação, monitoramento e avaliação das políticas de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente no Brasil. O CONANDA se concretiza por meio de uma rede de conselhos estaduais e municipais de direitos da criança e do adolescente que hoje somam mais de 5.100 conselhos em todo país, cobrindo em torno de 92% dos municípios brasileiros.

Um grande avanço se deu no ano de 2000, quando foi inserido no Plano Plurianual do governo brasileiro o Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual, incorporando ao orçamento federal e transformando em política nacional a erradicação da exploração sexual infanto-juvenil. Em 2004 o Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual passou a ser coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) por esta ter como missão a articulação das políticas para a garantia dos direitos humanos, a partir do novo paradigma da doutrina da proteção integral da criança e do adolescente. Tal plano culminou na elaboração do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e adolescentes, aprovado no ano 2000, buscando a integração de iniciativas existentes e a elaboração de novas e eficientes estratégias de ação, estabelecendo “um conjunto de ações articuladas que permitam intervenção técnica, política e financeira para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes” (ROCHA; LEMOS; LÍRIO, 2011, p. 268). Participaram do plano representantes do Legislativo, do Judiciário, Ministério Público, órgãos do Executivo Federal, Estadual e Municipal, além de organizações não governamentais nacionais e internacionais. O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil prevê em seus objetivos específicos: a) a realização de investigações científicas para subsidiar e monitorar o planejamento e a execução das ações de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes; b) a garantia do atendimento especializado a crianças e adolescentes em situação de violência sexual constatada; c) promoção de ações de prevenção, articulação e mobilização, visando o fim da violência sexual; d) o fortalecimento do sistema de defesa e

---

<sup>15</sup> Disponível em: <<http://pndh3.com.br/geral/conanda-conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente>>. Acesso em: 03/09/12.

responsabilização e, e) o fortalecimento do efetivo envolvimento infanto-juvenil (BRASIL, 2001). Diante disso, diversas instituições, procuram dar respostas e implementar ações diante do fenômeno da violência sexual.

Como resultado do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil foram estabelecidos os Conselhos Tutelares previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), cuja função é fazer cumprir os direitos previstos no Estatuto. Esses Conselhos recebem as denúncias de suspeita ou confirmação de violências, tomam as medidas necessárias acionando vários setores do serviço público como saúde, educação, assistência social, previdência, trabalho e segurança, bem como fazem encaminhamentos da vítima e sua família ao Ministério Público (BRASIL, 2002).

Implantou-se em alguns estados brasileiros (AC, CE, MG, MS, PE, PR, RN, RO, SC e SP) uma ferramenta virtual para favor o atendimento e denúncias das violações dos direitos da criança e do adolescente. Trata-se do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência – SIPIA. Criado em 1997, no contexto da Política de Direitos Humanos e gerido, a partir 2003, pela Secretaria de Direitos Humanos, por meio da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. É uma ferramenta tecnológica criada para inserir os dados de todos os atendimentos realizados pelos Conselhos Tutelares nos municípios brasileiros. Tem como objetivo produzir subsídios para a formulação de políticas públicas para crianças e adolescente; constituir-se como instrumento operacional para ação dos atores do SGD, particularmente os Conselhos Tutelares e, ainda, possibilitar o monitoramento e o acompanhamento de casos registrados (<http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/spdca/sipia>).

No âmbito das Políticas de Assistência Social, coordenadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) desenvolve-se no país um conjunto de ações no atendimento às crianças e adolescentes vitimados sexualmente. A Assistência Social, garantida como dever do Estado e direito do cidadão, foi regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, de dezembro de 1993, alterada pela Lei 12.435 de 06 de julho de 2011. Trata-se de uma “Política de Seguridade Social não contributiva [...] realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 2011). A gestão de suas ações é através do Sistema Único de Assistência Social (Suas). Dentre os objetivos da assistência social estão “a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e aos adolescentes carentes; através da vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos” (BRASIL, 2011). A Lei 12.435 de 2011 prevê dois tipos de proteção: a “proteção social básica”, que se refere a um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social visando prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades, de

aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Foram criados os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), de base municipal e territorial, que têm como função “realizar o acolhimento dos indivíduos e de suas famílias e potencializar a convivência familiar e comunitária de acordo com as situações de vulnerabilidade e risco social e pessoal a que estão expostas (CFP, 2010), incluindo aqui serviços de prevenção de diversas formas de violência contra crianças e adolescentes. No segundo tipo de proteção está a “proteção social especial” formada pelo conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos (BRASIL, 2011). Esse tipo de proteção é ofertado pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que ofertam o atendimento especializado a crianças e adolescentes vitimizados e a suas famílias, representando um importante elemento da rede de proteção e promoção dos direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Também foi implantado em âmbito federal em 2001 o “Programa Sentinela”, hoje chamado de “Serviço de Enfrentamento à violência, ao Abuso e a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes”, que “tem como objetivo investir recursos em projetos que privilegiem o atendimento social especializado às crianças e adolescentes vítimas de algum tipo de violência sexual” (CASTRO; FRANÇA JUNIOR., 2010, p. 6). O programa é operacionalizado através de serviços implantados e implementados pelos municípios. Com a estruturação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) as ações do Projeto Sentinela passam a ser executadas pelo CREAS.

Outro serviço de proteção a crianças e adolescentes com foco em violência sexual, vinculado ao Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, da Secretaria de Direitos Humanos, é o “Disque Denúncia Nacional”, ou “Disque 100”. Trata-se de um canal de comunicação da sociedade civil com o poder público, que possibilita conhecer e avaliar a dimensão da violência contra crianças e adolescentes e o sistema de proteção, bem como orientar a elaboração de políticas públicas. Tem como objetivo receber/acolher denúncias de violência contra crianças e adolescentes, procurando interromper a situação de violação. O serviço ouve a denúncia e a encaminha para a rede de proteção e responsabilização; além de monitorar as providências adotadas para informar a pessoa denunciante sobre o que ocorreu com a denúncia<sup>16</sup>.

Integrando também o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, foi criado em 2002 o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infante-Juvenil no Território Brasileiro – PAIR. De acordo com a

---

<sup>16</sup> Site da Secretaria de Direitos Humanos. Disponível em: <[http://www1.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracao\\_sexual/Acoes\\_PPCAM/disque\\_denuncia](http://www1.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracao_sexual/Acoes_PPCAM/disque_denuncia)> . Acesso em: 26/04/ 2012.

Secretaria de Direitos Humanos,<sup>17</sup> o PAIR surgiu a partir de uma iniciativa conjunta do Governo Brasileiro e da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), que trouxe como parceiros técnicos a *Partners of the Americas* e a Organização Internacional do Trabalho. É uma metodologia de articulação e fortalecimento de redes de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Sua finalidade é a criação e/ou o fortalecimento das redes locais por meio da implantação de ações integradas, possibilitando a articulação e a integração dos serviços, associada à participação social na construção dos processos. O PAIR ainda tem como objetivo fortalecer os Conselhos de Direitos como instâncias privilegiadas na formulação de políticas, programas e ações dirigidas ao atendimento e defesa de direitos de crianças e adolescentes, principalmente o que se refere ao enfrentamento da violência sexual. Está presente em 24 estados brasileiros, atendendo a 474 municípios (site Secretaria de Direitos Humanos).

Em 2003 realiza-se em Brasília um Colóquio Nacional sobre Sistema de Notificação da Violência Sexual, e o governo cria a Comissão Interministerial para o Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Instala-se no Congresso Nacional uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar redes de exploração sexual de crianças e adolescentes. Na V Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, realizada em 2003, é firmado o compromisso com a erradicação da violência sexual contra crianças e adolescentes. Realiza-se também a Pesquisa Sobre o Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil – Pestraf, coordenada pelo CECRIA, com o apoio do governo, de ONGs, universidades e da cooperação internacional. Os resultados da pesquisa passam a orientar as ações da Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH, bem como da Comissão Interministerial do Governo Federal sobre o tema e da Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente do Congresso Nacional (SANTOS; IPPOLITO, 2009).

Em 2004 o Ministério da Educação e a *Partners of the Americas* lançam o programa Escola que Protege, com o objetivo de subsidiar ações dos educadores no enfrentamento da violência sexual. Cria-se em parceria com o Ministério Público Federal, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e outras instituições a Central Nacional de Denúncias de Crimes Cibernéticos-SaferNet Brasil<sup>18</sup>. Em 2008, no Rio de Janeiro, realiza-se o III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e adolescentes. Foi realizado em Brasília, em 2009, o I Simpósio Internacional de Culturas e Práticas Não-Revitimizantes de Tomada de Depoimento Especial de Crianças e Adolescentes em Processos Judiciais, reunindo autoridades, profissionais diversos, gestores e formuladores de políticas públicas de nove países (SANTOS; IPPOLITO, 2009). Esse simpósio discutiu práticas utilizadas em diversos países com relação à oitiva de crianças no sistema judiciário. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) tem debatido desde 2006 com todos seus

---

<sup>17</sup>Site da Secretaria de Direitos Humanos. Disponível em:  
<[http://www1.direitoshumanos.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/exploracao\\_sexual/Acoes\\_PPCAM/pair](http://www1.direitoshumanos.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/exploracao_sexual/Acoes_PPCAM/pair)>.  
Acesso em: 29/04/2012.

<sup>18</sup> Disponível em: [WWW.safernet.org.br](http://WWW.safernet.org.br). Acesso em: 29/04/2012.

regionais, com a Secretaria dos Direitos Humanos, e outras entidades de defesa dos direitos das crianças e adolescentes o instrumento chamado Depoimento sem Dano, que algumas entidades têm tentado aprovar em forma de Lei. Através desse instrumento haveria uma inquirição judicial antecipada da criança ou do adolescente, vítima ou testemunha de alguma situação de violência, principalmente na violência sexual, para produção antecipada de provas em um julgamento, por um assistente social ou um psicólogo. Sem entrar aqui em detalhes da proposta, o CFP entendendo que a escuta de crianças e adolescentes deve ser, em qualquer contexto, pautada pela doutrina da proteção integral, pela legislação específica da profissão, em marcos teóricos, técnicos e metodológicos da Psicologia como ciência e profissão; diante disso, não é papel do psicólogo tomar depoimentos, colocar seu saber a serviço de uma inquirição com o objetivo único de produzir provas para a conclusão do processo. Assim, em 2010, o CFP instituiu a regulamentação Psicológica de Crianças e Adolescentes envolvidos em situação de violência, através da Resolução CFP nº 010/2010, vetando ao psicólogo o papel de inquiridor no atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência.

Em suma, conforme a publicação “Violência e lesões no Brasil” (REICHENHEIM, *et al.*, 2011), tem havido nos últimos 15 anos mudanças em nível macro no Brasil relativas à uma redução da desigualdade social e da pobreza, redução do desemprego, aumento da oferta de educação de acesso universal, luta pelo direito dos indivíduos promovendo a inclusão social. A sociedade e o governo têm se mobilizado diante da escalada da violência no país, através de fóruns de debates, novas políticas e leis, no entanto Reichenheim *et al.* (2011) alertam que muito há que se fazer para implementar e cumprir tais leis e políticas.

Um dos resultados recentes que demonstram o avanço da mobilização frente aos direitos humanos no país foi a atualização do Código Penal brasileiro, enfatizado aqui pelo interesse do estudo, a questão dos crimes sexuais.

## **2.1 Alterações do Código Penal brasileiro em relação aos crimes sexuais com a Lei 12.015/2009 e Lei 12.650/2012**

Como resultado também do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, no eixo Defesa e Responsabilização, houve uma atualização do Código Penal com a promulgação da Lei 12.015 /2009. O Código Penal brasileiro, vigente desde 1940, tratava os crimes sexuais em seu capítulo “Dos crimes contra os costumes”, zelando pela moral social do ponto de vista sexual, prevalecendo os costumes da sociedade em detrimento dos direitos fundamentais humanos, como a liberdade sexual. Refletia assim a moralidade sexual de uma sociedade patriarcal, sexista. O Código sofreu pequenas alterações até 2009, contudo não acompanhou as mudanças sociais. Em virtude disso, em 2009 foi promulgada a lei nº 12.015/2009, que promoveu ampla reformulação nos dispositivos do Código Penal que tratam dos crimes sexuais. O Título VI, da

Parte Especial do Código Penal, deixou de ser “Dos Crimes Contra os Costumes” para tornar-se “Dos Crimes Contra a Dignidade Sexual”, passando a dignidade do indivíduo, sob o ponto de vista sexual, o bem a ser protegido e zelado (CAPEZ, 2010; GRECO, 2009). Essa nova lei tipifica e amplia a definição de crimes como estupro, tráfico de pessoas, prostituição e outras formas de exploração sexual e prevê penas mais rigorosas para quem comete ou facilita a violência sexual infantil.

No crime de “estupro” (art. 213) houve a fusão dos crimes de “estupro e atentado violento ao pudor”, definido como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. A pena de reclusão é de 6 a 10 anos, sendo aumentada para 8 a 12 anos se resultar em lesão corporal de natureza grave ou se a vítima for menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos; e para 12 a 30 anos se houver morte (BRASIL, 2009). Esclarece o jurista Greco (2009) que se trata de uma prática ilegal, pela qual se obriga, se subjugam a vítima ao ato sexual ou a atos libidinosos, daí seu caráter violento. Esclarece ainda que a “grave ameaça” pode se dar de forma direta pelo agente da ação, ou “pode ser empregada indiretamente contra pessoas ou coisas que lhe são próximas, produzindo-lhe efeito psicológico no sentido de passar a temer o agente” (GRECO, 2009, p. 9). Por atos libidinosos entende ainda as seguintes práticas: “sexo oral; o coito anal, *inter femora*; a masturbação; os toques e apalpadelas do pudendo e dos membros inferiores; a contemplação lasciva; os contatos voluptuosos, entre outros”. Em suma, o crime de estupro pode se configurar por atos libidinosos praticados contra homens ou mulheres, não envolvendo necessariamente o coito sexual, nem contato com o corpo da vítima, pois pode o agente fazer com que a própria vítima pratique em si mesma o ato, como a masturbação por exemplo. Deve ser um ato *sem consentimento* da vítima, podendo ser praticado *com* violência, *ou sem* violência, e neste caso com coação direta ou indireta, explícita ou implícita (GRECO, 2009, p. 10, grifos nossos).

O “Assédio Sexual” (Art. 216 - A) é entendido como “constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função”. Pena – detenção, de 1 a 2 anos; e se a vítima for menor de 18 anos a pena é aumentada em até um terço. Esse crime é caracterizado pela existência de “constrangimento” para “obter vantagem ou favorecimento sexual” pelo autor do ato, superior hierarquicamente no exercício de emprego, cargo ou função. Como exemplos temos professor-aluno; médico-paciente; chefe-subordinado, etc. O aumento da pena foi acrescido para proteger os adolescentes. Percebe-se que de acordo com a nova lei, os atos libidinosos praticados com menores entre 14 e 17anos, dependendo da circunstância, poderão ou não ser configurados como crime. A lei entende que não é crime ter vida sexual, e que na atualidade os adolescentes exercem sua sexualidade. A proteção desse direito se faz pela nova lei e pune o autor que não obteve o consentimento do adolescente nos crimes descritos.

Se há certa flexibilidade no entendimento pela lei 12.015 no que se constitui crimes sexuais para adolescentes entre 14 a 18 anos, o mesmo não ocorre para menores de 14 anos,

constituindo um crime hediondo. Por essa razão criou-se toda uma tutela diferenciada quando as vítimas forem crianças e adolescentes menores de 14 anos, ou se tratar de pessoa que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiver o necessário discernimento para a prática do ato, ou, por qualquer motivo, não possa defender-se. Um dos crimes contra menores de 14 anos é o “Estupro de Vulnerável” (art. 217 – A) compreendido como “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos. Pena-reclusão de 8 a 15 anos, e aumenta com lesão grave e morte”. O parágrafo 1 prevê que incorre “na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência” (BRASIL, 2009). Aqui se torna crime qualquer ato libidinoso, incluindo a conjunção carnal, mesmo que tenha sido por livre vontade do adolescente. A lei acabou com qualquer interpretação subjetiva dos juristas, por entender que uma criança ou adolescente menor de 14 anos ainda está em formação e não tem condições de decidir sobre seus atos, mesmo com vida sexual ativa.

Embora a Lei não explicita, nos crimes contra vulneráveis (menores de 14 anos) temos o que é descrito pela psiquiatria forense como “pedofilia”, definido como preferência sexual por crianças quer se trate de meninos, meninas ou de crianças de um ou do outro sexo, geralmente pré-púberes ou no início da puberdade, tanto para conjunção carnal quanto para atos libidinosos. O DSM IV-TR (APA, 2002) classifica como um “transtorno da sexualidade” denominando-o de “parafilia”; já o CID 10 (OMS, 1995) classifica como um “transtorno da preferência sexual”. Em nossa sociedade esse tipo de “preferência sexual” quando se transforma em ato (não ficando no plano do desejo) torna-se um crime e, como tem havido um significativo aumento de denúncia desse delito, além do repúdio social pelas graves consequências que pode acarretar para a vida das crianças e adolescentes, a Lei teve que ser revista (GRECO, 2009).

A lei também levou em conta que pessoas acometidas por alguma enfermidade ou deficiência mental têm o direito a uma vida sexual normal, e que não seria justo punir quem com elas teve uma relação consentida. “O que a lei proíbe é que se mantenha conjunção carnal ou pratique outro ato libidinoso com alguém que tenha alguma enfermidade ou deficiência mental que não possua o necessário discernimento para a prática do ato sexual” (GRECO, 2009, p. 69). Acrescenta ainda o jurista que, além do critério biológico (enfermidade ou deficiência mental), deve haver também o critério psicológico determinando a vulnerabilidade pela insuficiência de discernimento para praticar o ato.

Dentro dos crimes contra vulnerável consta ainda o crime de “Corrupção De Menores” (art. 218): “Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem”. Nesse crime há a *indução* da vítima a aceitar a ideia, *sem* imposição, levando-a a satisfazer o desejo, a luxúria de outro, *sem* conjunção carnal ou atos libidinosos. Aqui existiria a presença de um ou mais indivíduos que atuariam como *voyeurs*, para os quais a criança ou adolescente faria fotos nua, tomaria banho na presença deles, “ou simplesmente ficar deitada, sem roupas, praticaria a automasturbação, faria danças

eróticas, semi-nua, com roupas minúsculas, ou strip-tease, etc.” (GRECO, 2009, p. 85). De acordo com Greco (2009, p. 90), a indução de uma criança ou de um adolescente menor de 14 anos a se exhibir na *internet* nua através de *webcam*, está prevista como crime nessa nova redação dada pela Lei nº 11.829/2008 (BRASIL, 2008) ao Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Por esta Lei é punido em seu art. 240 quem “produzir, reproduzir, dirigir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, cena de sexo explícito ou pornográfica, envolvendo criança ou adolescente”. O parágrafo 1 do mesmo artigo diz que “incorre nas mesmas penas quem agencia, facilita, recruta, coage, ou de qualquer modo intermedeia a participação de criança ou adolescente nas cenas referidas no caput deste artigo, ou ainda quem com esses contracena” A pena é de reclusão de 4 a 8 anos, além de multa, aumentando em um terço a pena se o autor “prevalendo-se de relações de parentesco consanguíneo ou afim até o terceiro grau, ou por adoção, de tutor, curador, preceptor, empregador da vítima ou de quem, a qualquer outro título, tenha autoridade sobre ela, ou com seu consentimento” (BRASIL, 2008).

Outro crime é o de “Satisfação De Lascívia Mediante Presença De Criança Ou Adolescente” (art. 218 - A): “Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem. Pena reclusão de 2 a 4 anos”. Aqui mesmo sem indução direta do menor para assistir o ato sexual ou de libidinagem do próprio agente ou de um terceiro, o autor percebe a presença e permite que o menor ali permaneça, o que é também uma forma de indução no entendimento de Greco (2009).

Um novo tipo penal na lei 12.015 é o “Favorecimento Da Prostituição Ou Outra Forma De Exploração Sexual De Vulnerável” (art. 218 - C). Esse crime compreende "submeter, induzir ou atrair criança ou adolescente menor de 14 anos à prostituição, ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone. Pena de reclusão de 4 a 10 anos. Se houver fins comerciais terá também multa. Incorre também no mesmo delito quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com menor de 18 anos e maior de 14 anos. O proprietário, o gerente ou o responsável pelo local que permitir as práticas descritas também responde pelo mesmo crime e é cassada a licença para localização e da autorização de funcionamento do estabelecimento comercial” (BRASIL, 2009). Nesse artigo há previsão de outras formas de exploração sexual de crianças e adolescentes, sem necessidade de haver o comércio do corpo. Envolve o que foi convencionado no I Congresso Mundial contra Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes, 1996, em Estocolmo, quando se definiu quatro modalidades de exploração sexual: a prostituição, o turismo sexual, a pornografia e o tráfico para fins sexuais. Além de proteger os menores de 14 anos, o artigo da Lei também inclui os adolescentes de 14 a 18 anos, “[...] embora, nos dias de hoje, a prostituição ainda seja um comportamento lícito, tolerado pelo Direito, em se tratando de menores de 18 (dezoito) anos” (GRECO, 2009, p. 112). No caso daqueles que são explorados por enfermidade ou deficiência mental e não tenham discernimento para praticar o ato incorre-se em estupro de vulnerável. De acordo ainda com Greco (2009, p. 108), “o agente que explorasse sexualmente a vítima para que tirasse fotos

eróticas, trabalhasse em casas de strip-tease, ou mesmo de dique-sexo, simulando, para o cliente, atos sexuais através do telefone etc.”, incorreria no mesmo delito.

Outro crime previsto com nova redação é o “*Rufianismo*” (art. 230 do CP), que se refere a “tirar proveito da prostituição alheia, participando diretamente de seus lucros ou fazendo-se sustentar, no todo ou em parte, por quem a exerça”. Em seu parágrafo 1 diz que “se a vítima é menor de 18 e maior de 14 anos ou se o crime é cometido por ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou por quem assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância: Pena – reclusão, de 3 a 6 anos, e multa. E no 2º parágrafo: se o crime é cometido mediante violência, grave ameaça, fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação da vontade da vítima: Pena – reclusão, de 2 a 8 anos, sem prejuízo da pena correspondente à violência” (BRASIL, 2009). A inovação nesse artigo é o peso que se atribui à exploração sexual comercial de adolescentes por quem tiver assumido a responsabilidade de cuidado, proteção e vigilância, aumentando a pena se houver violência.

Com relação ao tráfico para exploração sexual, a Lei 12.015 modificou o título que passou a ser “Tráfico Internacional De Pessoa Para Fim De Exploração Sexual” (art. 231) e “Tráfico Interno De Pessoa Para Fim De Exploração Sexual” (art. 231– A). Antes a Lei previa apenas tráfico de mulheres, agora passa a ser considerado o tráfico de homens e mulheres. É penalizado nesses crimes quem promover ou facilitar a entrada, no território nacional, de alguém que nele venha a exercer a prostituição ou outra forma de exploração sexual, ou a saída de alguém que vá exercê-la no estrangeiro, ou ainda dentro do território nacional. A Pena é reclusão, de 3 a 8 anos, aumentada na metade se a vítima é menor de 18 anos ou se, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato. O aumento da pena vale se o agente é ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância. Nesses crimes serão responsabilizados também quem, conhecendo a situação de exploração, transporta e dá alojamento. A preocupação aqui se refere às redes internacionais e nacionais de exploração sexual comercial, nas quais há o agenciamento do sexo. É o chamado turismo sexual, pelo qual toda uma rede promove e ganha com o turismo: agências de viagens, guias turísticos, hotéis, restaurantes, barracas de praia, casas de shows, porteiros, garçons, taxistas, etc.

No caso da gravidez resultante de estupro (art. 213 da Lei 12.015/2009 do CP), a lei brasileira permite o aborto terapêutico (art. 128, II do CP) com o consentimento da gestante ou, por seu representante legal, quando ela for incapaz (menor de idade, portadora de sofrimento mental ou de necessidades especiais).

Outra mudança na legislação refere-se à Lei 12.650, de 17 de maio de 2012, também denominada de “Lei Joanna Maranhão”, que alterou o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940, do Código Penal brasileiro, modificando as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes. Por essa lei os crimes sexuais cometidos contra crianças e adolescentes

só prescreverão quando a vítima completar 18 (dezoito) anos, salvo se a esse tempo já houver sido proposta a ação penal. Essa mudança está em consonância com o artigo 227 da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL,1988), que no seu parágrafo 4º diz que “a lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente” (SIENA, 2012). Essa modificação da lei vem amparar muitas crianças e adolescentes vitimizados nessa etapa da vida, ou seja, quando menores de 18 anos, e que por medo, vergonha ou culpa não acusaram o agressor.

Além dos avanços legais, o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes tem que ter o respaldo do setor de saúde pelas repercussões que esse tipo de violência traz à vítima e à sua família.

## **2.2 Marcos legais da Saúde no enfrentamento da violência**

A abordagem da violência pela saúde pública é uma questão recente, está relacionada aos “impactos que a violência tem tido no adoecimento, na morbidade, na mortalidade, com altos custos pessoais, familiares, sociais e com grande demanda ao setor saúde” (CFP, 2009, p. 59). A partir da lógica de proteção integral à criança e ao adolescente, no campo da saúde, foram criados pela sociedade civil, no final dos anos 80 do século 20, alguns serviços de atendimento psicossocial à criança e ao adolescente, oferecendo atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, exploração sexual e ações de prevenção (LIMA; DESLANDES, 2011). Muitas das denúncias de maus-tratos contra crianças e adolescentes partiram dos pediatras que os atendiam nas unidades de saúde, culminando em várias ações dando visibilidade a essa situação, sendo uma delas a elaboração da “Guia de Atuação frente a Maus-tratos na Infância e na Adolescência” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001). Esse guia tinha como objetivo ajudar os profissionais de saúde no reconhecimento, na notificação, no tratamento, e na referência dos maus-tratos, com vistas à prevenção destes, entendendo maus-tratos como uma prática abusiva de alguém em posição superior à criança ou ao adolescente (em idade, força, autoridade, etc.) que pode causar dano físico, psíquico ou sexual.

Um ano antes da Organização Mundial de Saúde (KRUG *et. al.*, 2002) recomendar que todos os países trabalhassem a questão da violência, o Brasil teve a inserção da violência na agenda do Sistema Único de Saúde em 2001, através da Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001, que instituiu a “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”, norteadas pelos seguintes princípios :

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde;

- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

Essa Política “estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais” (BRASIL, 2001, p. 2) com o objetivo de reduzir a mortalidade por acidentes e violência no Brasil. É uma política avançada que “já nasceu com uma abordagem multidisciplinar, interdisciplinar, dentro de uma perspectiva intersetorial e de formação de redes” (CFP, p. 60).

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil – na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2001, p. 3).

O Ministério da Saúde justifica que a inclusão do tema violência pela saúde faz parte de um conceito mais ampliado de saúde, abrangendo “não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro” (BRASIL, 2001, p. 3).

Especificamente com relação à violência, o documento contempla a existência das várias formas de violência (física, sexual, psicológica e institucional) contra segmentos mais vulneráveis da população como a criança, o adolescente, jovens, a mulher e o idoso e enfoca o impacto dessas violências como agravos para a saúde. Aponta que na infância o ambiente doméstico é o local principal dos agravos e, na adolescência, é o espaço extradomiciliar, classificando por isto a violência em:

violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violências extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto-infligidas (como a tentativa de suicídio) (BRASIL, 2001, p. 10).

O Ministério da Saúde enfatiza nesse documento a gravidade desse tipo de violência, pelas consequências imediatas ou tardias que desencadeiam na criança e no adolescente, como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. Além disso, entende que a violência contra a criança e o adolescente deve ser alvo prioritário de atenção por estar relacionada com a violência social, estando na gênese de sérios problemas, como população de rua, envolvimento em atos infracionais e o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade

econômica e de sobrevivência desses indivíduos. “Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade” (BRASIL, 2001, p. 11).

Outro aspecto destacado são as violências sofridas por mulheres, entendendo-as como resultante de relações de gênero estruturadas em bases desiguais. Em tais casos o atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde contemplará o fortalecimento delas para que identifiquem soluções “em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia” (BRASIL, 2001, p. 10). Para tanto, orienta-se o desenvolvimento de atividades voltadas à reeducação de agressores, além de redes de apoio para o atendimento desses casos, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal (BRASIL, 2001, p. 19).

Nesse documento, o Ministério da Saúde salienta ser a violência doméstica um grande desafio para o setor de saúde, dada a dificuldade de se diagnosticar tal evento “por fatores de ordem cultural, pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores” (BRASIL, 2001, p. 10). Propõe a capacitação dos profissionais de saúde para “identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura” (BRASIL, 2001, p. 18). Sugere que a entrada do usuário nessa rede será “pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades” (BRASIL, 2001, p. 20).

Essa Política normatiza ainda que deverá haver notificação de maus tratos especialmente nos casos de crianças, adolescentes e idosos, e que a assistência às vítimas de acidentes e violências deverá fazer parte do conjunto de atividades “desenvolvidas pelas Estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços” (BRASIL, 2001, p. 18). Para a consecução da Política foram estabelecidas as seguintes diretrizes:

- promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- capacitação de recursos humanos; e
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Resultante da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 1.968/2001 (Ministério do Estado da Saúde, 2001) tornando

obrigatório em 2001, para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde em todo o território nacional, o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes (Conselhos Tutelares ou Varas da Infância). Em 2001 o Ministério da Saúde lançou a norma técnica nº 167 “Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde” (BRASIL, 2002), que orientava os profissionais de saúde sobre a notificação compulsória, fazendo cumprir o previsto no artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) da obrigatoriedade da notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, e a incidência em infração administrativa da não notificação (artigo 245 do ECA). Essa Norma técnica justifica que a criação de um Sistema de Notificação para maus-tratos “dará visibilidade epidemiológica e social ao problema, permitindo o planejamento de ações no campo da saúde e outras áreas que lidam com a infância e a juventude e estimulando a formação de uma rede de proteção” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 41). Mas adverte que essa notificação não substitui propostas de prevenção à violência, enfocando a sensibilização dos profissionais da saúde e educação quanto ao tema.

No Ano de 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica seu primeiro “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” (KRUG *et. al.*, 2002) com a contribuição de trabalhos de mais de 160 especialistas do mundo inteiro. O relatório afirma que no mundo inteiro a violência está dentre as principais causas de morte na faixa etária de 15 a 44 anos. Entende o documento que, mesmo estando a violência presente na trajetória da humanidade, ela pode ser evitada através de projetos e ações desenvolvidas pelos países. Aponta que a Saúde Pública tem papel fundamental para o enfrentamento da violência, por esta ter como foco “lidar com doenças, condições e problemas que afetam a saúde, e seu objetivo é oferecer o máximo de benefícios para o maior número de pessoas” (KRUG *et. al.*, 2002, p. 3), caracterizando-se por sua ênfase na prevenção primária.

Dentre as várias formas de violência (maus tratos de ordem física, psicológica, negligência) presentes no relatório, a violência sexual está entendida como um sério problema de saúde pública, que afeta crianças e adolescentes de ambos os sexos; mulheres adultas (desigualdade de gêneros); além da exploração sexual comercial que afeta principalmente mulheres e crianças. O relatório evidencia a necessidade de pesquisa pela falta de dados apresentados por muitos países sobre violência sexual. Aponta a necessidade de se desenvolver intervenções contra a violência sexual, principalmente em nível primário, voltadas para ambos os sexos, de apoio às vítimas, de punição aos perpetradores, além de estratégias para mudanças de normas sociais, incluindo a melhoria da condição econômica das mulheres. O combate a esse tipo de violência deve ser resultado de forte comprometimento e envolvimento dos governos e da sociedade civil, junto com uma resposta coordenada entre diversos setores.

Com relação ao setor da saúde e seus profissionais, o relatório diz que:

os profissionais da área de saúde têm um importante papel a desempenhar no tocante ao apoio às vítimas de agressão sexual – em termos médicos e psicológicos – e na coleta de evidências para auxiliar nos julgamentos. O setor de saúde é muito mais eficaz em países onde há protocolos e diretrizes para administrar os casos e coletar as evidências, onde os funcionários são bem treinados e onde há uma boa cooperação com o sistema judiciário (KRUG *et. al.*, 2002, p. 171-172).

De forma geral, o relatório salienta que o setor saúde é um poderoso aliado e colaborador na questão da violência, tanto pela familiaridade com o tema e assistência que fornece às vítimas, quanto pelos dados que compilam que podem ser instrumentos para defesa e para ação. Enfatiza a responsabilidade do setor de saúde para com o público, devendo ter um papel mais pró-ativo na prevenção da violência usando seus recursos e infraestruturas. Sugere que intervenções de programas podem ser feitos em hospitais e outros estabelecimentos de assistência à saúde, com a colaboração de profissionais e instituições da área de saúde, além de outros setores que lidam com a violência, como ONGs e órgãos de pesquisa.

De acordo com a coordenadora do Programa de Prevenção à Violência, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, apesar de ter sido lançada a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências, houve falta de incentivo governamental para que Estados e municípios implementassem ações locais por alguns anos (CFP, 2009, p. 60). Com relação à Ficha de Notificações de Violências, a mesma coordenadora afirmou que até 2009, ela era ainda usada em alguns municípios, mas “não gerava dentro do setor saúde nenhuma informação. A notificação era feita no nível local, alimentava um sistema de garantias de direitos e a saúde, e se lavavam as mãos, como se ali acabasse seu papel” (CFP, 2009, p. 61), faltava definir prioridades e políticas de intervenção do setor saúde.

Em 2004 foi proposta a criação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, mediante a Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio. Essa rede visa à implantação/implementação dos núcleos de prevenção das violências e promoção da saúde em âmbito local, voltados para a atenção integral e proteção às pessoas e suas famílias em situação de violências, em conformidade com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2011). Ainda no mesmo ano, outro passo importante dado pela saúde foi a Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) que instituiu o Serviço de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, aprovando também a Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra Mulher e o fluxo para notificação. A portaria justifica a necessidade do serviço e da notificação dada à existência de um grande número de violência contra as mulheres em muitos estados brasileiros, e que o fenômeno tem ainda pouca visibilidade.

Em setembro de 2005, foi aprovada a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, que contempla as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de

profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas (BRASIL, 2011).

Em 30 de março de 2006, por intermédio da Portaria MS/GM nº 687, o MS implantou a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, reforçando medidas anteriores e revalidando o seu caráter transversal e estratégico ao contemplar os condicionantes e determinantes das violências e acidentes no País. No mesmo ano, com a Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto, foram instituídas as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de suicídio e tentativas, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências (BRASIL, 2011).

Ainda em 2006, buscando conhecer a amplitude da questão da violência e acidentes no país, foi implantado o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, objetivando obter dados e divulgar informações desses graves problemas de saúde, incluindo as informações sobre violência doméstica, sexual e outras violências que não costumam ser denunciadas. O sistema VIVA estrutura-se em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo); e 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela). Para ambos os componentes, nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, a notificação é de caráter compulsório e contínuo, conforme determinado pelas Leis de n. 8.069/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente); n. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso); e n. 10.778/2003 (Notificação de Violência contra Mulher). A vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo) tem como instrumento a Ficha de Notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Sinam Net (ANEXO B). A Vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela) é uma vigilância por meio de inquéritos realizada bianualmente, a partir de dados sobre violências e acidentes coletados em serviços sentinela de urgência e emergência (MS, 2011).

A epidemiologia de violências e acidentes vem complementar as análises epidemiológicas já realizadas com os dados dos sistemas de mortalidade e de morbidade hospitalar, revelando mais detalhes sobre as características da vítima, circunstâncias do evento e do provável autor de agressão. É uma estratégia útil para detalhar os casos menos graves e sobre os quais não existiam dados, pois se refere aos casos que não seriam registrados pelos tradicionais sistemas de informação em saúde do país, além de revelar a violência doméstica e sexual, que ainda permanece velada em nossa sociedade. Devido às suas especificidades no que se refere ao caráter compulsório das notificações de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, e no sentido de viabilizar a articulação e integração com a rede de atenção e proteção social às vítimas das violências, a coleta de dados se torna universal e contínua e passa a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), permitindo sua consolidação em todo o território brasileiro. Desse modo, a

partir de 2009, o componente de vigilância contínua do sistema VIVA foi incorporado ao Sinan Net, adequando-se às suas normas específicas, no que diz respeito à padronização de coleta e envio de dados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em 2011, o Ministério da Saúde em sua Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Essa portaria estabelece em seu artigo 2º que deverá haver notificação compulsória referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada, constantes na Lista de Notificação Compulsória. Nessa lista insere-se a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Passa a ser obrigatório em toda rede de saúde a notificação compulsória e não apenas pelas unidades sentinelas, como era anteriormente, estabelecendo no parágrafo 5º que os casos suspeitos ou confirmados da LNCI deverão ser registrados no Sinan Net no prazo máximo de 7 (sete) dias, a partir da data de notificação. Em seu parágrafo 7º explicita que 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.

Também no ano de 2011 o Ministério da Saúde lança a 3ª edição da “Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”, tendo em vista que a mesma foi elaborada em 1998, sofrendo uma primeira atualização em 2005. Uma das leis que embasa esse documento é a Lei Maria da Penha, Lei nº11.340 de 22 de outubro de 2006, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Essa norma técnica, sob o enfoque de gênero, traz uma revisão das normas gerais de atendimento e apoio psicossocial e atualiza os procedimentos profiláticos. Segundo o documento, essa edição vem cumprir um dos principais eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que é a de “expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência e configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas de violência” (BRASIL, 2011, p. 9-10). Essa norma traz como pressuposto o entendimento de que as mulheres adultas ou adolescentes são as que mais sofrem violência sexual resultantes das relações de gênero, por isso são suas principais destinatárias, mas não exclui crianças, adultos de qualquer gênero, orientação sexual, deficiência intelectual ou física, ou outra vulnerabilidade, que tenham sofrido violência sexual.

Não podemos deixar de citar a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) lançada em 2003, com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na saúde (BRASIL, 2008). Faz parte dessa política o acolhimento da demanda e uma escuta qualificada,

realizada por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, constituindo um atendimento humanizado às pessoas vítimas de violência ou em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2006).

Ressaltamos ainda o documento “Marco Legal – Saúde, Um Direito De Adolescentes”, publicado em 2005 pelo Ministério da Saúde, o qual traz instrumentos legais, tanto nacionais quanto internacionais, de proteção aos direitos dos(as) adolescentes, notadamente aqueles de garantia do pleno exercício de seu direito fundamental à saúde (BRASIL, 2005). Esse documento tem como finalidade subsidiar profissionais de saúde, gestores e instituições que atuam na área da saúde do adolescente, para tomada de decisões, elaboração de políticas públicas e atendimento nos serviços de saúde, com base nos direitos dos adolescentes. Define-se aqui como adolescentes os sujeitos com idades entre 12 e 18 anos, conforme as leis brasileiras, destacando que devem ser levados em consideração os critérios biológicos, psicológicos e sociais na conceituação dessa etapa do desenvolvimento humano. Além de explicitar toda legislação que garante os direitos dos adolescentes, esse documento reserva um item sobre a obrigatoriedade de comunicação de suspeita ou confirmação de fatos que constituam crime contra os direitos dos adolescentes (maus tratos sexuais, físicos, psíquicos, negligência) e os encaminhamentos que devem ser feitos nesses casos.

*Se é certo que a equipe de saúde deve apurar corretamente os fatos e buscar o consentimento e a participação do adolescente para desencadear as providências legais, reconhecemos que não é tarefa fácil. Por isso, recomenda-se a atuação integrada e conjunta do setor Saúde com os Juizados e Promotorias da Criança e Adolescente e conselhos tutelares, buscando estabelecer um consenso saúde/justiça/segurança quanto à conduta que os profissionais devem adotar diante de determinados fatos. Iniciativas locais dessa natureza viabilizarão uma melhor assistência, reduzindo a resistência e o medo dos profissionais de se envolverem em questões judiciais (BRASIL, 2005, p. 46, grifos nossos).*

Os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes também estão garantidos nesse Marco Legal, entendidos como direitos humanos fundamentais, defendidos em normativas nacionais e internacionais, tendo como pilares centrais: a) o direito de decidir livremente e responsabilmente sobre a própria vida sexual e reprodutiva; b) de ter acesso à informação; e c) acesso aos meios para o exercício dos direitos individuais livre de discriminação, coerção ou violência. A norma cita que o Comitê de Direitos da Criança recomenda que o direito à saúde dos adolescentes (menores de 18 anos) ao ser garantido “nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde” (BRASIL, 2005, p. 47).

### **2.3 A rede de serviços em saúde e a Estratégia Saúde da Família**

Até os anos 20 do século 20, os serviços de atenção médica individual no Brasil constituíam-se de estabelecimentos filantrópicos do setor caritativo que cuidava dos pobres, da população marginalizada ou daqueles que ameaçassem a saúde pública (doenças mentais e

infecciosas) e de estabelecimentos privados para quem podia pagar. A partir de 1920, como projeto desenvolvimentista do Estado nacional, o governo dá incentivo à política previdenciária que passa a oferecer coberturas de atenção à saúde individual através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões às categorias profissionais a eles filiadas. Até 1950 continuavam a predominar entidades privadas sem fins lucrativos, filantrópicas e mutualistas, entrando no mercado os provedores com fins lucrativos, iniciando a medicina de grupo. Em 1967 houve a unificação da Previdência, deixando de existir os diversos Fundos de Aposentadorias e Pensões por categorias, passando a manter relações diretas com prestadores e produtores de insumos da saúde. Em 1970 houve a implementação e melhor estruturação da política de saúde, ampliando o processo de cobertura e projetos alternativos ao modelo vigente, mas ainda com grande migração dos trabalhadores para os planos de saúde (GERSCHAMAN; SANTOS, 2006).

Com a redemocratização do país dos anos 80 do século 20 houve uma ampliação da organização popular e participação de novos atores que passaram a exigir a universalização do acesso à saúde e o reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado. Uma batalha política foi travada pelo Movimento da Reforma Sanitária para que a saúde fosse reconhecida como direito social, pela universalização de acesso aos serviços de saúde e integralidade da atenção à saúde. Foram então legitimados os princípios da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária através de sua incorporação à Constituição de 1988, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) (BRASIL, 2003).

A saúde passa a ser compreendida no SUS não mais como ausência de doença, mas relacionada à qualidade de vida da população, composta por bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia e, o lazer. A lógica desloca-se da cura dos agravos à saúde para a prevenção dos agravos e promoção da saúde. A implantação do SUS representou uma importante mudança no sistema de saúde vigente no país; passando a ser financiado com recursos fiscais, fundamentou-se em vários princípios: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade, regionalização e participação popular. Pelo princípio da universalidade a saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. A equidade é um princípio de justiça social porque busca diminuir desigualdades, tratando desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. O princípio da integralidade preconiza a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. Engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A integralidade pressupõe que “a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação à população” (BRASIL, 2000, p. 31). A

descentralização é a gestão a nível de estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades nos três níveis do governo. Por resolutividade entende-se solucionar o problema do usuário do serviço de saúde de forma adequada, mais próximo do local de residência ou através de encaminhamento conforme o nível de complexidade. A regionalização é o princípio de territorialidade, com foco numa lógica sistêmica. A garantia da efetividade das políticas públicas de saúde se faz através da participação popular na gestão do SUS, nas esferas municipal, estadual e federal (BRASIL, 2000).

Com o SUS os investimentos públicos e programas passam a se concentrar na Atenção Básica<sup>19</sup> ou Atenção Primária à Saúde. A Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, define em seu anexo que

a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. [...] A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2007, p. 16).

A Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, sendo que além dela a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) define em seu *site*<sup>20</sup> na internet, dois outros níveis de atenção, que são: a média e a alta complexidade em saúde:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. [A alta complexidade é] o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2007, p.17-18).

<sup>19</sup> [O Ministério da Saúde utiliza o termo atenção básica para designar atenção primária como] reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde. Dessa forma, criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico. Atualmente, alguns autores [...] e o próprio CONASS e alguns documentos e eventos do Ministério da

<sup>20</sup> Disponível em: (<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>). Acesso em: 07/08/2012.

Por ser o *locus* deste estudo, focalizaremos na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>21</sup>, que é o conjunto de ações em saúde desempenhadas pela Saúde da Família. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido a principal estratégia de reestruturação da atenção básica do sistema de saúde desde 1998. A ESF tem como característica inovadora o foco nas famílias e comunidade, além de integrar a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas.

Como um projeto estruturante, Saúde da Família deve provocar uma transformação interna ao próprio sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica na colaboração entre as áreas de promoção e assistência à saúde, rompendo com a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual (BRASIL, 1997, p. 20).

A ESF funciona através de equipe multiprofissional, composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde; inclui desde 2004 equipes de saúde bucal. As equipes do ESF trabalham em Unidades de Saúde da Família (USB), com áreas definidas e com populações adscritas de 600 a 1.000 (2.400 a 4.500 habitantes) por equipe (PAIM *et. al.*, 2011). Ela se orienta pelos princípios do SUS, empregando tecnologia de baixa densidade, definida como

[...] um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (BRASIL, 2007, p.16).

As equipes da ESF, dentro do foco das famílias e comunidade, devem conhecer as famílias de seu território de abrangência; identificar os problemas de saúde e as situações de risco de sua comunidade; elaborar um programa de atividades para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; devem desenvolver ações educativas e intersetoriais a partir dos problemas de saúde identificados, prestando assistência integral às famílias sob suas responsabilidades (BRASIL, 1997; ESCOREL, S. *et. al.*, 2007).

No documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, de 1997, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) aponta que a ESF deve ser um indutor de reordenamento dos vários níveis de atenção à saúde, por ser um dos componentes de uma política de complementaridade, e que por isto deve articular-se aos serviços existentes na região ou município. Além disso, conforme o princípio da integralidade, o atendimento do ESF deve, em situações específicas, indicar o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade, conforme critérios delimitados. A definição e disponibilização dos serviços para realização de consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e internações hospitalares são de responsabilidade do

---

<sup>21</sup> A Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde [...] (BRASIL, 2011, p.14).

serviço municipal de saúde, contudo “a responsabilidade pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias deve ser mantida em todo processo de referência e contrarreferência” (BRASIL, 1997, p. 21).

O mesmo documento afirma a importância de um processo de capacitação contínua e eficaz, denominado educação continuada, para que a equipe do ESF possa atuar de forma adequada frente à diversidade dos problemas, além de ser “um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, característica que fundamenta todo trabalho do PSF” (BRASIL, 1997, p. 21).

O estímulo à ação intersetorial está presente no mesmo documento, como uma ação integradora dos vários setores da administração pública (saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente, por exemplo), como consequência de uma visão ampliada do processo saúde/doença. Ações técnicas integradas e parcerias com órgãos do poder público devem ser objetivos perseguidos, uma vez que as questões sociais não serão resolvidas somente pelo setor da saúde.

Para apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Além de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, visa ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas um apoio às equipes de SF. O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

Pela sua complexidade a APS demanda, então, intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para obter um efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população. Assim, para que a APS possa ser mais eficaz e resolutiva torna-se necessária a utilização de saberes de variadas origens, saberes tanto específicos da saúde quanto de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade. Além disso, é necessária a integração das equipes da ESF na rede de atenção à saúde.

O documento do Ministério da Saúde “Redes de Produção em Saúde” (BRASIL, 2009) define que a rede de atenção em saúde é

composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes serviços são como os nós de uma rede: uma unidade básica de saúde, um hospital geral, um centro de atenção psicossocial, um conselho municipal de saúde, etc, (BRASIL, 2009, p. 8).

A complexidade da construção de rede em saúde deve garantir diferentes serviços, especialidades e saberes com ampliação da comunicação entre eles que promovam a integralidade da atenção. A produção de saúde num dado território é resultante da interação entre esses serviços com outros movimentos e políticas. O termo rede é mais comumente utilizado para serviços semelhantes como, por exemplo, a rede básica em saúde composta pelas unidades básicas, ou a rede de saúde mental, rede hospitalar. Além dessa rede básica, existe a rede transversal produzida pelos “entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território – ou seja, a rede heterogênea – é o que parece ser o lugar da novidade na saúde” (BRASIL, 2009, p. 9); e através dela pode haver a produção e distribuição de diferentes poderes e saberes. A figura 1 exemplifica a articulação entre redes especializadas (homogêneas) e redes transversais (heterogêneas).

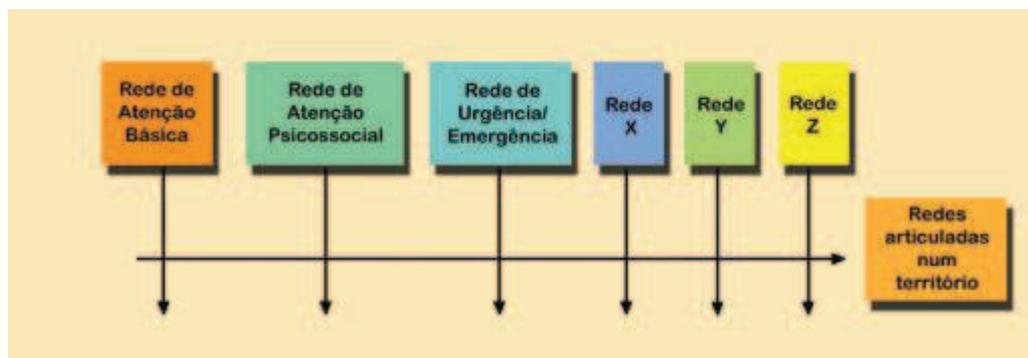


FIGURA 1 – Articulação entre redes especializadas e redes transversais  
Fonte: Redes de Produção em Saúde (BRASIL, 2009).

A estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, para prestação de serviços às vítimas de acidentes e violências, está prevista na “Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (BRASIL, 2001), para que se possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher suas demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atendimento. Para que tal ocorra, o documento entende que é necessário o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor de saúde, a área jurídica e a de segurança para definição e avaliação de ações. Além disso, o documento preconiza que

*a assistência às vítimas de acidentes e violências deverá integrar o conjunto de atividades desenvolvidas pelas Estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento*

*ambulatorial, emergências e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referencia entre estes serviços* (BRASIL, 2001, p. 18, grifos nossos).

No mesmo documento da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências está previsto que *os profissionais de saúde deverão ter capacitação para* “identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados” (BRASIL, 2001, p. 18, grifos nossos), ficando garantido tempo para reuniões de equipe, supervisões e infraestrutura.

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de acidentes ou violências, a Política Nacional prevê o atendimento adequado a essa faixa etária, ressaltando a importância de uma equipe multidisciplinar assegurando apoio médico, psicológico e social às vítimas e as suas famílias, e que *os casos de difícil manejo nas unidades de saúde* devem ser encaminhados para serviços de referência, como os de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias (BRASIL, 2001, p. 19, grifos nossos). Resta saber que entendimento os profissionais tem por “casos de difícil manejo.”? Há algum caso de violência que não seja complexo? Quais os critérios para se encaminhar tais casos da ESF para a polícia, para o Conselho tutelar, ou aos serviços especializados?

O documento deixa claro que a entrada do usuário deverá ser pela “unidade básica de saúde, ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com suas necessidades” (BRASIL, 2001, p. 20); isso implica que em todos esses níveis deverá haver capacitação dos profissionais da saúde para o atendimento, principalmente nos casos de violência. Será que há?

Nessa perspectiva, com relação ao serviço de saúde, Reichenheim *et. al.* (2011) apontam a necessidade de integrar os profissionais para formação e fortalecimento de redes intersetoriais para assistência e proteção às vítimas; expandir os programas voltados ao mapeamento de vulnerabilidades locais, tais como gravidez na adolescência, uso abusivo de álcool, drogas e violência familiar, sendo que os programas devem estar baseados em equipes multidisciplinares, geograficamente distribuídas, como acontece na Estratégia Saúde da Família” (REICHENHEIM *et. al.*, 2011, p. 86), e enfatizam que há necessidade de capacitação dos profissionais para que estejam aptos a decidirem

[...] se a situação pode ser enfrentada localmente ou encaminhada para um centro de referência. A interação com outros setores é fundamental. A expansão e a coordenação da uma rede de segurança de assistência especializada para vítimas de violência devem incluir delegacias policiais acolhedoras, juizados especializados, conselhos tutelares, abrigos, conselhos de direitos, [assistência social], bem como serviços de saúde voltados à assistência às vítimas e aos agressores (REICHENHEIM *et. al.*, 2011, p. 86).

## **2.4 Violência e Saúde: Uma discussão fundamental**

De acordo com Minayo (2005), a violência em si não é uma questão de saúde pública, uma vez que é um fenômeno existente desde de sempre na história da humanidade. Mas ela transforma-se em uma questão para a área de saúde porque afeta a saúde individual e coletiva e os serviços do setor, exigindo “para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor” (MINAYO, 2005, p. 10).

Configurando o novo perfil de problemas de saúde do país, ao lado das doenças crônicas e degenerativas, estão a violência e os acidentes. Os custos com a violência no país são altos (3,3% do PIB brasileiro custos diretos e 10,5% indiretos), sendo que no setor saúde isto se reflete em gastos maiores com emergência, assistência e reabilitação, mais do que com os procedimentos médicos convencionais. Por isto, “as unidades de serviços, antes muito mais orientadas para as enfermidades de origem biomédica, são hoje chamadas para dar respostas às vítimas de lesões, traumas físicos e emocionais, devendo equipar-se para isso” (MINAYO, 2005, p. 12).

Um estudo de revisão sobre a violência no Brasil, a partir dos anos 80 do século 20 até 2007, realizado pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (REICHENHEIM *et. al.*, 2011), indica que a violência e as lesões ressaltam-se entre as causas de mortalidade e morbidade no Brasil desde os anos 80 do século 20. Aqui focaremos a parte que trata da violência. O estudo aponta como grande problema de saúde pública no Brasil os maus tratos contra crianças e adolescentes por parte dos pais; a violência entre parceiros íntimos e a violência doméstica contra pessoas idosas. A violência psicológica e física contra crianças e adolescentes aparece em número elevado nos estudos revisados. Com relação a homicídios de mulheres, segundo dados estatísticos, o Brasil é classificado na 12<sup>a</sup> posição mundial, sendo que a cada duas horas uma mulher é morta no país. Em relação à idade da mulher, no Sul do país são as adolescentes as maiores vítimas, e no Norte são as mulheres mais velhas. Os agressores são em sua maioria do sexo masculino, mas as mulheres que sofreram violência de parceiros também se tornaram propensas a cometê-la (REICHENHEIM *et.al.*, 2011).

No mesmo estudo aparecem como fatores de risco socioculturais para a violência doméstica a desigualdade entre os gêneros, a permissividade cultural do uso da violência na educação infantil, a desvalorização de pessoas idosas, condições precárias socioeconômicas, fraca rede de apoio e isolamento social. O uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como o histórico de violência familiar são também apontados como fatores de risco. Há também uma predominância maior de violência contra crianças em casais jovens ou em famílias com grande número de filhos vivendo juntos no mesmo domicílio. As consequências de tais violências são sérias, abalando a saúde física e emocional das vítimas e famílias onde ocorre a violência (REICHENHEIM *et. al.*, 2011).

Outros dados sobre a questão da vitimização feminina por homicídios no Brasil, referente a um período de 30 anos (1980-2010), foram divulgados pelo Instituto Sangari (WAISELFSZ, 2011), em seu “Mapa da Violência 2012: Caderno complementar 1: Homicídios de Mulheres”. Como fonte básica para a análise dos homicídios no país foi utilizado o Sistema de Informações de Mortalidade –

SIM – da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS – do Ministério da Saúde – MS. O relatório mostra que do total de 91 mil mulheres assassinadas no país neste período, 43,5 mil delas o foram na última década, representando um aumento de 217,6% – mais que triplicando – nos quantitativos de mulheres vítimas de assassinato (WAISELFISZ, 2011).

O mesmo relatório dedicou um capítulo para caracterizar as diversas situações que distinguem a violência contra a mulher, a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, que em 2009 oficializou a obrigatoriedade da notificação nos casos de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos. A notificação da *Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências* deve ser realizada pelo gestor de saúde do SUS mediante o preenchimento de uma Ficha de Notificação específica, diante de suspeita de ocorrência de situação de violência. O relatório que se refere a dados parciais do SINAN do ano de 2011 aponta que foram registrados no país 73.633 atendimentos relativos à *Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências*, sendo 48.152 (65,4%) de mulheres e 25.481 (34,6%) de homens, demonstrando que duas em cada três pessoas atendidas no SUS nessa área são mulheres, excluindo os casos de lesões autoprovocadas (tentativas de suicídios e outros).

Tem que ser considerado que os quantitativos registrados pelo SINAN representam só a ponta do *iceberg* das violências cotidianas que efetivamente acontecem: as que demandam atendimento do SUS e que, paralelamente, declaram abertamente o agressor. Por baixo dessa ponta visível, um enorme número de violências cotidianas nunca chega à luz pública (WAISELFISZ, 2011, p. 6).

O relatório conclui que as políticas adotadas no Brasil para o enfrentamento da violência contra mulher ainda são insuficientes para reverter a situação e que

[...] a elaboração de estratégias mais efetivas de prevenção e redução dessa violência contra a mulher vai depender da disponibilidade de dados confiáveis e válidos das condições e circunstâncias de produção dessas agressões. É nesse sentido que deveremos continuar elaborando nossos estudos, como subsídio às diversas instituições que atendem ao problema (WAISELFISZ, 2011, p. 17).

Além disso, Reichenheim, *et. al.* (2011) apontam que o grande desafio para o enfrentamento da violência contra mulher reside na implementação e avaliação específica dos planos de ação já existentes nas políticas públicas. Nesse sentido, a intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque no atendimento de pessoas em situação de violência, e na garantia de seus direitos humanos, haja vista que a maioria por ser usuária do sistema de saúde, vai procurar o serviço em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão. Esse primeiro momento “é fundamental para a identificação da violência sexual e exige atenção máxima por parte dos(as) profissionais de saúde” (BRASIL, 2011), tornando o processo de acolhimento essencial para isso.

“Acolher”, de acordo com o *Dicionário Michaelis* (2002), significa: 1) Hospedar, receber (alguém); 2) Abrigar, dar acolhida a, recolher (alguém); 3) Atender, deferir, receber (pedido); 4) Dar

crédito a, dar ouvido a; 5) Abrigar-se, amparar-se, recolher-se, refugiar-se. Nesse sentido, o acolhimento denota um ato de aproximação, um “estar com” ou “próximo de”, que implica em “dar crédito ou ouvidos à alguém” quando se acolhe. O acolhimento, com base nesse entendimento, é uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2005, 2009), implantada em 2003. Para que tal ocorra é necessário por parte dos profissionais da saúde uma “escuta” capaz de dar credibilidade ao depoimento da pessoa em situação de violência (que depois será confirmado ou não). Faz parte dessa “escuta” não culpabilizar a vítima, nem influenciá-la em suas decisões, mantendo uma atitude ética livre de julgamentos morais, respeitando a existência de crenças e atitudes culturalmente diferentes, postura essencial para uma saúde pública integral, universal e igualitária, conforme preconiza a norma técnica de “prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” (BRASIL, 2011, p. 29-30).

Nessa direção, Minayo (2005, p. 19) destaca que na conceituação de violência<sup>22</sup> empregada tanto pela Organização Mundial de Saúde (KRUG, 2002), como pelo documento da “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (BRASIL, 2001) faltou mencionar em ambos os documentos, explicitamente, que constituem formas de violência “a negação e a omissão de cuidados, de socorro e de solidariedade”.

Mencionar **negligência e omissão** explicitamente **como formas de violência** é um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, dentre outras situações, responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver (MINAYO, 2005, p. 19, grifos nossos).

Aplicando essa concepção aos casos de violências (física, sexual, psíquica e negligência), podemos indagar se a negligência e omissão por parte dos profissionais da saúde, ao se depararem com casos de violência, não se constitui, em primeiro lugar, em uma violência que se expressa pela ausência de proteção e cuidados, resultante de uma postura de não acolhimento e escuta sensível? Podemos ainda entender tal postura como uma revitimização do sujeito pelos profissionais de saúde?

No caso específico da violência sexual contra crianças e adolescentes, para que as vítimas quebrem o silêncio e revelem os abusos sofridos é necessário que haja alguém disponível para escutá-las e acolhê-las, tomando as providências necessárias para sua proteção, e a notificação legal da violência sexual é uma delas. O momento da revelação é muito difícil tanto para a vítima quanto para os familiares por diversos fatores como a culpa, a vergonha, o medo, principalmente se for um abuso incestuoso, pelo risco de rompimento dos vínculos familiares e seus desdobramentos. O estudo feito

---

<sup>22</sup> “Consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (BRASIL, 2001, p. 7).

por Santos e Dell’Aglío (2010), com publicações que trabalhavam o momento da revelação dos abusos sexuais, aponta que a maioria das revelações de abusos é feita às mães, de forma direta, verbalmente pela criança/adolescente ou descobrem o abuso através de outros recursos, como o comportamento da criança, ou ainda através de informações obtidas junto aos profissionais. Estariam aqui incluídos os profissionais de saúde? Constatou-se também que as mães que dão suporte emocional às crianças/adolescentes amenizam o impacto negativo do abuso para a vítima, nesse sentido “a rede de proteção pode atuar como um moderador, auxiliando a mãe frente a essa situação de ter uma criança vítima de abuso sexual” (SANTOS; DELL’AGLIO, 2010, p. 331). O mesmo estudo aponta que, as vítimas de abuso percebiam como positivas as atitudes dos profissionais que as atenderam quando eles demonstravam apoio, compreensão, considerando o abuso como algo sério, sem duvidar do relato da vítima, o que trazia às vítimas a sensação de bem-estar, de alívio, de confiança. As atitudes dos profissionais consideradas como negativas pelas vítimas incluíam a percepção de falta de apoio e compreensão no momento da revelação; atitude de questionamento da veracidade do fato e, expressões emocionais de choque ou surpresa dos profissionais. Essas atitudes negativas geraram sentimentos de raiva, traição e desconfiança nas vítimas (SANTOS; DELL’AGLIO, 2010). Frente a esses dados, o setor da saúde não precisaria estar mais sensibilizado e preparado para o atendimento da violência dentro de um modelo humanizado?

Entretanto, tem havido um questionamento do campo da prática biomédica por apresentar problemas graves e complexos que, dada a sua frequência, têm sido banalizados: a insatisfação de pacientes e médicos, custos crescentes de tratamentos e exames, inadequação na formação de recursos humanos, o mercantilismo e a competição entre os profissionais da área, precariedade dos programas de saúde, etc.

De acordo com Rios (2009), historicamente, a área da saúde tem se caracterizado por uma violência institucional que remonta ao século XIX, quando a organização hierárquica passou a fazer parte do hospital, com descaso para os aspectos humanísticos e uma disciplina autoritária. Essa mudança na medicina moderna, em seu aspecto positivo, propiciou um giro radical da clínica, da tecnologia médica e aumentou o acesso da população ao atendimento; contudo, trouxe também aspectos negativos como o não reconhecimento das subjetividades, a falta de solidariedade e a falta de respeito à autonomia do paciente, passando este a ser tratado como uma “coisa” ou doença. Contribui ainda a fragmentação do processo de trabalho, que tem como resultado a agilidade e a multiplicação do resultado, mas produz em sua contrapartida uma alienação do trabalhador referente à sua importância nesse processo. O resultado consequente para o setor de saúde é provocar uma “naturalização do sofrimento e a diminuição do compromisso e da responsabilidade na produção da saúde” (RIOS, 2009, p. 256), gerando atitudes violentas explícitas ou nas formas de intolerância e desprezo no âmbito institucional. Além disso, contribuíram para o sucateamento dos serviços de saúde o alto custo da medicina biotecnológica e a falta de investimento e gestão da coisa pública. Olhando superficialmente, num primeiro momento, essa crise do campo biomédico poderia ser equacionada

com vontade política e melhoramentos técnico-administrativos. Contudo, estudos apontam a existência de obstáculos mais internos vigentes na prática médica que hoje se traduzem na crítica ao modelo biomédico, mecanicista, hegemônico na doutrina e na prática médica que compõe a medicina na atualidade (FERRREIRA, s/d).

Para Luz (2005), há uma dupla crise na sociedade atual: sanitária (saúde) e médica, fruto da racionalidade médica em relação à cultura contemporânea. A crise na saúde (ou sanitária) é entendida pelo autor como resultante das desigualdades sociais no mundo, produzidas nas diversas sociedades submetidas às leis de uma economia capitalista globalizada, e por isto poderia ser controlada e prevenida com políticas sociais adequadas. A autora cita como exemplos dos graves problemas de natureza sanitária a desnutrição, a violência, as doenças infectocontagiosas e as crônico-degenerativas, o ressurgimento da tuberculose, da lepra, da sífilis, e de outras doenças sexualmente transmissíveis aliadas a novas epidemias como a AIDS; além do alto consumo de drogas, como cocaína e crack.

Relacionada a essa crise sanitária, de origem socioeconômica, há um “mal-estar social” com grande repercussão na saúde física e mental do cidadão. Esse mal-estar coletivo relaciona-se não só com as condições do trabalho do capitalismo globalizado, mas a uma transformação que passa a cultura na sociedade contemporânea, caracterizada por uma mudança de valores éticos, políticos, de relações, que se apresenta na valorização do individualismo, do consumismo, do poder sobre o outro e no hedonismo, sustentado e divulgado pela mídia de forma abrangente, que se traduz em uma perda de referências sentida na forma de viver e sentir a vida (BAUMAN, 1998).

Quanto à crise da medicina, Luz (2005) e Ferreira (s/d) não a entendem como relacionada à produção do conhecimento que, aliás, tem se mantido em constante desenvolvimento, mas sim uma crise nas dimensões ética, política, pedagógica e social da prática biomédica que se inscreveu historicamente. A medicina moderna marca seu nascimento nas últimas décadas do século XVIII, através do rompimento de paradigma no interior do saber e da prática médica, deixando de ser classificatória para ser anátomo-clínica (FOUCAULT, 1994; CLAVREUL, 1983). Ou seja, se na antiguidade predominava uma medicina mágico-religiosa (ainda aceita por sociedades tribais), baseada na razão e na fé. Na Idade Média, a partir dos séculos XVI e XVII, a idéia de um mundo orgânico, vivo e espiritual foi substituída pela metáfora do mundo e do corpo enquanto máquina a ser explorada (BARROS, 2002). As concepções sobre saúde e doença passam a ser influenciadas pelo “paradigma [modelo] cartesiano, reducionista e mecanicista, [resultando] no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica” (RIOS *et. al.*, 2007, p. 506).

De acordo com Czeresnia (2003), no final do século XVIII, início do século XIX, o pensamento contagionista predominou sobre o não-contagionista, por defender a necessidade de se identificar uma causa específica para a origem da doença, obtendo respaldo na teoria dos vermes. Esse modelo unicausal conferiu um estatuto de cientificidade à medicina, conforme o modelo positivista de

ciência. Nas palavras de Foucault (1994, p. x) “o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável” passou a ser descrito pelos médicos. As doenças que antes se articulavam com o ambiente, ou com as relações sociais que as produziam, passam a ser “compreendidas como a relação entre agente etiológico, alterações fisiopatológicas e um conjunto de sinais e sintomas” (CZERESNIA, 2003, p. 3), estabelecendo uma relação linear (reducionista) de causa e efeito entre germe e doença, lançando para um segundo plano o doente e o ambiente. Tal relação muda a preocupação do médico, centralizando-se na doença e não mais no paciente. Essa mudança, na visão de Foucault (1994, p. xviii), reflete-se na substituição da “pergunta ‘- o que é que você tem?’”, por onde começava no século XVIII o diálogo entre médico e o doente, com a gramática e o estilo próprios, por esta outra que reconhecemos no jogo da clínica e no princípio de todo discurso: “<<onde lhe dói ?>>”. A prática médica passou a privilegiar “intervenções específicas individualizadas, de cunho predominantemente biológico, centradas no hospital e com progressiva especialização e incorporação indiscriminada de tecnologia” (CZERESNIA, 2003, p. 4).

O modelo biomédico, herdeiro da racionalidade científica moderna, prevalente na medicina ocidental, estabeleceu “uma dicotomia importante entre o diagnóstico, seara da ciência, e a intervenção terapêutica, território da “arte”, sendo a última permeada de incerteza e possibilidade de fracasso, além de ser compartilhada com o paciente” (GUEDES *et. al.*, 2006, p. 1095). Esse modelo, segundo o mesmo autor, desconsidera a dimensão singular do adoecimento humano, não levando em consideração os sintomas subjetivos apresentados pelo paciente, mas apenas os sintomas objetivos da doença, estabelecendo uma cisão entre a teoria e a prática médica. “É frequente encontrarmos na prática discursiva da medicina referências às necessidades de uma abordagem biopsicossocial, mas há uma total primazia do campo biológico sobre os demais” (GUEDES *et. al.*, 2006, p. 1096). O autor chama atenção para o fato de que a prática médica, ao tentar seguir o princípio da neutralidade e objetividade preconizado pelo fazer científico, buscando objetividade nos exames clínicos, desconsidera que a subjetividade é exigida em vários momentos da prática médica, como na experiência profissional, ao decifrar os dados dos exames, e no julgamento e decisões tomadas. Assim, entende o autor que, diante da manifestação de sintomas físicos sem causas explicáveis que colocam em xeque o saber dominante, a prática médica lança mão de estratégias para tornar o subjetivo objetivo. Fazem parte dessas estratégias negar a sintomatologia do doente, ou encaminhar para os profissionais da área “psi” (psicólogos e psiquiatras), de forma que não se nega a subjetividade, mas se evita falar sobre. Ou ainda, enquadrar no sistema vigente as exceções, através das classificações das doenças previstas no DSM IV (*Diagnostic and Statistical of Mental Disorders*, 4ª edição) (GUEDES *et. al.*, 2006).

Conforme Dunker e Kyrillos Neto (2011), o DSM IV, publicado em 1994, decorreu de uma revisão do DSM III em 1980, que teve como finalidade uniformizar e validar o diagnóstico psiquiátrico. O DSM passou a ser elaborado dentro de um paradigma da psiquiatria biológica, rompendo com a psiquiatria psicodinâmica e com a psicanálise, constituindo-se num sistema fiel de

classificação do adoecimento psíquico baseado em “categorias confiáveis, provisórias e operacionais que permitam a superação de mal-entendidos terminológicos no terreno da psicopatologia” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 620). Não se propõe a ser uma forma de conhecimento do adoecimento psíquico, que seria a psicopatologia no sentido amplo do termo, prescindindo de um sistema teórico que o embase. Nesse sentido, o DSM revela uma prática clínica que renuncia a busca de uma etiologia das patologias e universaliza as formas do patológico, desconsiderando as singularidades da subjetividade e socialização no adoecimento mental humano, expressando assim sua “posição biológica ou organicista, que advogará a universalidade biológica das modalidades do patológico baseada em perturbações genéticas, endócrinas, neuroquímicas, anatômicas” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 617). O DSM constituído dessa maneira seria, para os mesmos autores, alicerçado na chamada “Medicina Baseada em Evidências” (MBE).

A “Medicina Baseada em Evidências” (MBE), implantada nos anos 90, é definida genericamente como “processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas” (CASTIEL; PÓVOA, 2002, p. 117); os dados teriam origem na epidemiologia clínica e seriam utilizadas as publicações mais recentes da área médica ligadas ao movimento da MBE. A “Medicina Baseada em Evidências” tem influenciado amplamente as condutas médicas, e emerge no contexto de diversas mudanças no sistema de saúde durante o século XX, exigindo novas competências dos profissionais de saúde, como o “cuidado em atenção primária, participação na coordenação da assistência,[...] envolvimento de pacientes e familiares nas decisões, promoção de hábitos de vida saudáveis, capacidade de acessar e manejar adequadamente a informação existente na literatura, [...]” (D’ALMEIDA, 2002, p. 123). Por essas razões ela pode ser uma forma de preparar os profissionais. No entanto, tem sido foco de críticas também; uma delas é de que as publicações usadas estão sujeitas a erros de métodos e análises, mesmo assim elas estariam embasando supostas “verdades” científicas. Outra crítica à MBE é a de que ela se propõe a ser um novo paradigma assistencial e pedagógico, mas não o faz, uma vez que “consiste em um modelo cognitivo adaptado à prática clínica que não rompe com os modos lógico-rationais de produção do conhecimento científico” (CASTIEL; PÓVOA, 2002, p. 118). Como resultado dessa racionalidade médica de caráter cientificista, os mesmos autores apontam que esta restringe a capacidade clínica intuitiva do médico para perceber aspectos do adoecer, que fogem ao objetivamente evidenciável. Não desvalorizando o avanço tecnológico e científico, Castiel e Póvoa (2002) entendem que a MBE seria uma ratificação da racionalidade médica, derivada de uma sofisticação de métodos e técnicas, e que esse modelo biomédico impede de pensar a saúde de forma complexa, em seus múltiplos aspectos subjetivos, emocionais e socioculturais.

[...] Mas vale a pena ressaltar que diante da complexidade e das incertezas humanas, o método científico mais acurado acaba por ser apenas um dos modos de ordenar e abordar o real. Cabe aos profissionais da área da saúde cogitarem que a ampliação consequente do cuidado em saúde talvez só seja possível por meio de significativas

superações – de vaidades, de preconceitos, do corporativismo, da falta de compaixão pelo sofrimento humano, Em suma, há necessidade de uma ética compartilhada entre os profissionais de saúde e a sociedade civil (CASTIEL; PÓVOA, 2002, p. 120).

Ratificando a posição acima descrita, Facchini (2002) diz que enquanto a Medicina do século XIX teve como marca a erudição médica e a valorização da clínica, no século XX houve uma inversão. Novas drogas, novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos passaram a incorporar a prática médica, transferindo a racionalidade médica para os equipamentos, favorecendo a realização de diagnósticos e condutas sem a intervenção médica. Em contrapartida, o início do século XXI é marcado por uma fragmentação em especializações da Medicina e uma perda de sua característica artesanal, levando a um exaurir da arte de cuidar das pessoas.

Barros (2002) aponta que a ideologia dominante da sociedade capitalista vincula bem-estar e felicidade com o consumo; por essa lógica bons níveis de saúde estariam na dependência do consumo e acesso a uma alta tecnologia diagnóstico-terapêutica, e altos níveis de subespecializações. A saúde transforma-se em mercadoria e passa a dar lucros em um “complexo-medico-industrial”. A sociedade incorpora essas noções e passa a demandar soluções médicas a problemas de outra ordem, como os de natureza socioeconômica, resultando numa intromissão excessiva do campo médico, denominada de medicalização. A medicalização social ou medicalização da vida pode ser definida como

a incorporação de normas de conduta de origem biomédica na cultura geral e à redefinição de experiências humanas como se fossem problemas médicos. A medicalização está, assim, ligada às formas legitimadas, oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade lideradas pela biomedicina (TESSER; BARROS, 2008, p. 915).

Ivan Illich (1975) lançou uma crítica contundente contra a Medicina moderna em 1975, a qual repercutiu até hoje. Diz ele, logo na introdução de seu livro *A expropriação à saúde* que, “a empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado” (ILLICH, 1975, p. 6). O autor denuncia uma iatrogênese<sup>23</sup> da medicina institucionalizada por diferentes maneiras. Uma delas é a iatrogênese clínica, resultando em danos à saúde pelo uso abusivo de drogas, pela falta de segurança dos procedimentos e pela alta tecnologia utilizada. A segunda forma de iatrogenização seria a medicalização social, que se faz pela dependência crescente e excessiva do uso de droga, de comportamentos e prescrições médicas pela população. A iatrogênese social seria para Nogueira (2003, p. 186) sinônimo de medicalização social, porque anula o sentido da saúde enquanto

---

23 Iatrogênese é definida por Illich (1975, p. 16-17) como, “em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam.[...] . Em sentido mais amplo, a doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos”.

responsabilidade de cada indivíduo e de sua família e dissemina na sociedade o ‘papel de doente’ que é um comportamento apassivado e dependente da autoridade médica”. A terceira forma de iatrogenização denunciada por Illich (1975) seria a cultural, pela qual as comunidades perdem suas tradições de lidar com a doença, dor e morte, substituídas pela racionalidade médica.

Foucault (2010) em sua conferência no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado da Guanabara, atual UERJ, discutiu a “crise da medicina ou da antimedicina” partindo das colocações de Illich (1975). Ele define como “iatrogenia positiva” os efeitos provocados pela racionalidade médica, exemplificando a manipulação genética, que poderá resultar em armas biológicas, por exemplo, chamada por ele de risco médico. Foucault (2010) argumenta que no passado a medicina avançava por seus fracassos e acertos, pagando um preço pelas consequências negativas ligadas ao progresso que se restringia ao indivíduo ou, no máximo, a uma família. Hoje, “é todo fenômeno da vida que entra na ação da intervenção médica” (FOUCAULT, 2010, p. 178), chamado por ele de bio-história. O objeto de intervenção médica deixou de ser as doenças para ser “a saúde”, no sentido de uma normalização social. Diz ele que “[...] quando se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado” (FOUCAULT, 2010, p. 184). Aponta que a medicina moderna foi vinculada a questões econômicas, não para manter a saúde da força de trabalho, como outrora, mas porque hoje a medicina se introduziu no mercado produzindo riqueza, uma vez que a saúde se tornou objeto de desejo e consumo, e nesse sentido pode ser produzida por médicos, laboratórios, etc.. Nesse sentido, Foucault (2010) alerta que

a medicina faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder; que é necessário trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para se determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo” [...] de forma eficaz nessas sociedades sem que se produzam consequências negativas (FOUCAULT, 2010, p. 192-193).

Facchini (2002) defende que a superação da crise da prática médica requer o uso de todos os recursos técnicos e científicos disponíveis, incluindo a Medicina Baseada em Evidências, mas entende que não haverá transformações eficazes se “*suas raízes estruturais permanecerem intocadas*, [referindo-se] a uma revolução do paradigma médico, [...] vinculado à prescrição de medicamentos e exames complementares e encaminhamento a outro nível de especialidade do sistema de saúde” (FACCHINI, 2002, p.125, grifos nossos).

Luz (2005) indica que um novo paradigma pode surgir substituindo o da racionalidade médica ocidental, no qual houve um esquecimento de que a dimensão terapêutica – a arte de curar –, deve prevalecer sobre o diagnóstico. Esse novo paradigma, segundo a autora, reporia a singularidade do paciente numa totalidade biopsíquica, incluindo seu cuidado, que vai além de um diagnóstico e que depende do reestabelecimento de uma relação médico-paciente que leve em consideração a dimensão subjetiva do paciente no adoecimento.

Nesse sentido, Facchini (2002) nos coloca que a superação da crise na Medicina “requer a qualificação da prática médica, a valorização de seu caráter mais humanizado, mais particular, mais artesanal: a relação do médico com seu paciente e com sua comunidade” [...] para lidar melhor com o sofrimento humano e a busca de uma vida melhor” Para isso, o autor aponta a necessidade dos médicos disporem de *tempo* para essa relação com o paciente e a comunidade, além do desenvolvimento de “atitudes e habilidades direcionadas à humanização do cuidado e à gestão coordenada das ações em saúde” (FACCHINI, 2002, p. 126).

No entendimento de Guedes *et. al.* (2003, p. 1095), a emergência na atualidade de outras formas de se pensar o adoecimento, contrapondo-se ao modelo biomédico, pode ser vislumbrada no campo da saúde coletiva através de outras abordagens como a “clínica ampliada, a humanização do atendimento, as discussões sobre a integralidade das ações em saúde e a produção do cuidado com vistas à transformação do modelo tecnoassistencial”.

Partindo dos pressupostos teóricos apresentados sobre a questão da violência sexual, tecemos algumas questões. A violência sexual contra crianças e adolescentes, enquanto forma de sofrimento humano, é incorporada pela rede de saúde como um problema de saúde? O setor saúde acolhe a violência sexual? A prática da saúde no acolhimento da violência sexual se faz no modelo biomédico ou na forma de um cuidado mais humanizado? A dimensão singular da criança e do adolescente que envolve os casos de violência sexual é levada em consideração pela saúde? Entendendo que a violência sexual é multicausal, requerendo por isto intervenções intra e interinstitucionais, questionamos se a saúde tem uma prática interdisciplinar para compreender e atuar nos casos de violência sexual. Existe na saúde o trabalho em rede com outros setores como a assistência social, a educação e a justiça?

### 3 CAPÍTULO - O percurso metodológico

#### 3.1 O problema e as hipóteses da pesquisa

O fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes, apesar de sempre ter existido na história da humanidade, tem sido colocado em destaque na atualidade como resultado de lutas pela efetivação dos direitos humanos. Tais direitos incluem o reconhecimento de crianças e adolescentes<sup>24</sup> como sujeitos com direito à proteção integral, com prioridade absoluta no atendimento de suas necessidades e direitos especiais decorrentes de sua condição de pessoas em processo de desenvolvimento, cuja garantia é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, conforme preconizado na Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei nº 8069 de 1990 (BRASIL, 1989). Fica garantido pelo artigo 5º do Estatuto que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. E, no seu 13º artigo estabelece que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente [deverão ser] obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”, com punições previstas para os profissionais que não o fizerem (BRASIL, 1989).

A violência em todas as suas formas, incluindo a sexual e a violência doméstica, foi considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 (KRUG et. al., 2002) e por seus países signatários, dentre eles o Brasil, como um problema de saúde pública que tem aumentado de forma significativa no mundo, gerando impactos no adoecimento, na morbidade, na mortalidade, nos altos custos pessoais, familiares, sociais, além da grande demanda ao setor de saúde (CFP, 2009, p. 59). Por isso o setor de saúde está incorporando gradativamente a questão da violência como uma questão de saúde pública, de forma que em 2001 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), com o objetivo de reduzir a mortalidade por acidentes e violência no Brasil.

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil – na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2001, p. 3).

---

<sup>24</sup> O Estatuto da Criança e do Adolescente define em seu artigo 2º que é considerada “criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. [...] Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade” (BRASIL, 1990).

Decorrente da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 1.968/2001 (Ministério do Estado da Saúde, 2001) tornando obrigatório, em 2001, para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde em todo o território nacional, o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes (Conselhos Tutelares ou Varas da Infância), que foi parcialmente implantada. Em 2011, o Ministério da Saúde, em sua Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, define em seu artigo 2º que deverá haver notificação compulsória referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada, e não apenas nos serviços sentinelas. A notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências está inserida nessa lista de agravos à saúde (BRASIL, 2011). Fica assim previsto, dentre as ações do Ministério da Saúde, a promoção de vigilância e cuidado contínuo para com as situações de maus-tratos, tornando obrigatório aos profissionais da saúde notificar os casos de suspeita ou confirmação de qualquer forma de violência infligida a qualquer ser humano.

A criação do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), antes denominado Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), abre possibilidades mais concretas de atuação do Setor de Saúde com relação à questão da violência, costumeiramente tratada apenas de forma policesca. Compreendida como porta de entrada do setor de saúde, a ESF deve aproximar as equipes e serviços de saúde das reais necessidades dos indivíduos e famílias, sendo estas seu principal foco de atenção. Para enfrentar as complexas questões da saúde coletiva, incluindo a violência, a ESF conta com as seguintes premissas metodológicas: “[...] A adscrição da clientela em território definido, o incentivo à integralidade das ações, o planejamento local baseado nas necessidades de saúde da população, a atuação intersetorial, a abordagem familiar e a humanização do atendimento” (ROCHA; MORAES, 2011, p. 3286). Contudo, o estudo de Rocha e Moraes (2011) objetivou estimar a prevalência e caracterizar a violência familiar contra crianças adscritas ao Programa Médico de Família de Niterói/RJ, com uma amostra de 278 crianças adscritas de 27 equipes de Saúde da Família. O estudo concluiu haver um baixo grau de identificação dos casos e consequente subnotificação aos Conselhos Tutelares dos casos de violência, levantando a possibilidade de que tal fato seja “decorrente das diferentes concepções e significados que os membros da equipe de Saúde da Família têm sobre a questão da violência familiar” (ROCHA; MORAES, 2011, p. 3294), indicando a importância de pesquisas que avaliem a percepção das equipes sobre o fenômeno.

Por isso, como primeira hipótese, presumimos que não há entre os profissionais que formam a equipe da ESF um compartilhamento da mesma compreensão do fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes (suas formas, causas e consequências), fazendo com que não ajam em sincronia frente à demanda de intervenção, seja na identificação, no acompanhamento e na condução destes casos.

Uma segunda hipótese seria a falta de um serviço especializado de referência que dê suporte às decisões e ao acompanhamento dos casos das equipes da ESF, tendo em vista a complexidade de questões que envolve os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, fazendo com que os profissionais se sintam inseguros na condução de tais casos. Assim, a falta de uma mesma concepção, acrescida da falta de apoio institucional colaboraria para a subnotificação de tais casos.

Diante dessas hipóteses, questionamos quais as práticas discursivas e institucionais existentes sobre o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes, presentes nos discursos dos profissionais da saúde inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família, da cidade de Montes Claros/MG, que norteariam a identificação e condução desses casos.

## **3.2 Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Investigar as práticas discursivas de diferentes profissionais inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG, sobre a identificação e condução dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar como os diferentes profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG concebem a violência sexual praticada contra crianças e adolescentes;
- Investigar como se dá a identificação de violência sexual contra crianças e adolescentes pelos profissionais das equipes;
- Compreender como se dá a condução destes casos por tais profissionais.

## **3.3 Método**

Etimologicamente falando, método é um caminho (ou um modo) através do qual se procura chegar (ou fazer) algo. No campo da ciência, o método científico é a forma de se construir os conhecimentos, podendo ser classificados em “tantos tipos quantas são as significativas correntes de pensadores/pesquisadores que partem em busca de conhecer/entender uma verdade ou um objeto de interesse” (TURATO, 2003, p. 150), como os dedutivos e indutivos, ou quantitativos e qualitativos, sintéticos ou analíticos, etc.

Os métodos qualitativos são chamados também de compreensivo-interpretativos por Turato (2003) ao marcar a diferença entre explicar e compreender. Entende que “explicar” é conhecer o “porquê” dos fenômenos, dentro de uma concepção racionalista. Já “compreender” é conhecer “como” se dão os fenômenos, dentro de uma concepção fenomenológica, “é dar conta de entender interpretando os sentidos e significações dos fenômenos”. Esclarece ainda que o investigador qualitativista estuda não “as coisas em si”, mas “as pessoas ou as comunidades em fala e em seu comportamento (as “coisas” que acontecem...), [em seu] setting natural” (TURATO, 2003, p. 183).

Contemplando o campo da saúde coletiva, Minayo (2006, p. 22) entende por Metodologias de Pesquisa Qualitativa “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais [...] como construções humanas significativas”. Esse tipo de pesquisa privilegia o trabalho com um universo amplo “de significados, de aspirações, de crenças, de valores e de atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p. 22).

Para Turato (2003), trabalhar qualitativamente implica,

necessariamente, por definição, em entender/interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco, através de técnicas de observação ampla e entrevistas em profundidade (instrumentos necessários e suficientes), em que são valorizados o contato pessoal e os elementos do *setting* natural do sujeito [...] (TURATO, 2003, p. 168).

Em virtude disso, optamos pelo método qualitativo neste estudo, uma vez que buscamos compreender as regularidades e rupturas das práticas discursivas dos profissionais inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG, sobre a identificação e condução dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

### **3.4 Contribuições da abordagem discursiva para análise das práticas profissionais referentes ao fenômeno da violência sexual infanto-juvenil**

Esta pesquisa se propôs compreender como se dá a abordagem da violência sexual infanto-juvenil na saúde, através do discurso de profissionais alocados nas equipes do programa ESF. Por ser o termo “discurso” usado nas ciências sociais de maneira ambígua, decorrente da multiplicidade teórico-metodológica existente nas diversas disciplinas ou dentro de uma mesma disciplina, precisaremos tal termo na perspectiva das análises discursivas. Tais abordagens investigativas buscam averiguar as maneiras pelas quais as pessoas constroem sentidos e significados na vida cotidiana usando ativamente a linguagem (AZEVEDO, 1998).

A relevância dada à linguagem nas ciências humanas e sociais aparece no decorrer do século XX. Denominada por “giro linguístico”, expressão usada por alguns estudiosos, essa mudança

favoreceu “uma nova concepção de ‘realidade’, com a emergência de novos conceitos acerca da natureza do conhecimento e da própria concepção de linguagem”, redesenhando as formas de investigação existentes (MÉLLO; SILVA; LIMA; DI PAOLO, 2007). Nesse sentido, a Análise do Discurso deve ser compreendida como um “guarda-chuva” para denominação de diferentes abordagens de investigação (AZEVEDO, 1998, p. 107) que tem entre seus principais representantes o filósofo Michel Foucault (2010), filiado à escola francesa pós-estruturalista.

Nosso percurso teórico-metodológico tem então, como referência, Michel Foucault, principalmente sua obra *A Arqueologia do Saber*, publicada em 1969, e alguns autores ligados ao pensamento crítico do autor.

Optamos então por trabalhar com uma *abordagem discursiva*, que difere da Análise do Discurso propriamente dita, por esse tipo de investigação envolver a análise de elementos como a polissemia, a párrafase, a metáfora e o interdiscurso, de acordo com Orlandi (2003), coisa que não faremos. Focaremos nossa análise nas práticas discursivas produzidas pelo discurso, que passaremos a conceituar.

### **Discurso, enunciado, formação discursiva e práticas discursivas em Foucault**

O entendimento do conceito de práticas discursivas em Michel Foucault “não pode ser recortado, isolado, no interior das suas teorizações sobre o discurso, sem se considerar sua circularidade com relação ao discurso, enunciado, enunciação, formação discursiva” (SOUZA; FONSECA, s. d., p. 3).

A noção de discurso em Foucault é o “fio condutor de suas investigações” (GREGOLIN, 2004a, p. 59), teorizada em *A Arqueologia do Saber* (FOUCAULT, 2010). Foucault diz que os discursos não podem ser entendidos como um conjunto de “performances verbais, [...] uma série de frases ou de proposições. [Mas sim como um] conjunto de enunciados que se apoia em um mesmo sistema de formações discursivas” (FOUCAULT, 2010, p. 122), designando as coisas e produzindo-as.

Foucault (2010) não se propõe a discutir a materialidade linguística dos signos, mesmo tendo estes a função de designação; é ao enunciado que ele vai se reportar. É o enunciado que tem papel central para ele como unidade elementar do discurso. O enunciado para Foucault

não pode ser isolado como uma frase, uma proposição ou ato de formulação. [...] descrever um enunciado [seria] definir as condições nas quais se realizou a função que deu a uma série de signos [...] como um jogo de posições possíveis para um sujeito [...] com uma materialidade repetível (FOUCAULT, 2010, p. 123).

Por essa descrição, o enunciado só pode então ser compreendido dentro de uma função enunciativa do sujeito; “é o fato dele ser produzido por um sujeito, em um lugar institucional,

determinado por regras sócio-históricas, que definem e possibilitam que ele seja um enunciado” (GREGOLIN, 2004, p. 28). “Portanto, é a produção do sujeito pelo discurso, como o mesmo entra nessa *ordem do discurso*, o que o sujeito diz e o que lhe é permitido dizer, sua dispersão nos diversos lugares e as posições que ocupa no discurso, que parece ser a preocupação foucaultiana” (SOUZA & FONSECA, s. d., p. 3).

A compreensão desse conceito de enunciado nos remete ao de *formação discursiva*, definido por Foucault como uma *lei* que define como os enunciados “são institucionalizados, recebidos, empregados, reutilizados, combinados entre si, o modo pelo qual se tornam objeto de apropriação, instrumentos para o desejo ou interesse, elementos para uma estratégia (FOUCAULT, 2010, p. 131). Por isso, como já dissemos, Foucault afirma que o discurso se apoia num sistema de formação discursiva.

Partindo do entendimento de que o discurso é um conjunto de enunciados, que obedece a uma lei (formações discursivas), esse forma as *práticas discursivas*. Estas são definidas como “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma dada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa” (FOUCAULT, 2010, p. 133).

O trabalho com os discursos produzidos seria de análise e descrição de tais práticas discursivas, dentro da concepção arqueológica de Foucault (ARAÚJO, 2007). “Não pretende ser uma descrição total, exaustiva da ‘linguagem’ ou ‘do que foi dito’. [Estabelece outra forma] de abordar as *performances* verbais, de dissociar sua complexidade, de isolar termos que aí se entrecruzam e de demarcar as diversas regularidades a que obedecem” (FOUCAULT, 2010, p. 123).

Nas palavras de Okzala (2011, p. 7), em seu projeto crítico Foucault propunha “construir novas formas de pensar, bem como destruir velhas certezas – ou ilusões confortadoras, como frequentemente se revelam”. Esta proposta de investigação só é possível diante de uma postura crítica de indagação, de desconstrução e de desnaturalização de saberes.

Baseando-nos na abordagem arqueológica de Foucault, temos como objetivo geral desta pesquisa compreender quais são as práticas discursivas sobre o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes que norteiam a identificação e a condução de tais casos pelos profissionais inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG. Tal objetivo será alcançado buscando os enunciados presentes nas falas desses profissionais.

Para alcançarmos tal objetivo, foram adotadas as seguintes etapas da pesquisa de campo: caracterização do campo de estudo e delimitação da amostra da pesquisa (1ª etapa); coleta de dados (2ª etapa) e, análise dos dados (3ª etapa).

### 3.5 Etapas da Pesquisa de Campo

#### 3.5.1 Caracterização do campo de estudo (1ª Etapa)

##### O município e a cidade de Montes Claros

Esta pesquisa foi realizada na cidade de Montes Claros, pertencente ao município de Montes Claros, situado na Bacia do Alto Médio São Francisco, ao norte do Estado de Minas Gerais. De acordo com o documento da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, Turismo, Ciência e Tecnologia<sup>25</sup>, o município possui uma área total de 3.576,76 km<sup>2</sup>, e sua sede ocupa área de 97 km<sup>2</sup>. É o segundo maior entroncamento rodoviário do país. Pelo Censo do IBGE 2010, o município tinha uma população de 361,9 mil habitantes, dos quais 344,4 mil (95%) na zona urbana e 17,4 mil (5%) na zona rural. A faixa etária predominante da população, em 2000, segundo o IBGE, era de 10 a 19 anos, com 68,8 mil habitantes, o que representa 22,4% do total. Em seguida destacam-se as faixas etárias de 20 a 29 anos (19,1%) e de 30 a 39 anos (14,8%). A esperança de vida ao nascer era de 72,2 anos. O município apresentava IDH de 0,783, considerado médio em relação ao país.



FIGURA 2 - Mapa do município de Montes Claros.

Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Montes\\_Claros](http://pt.wikipedia.org/wiki/Montes_Claros). Acesso em: 15 de jan. 2012.

A cidade de Montes Claros possui uma área de 97 km<sup>2</sup> e uma população de 361 971 habitantes, conforme dados do IBGE Censo de 2010. Trata-se de uma cidade de porte médio, principal pólo urbano regional. De acordo com Pereira & Leite (2005), a partir de 1970 a cidade sofreu uma

<sup>25</sup> Prefeitura Municipal de Montes Claros. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, Turismo, Ciência e Tecnologia. Disponível em <[http://www.montesclaros.mg.gov.br/desenvolvimento%20economico/div\\_ind-com/pdf/Dados%20Geraiis%20da%20cidade%20de%20Montes%20Claros.pdf](http://www.montesclaros.mg.gov.br/desenvolvimento%20economico/div_ind-com/pdf/Dados%20Geraiis%20da%20cidade%20de%20Montes%20Claros.pdf)>. Acesso em 15 jan. 2012.

mudança significativa na economia, que se industrializou, expulsando e atraindo a população do campo para a cidade, crescendo desordenadamente, com repercussões econômicas, sociais e ambientais.

Com relação à rede de assistência em saúde, em 2009 o município possuía 224 estabelecimentos de saúde entre hospitais, pronto-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos, sendo 83 deles públicos e 141 privados. A cidade possuía 921 leitos para internação, sendo que 241 estão nos públicos e os 680 restantes estão nos privados. Na cidade existem seis hospitais gerais, sendo um público, dois privados e três filantrópicos. Possuía ainda aproximadamente 8.780 profissionais de saúde (DATASUS, 2009).

### **A Estratégia Saúde da Família na cidade de Montes Claros (ESF)**

As equipes do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro da Atenção Básica da Saúde da cidade de Montes Claros, outrora denominado Programa Saúde da Família, constituíram o universo desta pesquisa.

O Programa Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 1997) foi criado a partir de uma reformulação do sistema de saúde do Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Nesse contexto de mudanças, oficializou-se em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como objetivo geral

[...] contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997, p. 10).

No município de Montes Claros, o Programa Estratégia Saúde da Família foi implantado em 1998. Em 2011, de acordo com a planilha da Secretaria de Saúde do município de Montes Claros, existia um total de 76 equipes de Estratégia Saúde da Família no município. Desse total, 17 eram equipes denominadas de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – EACS, formadas por agentes comunitários e enfermeiros apenas. Na zona rural existiam 10 equipes de ESF. Das 59 equipes restantes das ESFs, 50 estavam com o quadro completo de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários) e 45 equipes tinham Saúde Bucal, conforme a coordenação do programa.

As equipes de ESF possuem duas modalidades. A Modalidade I é composta por uma equipe de ESF e Saúde Bucal, composta por dentista e auxiliar de consultório dentário (ACD). A modalidade II possui 02 equipes de ESF e Saúde Bucal formada por dentista, técnico de higienização dental (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD), conforme TAB. 4 - ANEXO C.

## A amostra da pesquisa

Pelo objeto de estudo em questão, trabalhamos com uma amostra do universo da pesquisa de modalidade não-probabilística e intencional, em que “o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc...) de determinados elementos da população, não representativos da mesma” (LAKATOS; MARCONI, 1992, p. 47). Ou ainda definida por Turato (2003, p. 357) como “aquela de escolha deliberada de respondentes, sujeitos ou ambientes”. Nela o pesquisador “[...] delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo”, podendo escolher entre

[...] aqueles cujas características pessoais (dados de identificação biopsicossocial) possam, em sua visão enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta (TURATO, 2003, p. 357).

Os sujeitos da amostra são escolhidos segundo o arbítrio e interesse científico do pesquisador, a partir das justificativas apresentadas no projeto de pesquisa, [...] reunidos pelo critério de homogeneidade fundamental determinado por uma característica comum a todos da amostra, ou seja, “a característica-chave que os une é o próprio tema de trabalho” (TURATO, 2003, p. 365).

Nesta pesquisa a característica-chave foi a de serem profissionais atuantes em equipes do programa Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros, MG, uma vez que esse Programa pode ser porta de entrada para os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Nossa amostra se constituiu de três equipes do Programa ESF compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários, com os quais fizemos as entrevistas.

A escolha das equipes da Estratégia da Saúde de Família (ESF) que compuseram o estudo se deu em função de uma pesquisa ainda não publicada, orientada pela autora (TRABBOLD; ARAÚJO, 2011), com dados do Conselho Tutelar da 2ª Região da cidade de Montes Claros, MG, referentes ao período de dezembro de 2008 a março de 2010 (GRÁFICO 1). Visou identificar as denúncias mais frequentes de maus tratos contra crianças e adolescentes coletadas pelo Conselho Tutelar citado, e sua distribuição por bairros pertinentes à jurisdição do órgão.

O resultado da pesquisa evidenciou que os bairros com maiores índices de denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes foram: Jardim Palmeiras (11,3%); Village do Lago II (10,3%); Independência (8,4%), Santo Antônio II (6,6%); Morrinhos (6,6%) e outros bairros próximos aos entroncamentos da cidade.

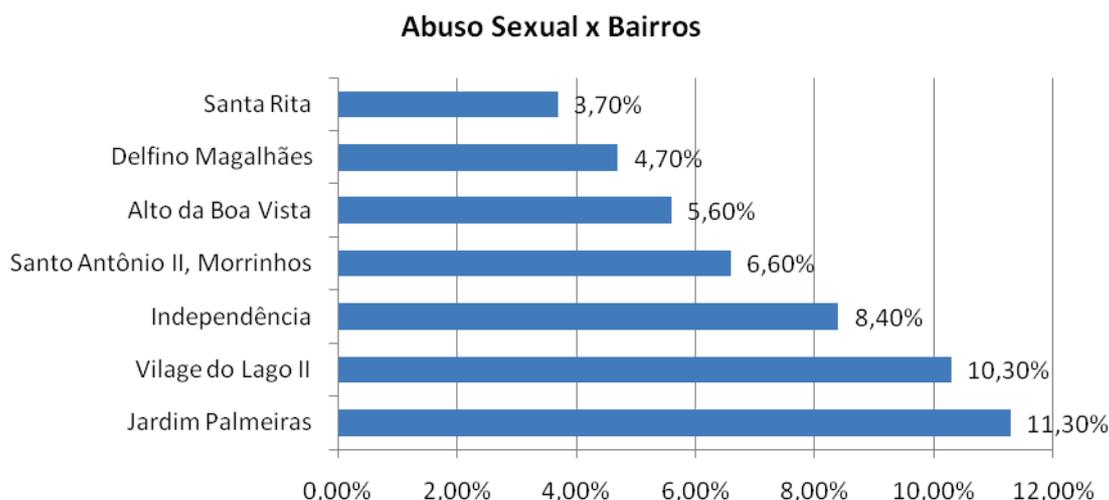


GRÁFICO 1 - Número de Denúncias por bairros registradas pelo Conselho Tutelar 2ª Região, no período de Dezembro/2008 a Março/2010), cidade de Montes Claros – MG.

Fonte: Relatório do Conselho Tutelar 2ª Região (Dezembro/2008 a Março/2010), Montes Claros – MG.

Identificamos então três equipes do ESF (uma equipe no ESF J. Palmeiras I e duas equipes no ESF J. Palmeiras II) (Fig. 8) que tinham sob sua jurisdição alguns dos bairros citados pelo Conselho Tutelar (TAB. 2), a partir do mapa de distribuição das equipes, fornecido pela Secretaria de Saúde do Município de Montes Claros, que compuseram nossa amostra.

TABELA 2

Equipes de ESF que compuseram a amostra da pesquisa.

Designação das equipes	Nº de equipes	Bairros atendidos pelas unidades/ nº famílias atendidas	Total de Profissionais existentes nas equipes
ESF Jardim Palmeiras I	01 Equipe de ESF Mod. I	Parte do bairro J. Palmeiras I / aproximadamente 750 famílias (3.400 pessoas) por equipe	01 médico; 01 enfermeiro; 05 Agentes Comunitários de Saúde; 01 técnico de enfermagem
ESF Jardim Palmeiras II	02 Equipes de ESF Mod. I	Parte do bairro J. Palmeiras I e o bairro Delfino Magalhães/ aproximadamente 750 famílias por equipe (3.400 pessoas) por equipe	02 médicos; 02 enfermeiros; 12 Agentes Comunitários de Saúde; 02 técnicos de enfermagem

Fonte: Dados da pesquisa.

Para atingir os objetivos propostos na pesquisa adotamos os seguintes critérios de inclusão e exclusão na amostra:

- Critérios de inclusão:
- ser profissional contratado de uma das equipes de ESF da cidade de Montes Claros;
  - ocupar os cargos de médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde;
  - aceitar dar entrevista.
- b) Critérios de exclusão:
- ter sido contratado a menos de quinze dias;
  - ser estagiário na equipe;
  - ter algum impedimento de ordem física ou mental que impeça o profissional de elaborar o tema e dar entrevista (ex: problemas que dificultem o entendimento da fala ou desordem mental severa que altere o pensamento).

Quanto ao fechamento da amostra, conforme Fontanella; Ricas; Turato (2008, p. 23), ele “resulta de um balanço que o pesquisador faz sobre valorizar, no conjunto das informações obtidas, as diferenças ou, em contraposição, o que se repete”. De forma que “o ponto exato de saturação amostral é determinado, logicamente, sempre a *posteriori*. Embora sua ocorrência tenha sido prevista no desenho da pesquisa”, o importante é que se explicita como se deu o fechamento da amostra na pesquisa, segundo os autores. (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 24).

Levando essa posição em consideração, o fechamento da amostra da presente pesquisa se deu com a entrevista de 10 profissionais, sendo 09 deles inseridos nas três equipes da ESF e 01 sendo o coordenador municipal do programa ESF. Não tínhamos dados a priori sobre o tema que nos levasse a comparar equipes, por exemplo. Então, à medida que fomos entrevistando os profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, decidimos não entrevistar os auxiliares de enfermagem, como previsto no projeto inicial, uma vez que as falas dos profissionais trouxeram as regularidades necessárias para responder ao objetivo da pesquisa.

### 3.7 Coleta de dados (2ª Etapa)

A etapa de coleta de dados foi iniciada após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da UFMG, parecer nº 443/11. Constou de entrevistas com um gestor e 08 profissionais de 03 equipes da ESF da cidade de Montes Claros, MG. A entrevista é um dos instrumentos básicos para coleta de dados na pesquisa qualitativa. Ela é uma “conversa entre dois, ou vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa”

(MINAYO, 2006, p. 261). Utilizamos a entrevista em profundidade, onde convidamos o informante a falar livremente sobre um tema, a partir de perguntas feitas pelo entrevistador, “buscando dar mais profundidade às reflexões” (MINAYO, 2006, p. 262).

A construção do roteiro da entrevista (APÊNDICE A) se deu em função desse entendimento, com as seguintes questões: 1) Você já leu, estudou ou fez curso sobre violência sexual contra crianças e/ou adolescentes? 2) Para você, o que é violência sexual contra crianças e/ou adolescentes? 3) Quais os indicativos para uma suspeita de violência sexual contra crianças e adolescentes? 4) Quais os indicativos para uma confirmação de violência sexual contra crianças e adolescentes? 5) Quais os encaminhamentos dados por você em ambos os casos (suspeita ou confirmação)? 6) Existe um trabalho integrado em sua equipe de trabalho nestes casos? 7) Poderia me contar alguma experiência da sua vida profissional ligada à violência sexual contra criança ou adolescente?

Foi usado ainda um diário de campo, que se refere a um caderno de notas, onde se registraram impressões pessoais da pesquisadora, falas de profissionais fora do contexto da entrevista, e outros aspectos julgados relevantes pela pesquisadora durante a investigação.

Partindo da delimitação da amostra já explicitada, entrevistamos primeiro a coordenadora do Programa Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros. Essa entrevista foi de caráter exploratório, buscando compreender como funcionava o Programa Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros e de que forma trabalhavam com os casos de crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

A partir de então fizemos contato telefônico com as duas unidades (Jardim das Palmeiras I e II) onde se encontravam as 3 equipes do ESF, marcando dia e hora da entrevista com o gestor. Apresentávamos a eles a carta da Secretaria de Saúde do município de Montes Claros, que nos autorizava realizar a pesquisa nas unidades do ESF. Como os gestores são enfermeiros das equipes de saúde, além de explicarmos a pesquisa, fizemos as entrevistas com eles também. Ao total realizamos 09 entrevistas, sendo 03 com profissionais médicos, 03 enfermeiros (incluindo a coordenadora do programa), e 03 agentes comunitários de saúde.

Não foram feitas as entrevistas com os técnicos de enfermagem, uma vez que os discursos produzidos pelos profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde apresentaram o material necessário para compreensão do fenômeno pesquisado.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora nas unidades selecionadas do ESF por escolha dos participantes e por disporem de uma sala, geralmente um consultório da unidade, garantindo um local adequado com pouco ruído para gravação e manutenção do sigilo das informações. Como escolha, sempre disponibilizamos uma sala no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, caso o participante preferisse conversar fora do local de trabalho, fato não ocorrido.

Após a apresentação da pesquisa, buscando um clima de cordialidade e confiabilidade, era feito o pedido de entrevista e, uma vez aceito, passava-se à leitura do Termo de Consentimento e sua assinatura, para então realizar-se a entrevista propriamente dita. Todas as entrevistas foram áudio gravadas com o consentimento dos participantes.

Ainda quanto aos aspectos éticos da pesquisa, a pesquisadora ficou atenta a qualquer manifestação de constrangimento, deixando claro que poderia interromper a entrevista, aguardando até que o entrevistado se sentisse em condições de se expressar ou não, tendo em vista que o tema da pesquisa poderia ser perturbador. Tais questões também foram abordadas na leitura do Termo de Consentimento, de forma a garantir a tranquilidade do entrevistado quanto ao sigilo das informações dadas por ele.

Antes de irmos aos ESF, voltamos à Secretaria de Saúde, após marcação por telefone, para uma entrevista com a coordenadora do programa. Essa entrevista teve como objetivo compreender o funcionamento do programa Saúde da Família em Montes Claros, e colher alguma informação sobre ações que a Secretaria tenha promovido, relacionada à questão da violência sexual contra crianças e adolescentes. Passamos então a visitar as unidades.

Fomos de duas a três vezes na mesma unidade de ESF para realizarmos as entrevistas, uma vez que os profissionais nem sempre estavam disponíveis no momento de nossa ida. Marcávamos um encontro com eles e voltávamos em outro dia. A partir do primeiro contato com o gestor, pedimos que nos apresentasse outro profissional da equipe, de acordo com os elencados na pesquisa (médicos, enfermeiros e agentes comunitários), facilitando nossa entrada na equipe, uma vez que éramos estranhos a elas, não convivíamos no dia a dia.

Na primeira unidade designada, Jardim das Palmeiras I, entrevistamos 01 enfermeira, 01 agente comunitária e 01 médica em um dos consultórios disponíveis. Na segunda unidade visitada, denominada Jardim das Palmeiras II, funcionavam duas equipes do ESF por ser uma área extensa. Nessa unidade entrevistamos 02 enfermeiros, 02 médicos e 03 agentes comunitários.

Os arquivos digitais obtidos através de um gravador, que se referiam às entrevistas coletadas, foram digitados no Programa Word da Microsoft, utilizando-se um microcomputador, sendo respeitado o sigilo das informações.

### **3.8 Análise dos dados coletados (3ª Etapa)**

A análise do material coletado tem três finalidades: (a) A “heurística”, como descobertas da pesquisa. (b) A “administração de provas”, adquirida entre “os achados, as hipóteses ou pressupostos”. E (c), a ultrapassagem do nível espontâneo das mensagens (MINAYO, 2006, p. 300).

Quanto às técnicas utilizadas para análise, “poderão existir tantas quantas forem criadas pelos pesquisadores na busca de lapidar os dados para garantir a fase de uma profícua discussão”

(TURATO, 2003, p. 437). O pesquisador então pode ser entendido como um “pesquisador-como-um-bricoleur” (Ibidem, p. 259), termo ressignificado por Lévi-Strauss, ao lançar mão de vários instrumentos e recursos para compreender os fenômenos que estudava. Nesse sentido, o caminho percorrido na análise dos dados evidenciará sempre certa originalidade. Ou, segundo Orlandi (2003, p. 27), o dispositivo analítico é construído pelo pesquisador, “optando pela mobilização desses ou aqueles conceitos, esse ou aquele procedimento, com os quais se compromete na resolução de sua questão”.

Nesta pesquisa seguimos as seguintes etapas para organizarmos o material coletado nas entrevistas. A primeira aproximação com o texto foi através de leituras flutuantes, a partir da imersão no conjunto de informações coletadas e digitadas com a finalidade de conhecer o texto, apreendendo algumas impressões dele, de forma que se desvelassem regularidades e rupturas discursivas suficientes para responder ao objetivo da pesquisa.

Construímos um esquema de análise (QUADRO 2 - APÊNDICE C), entendendo-o como um instrumento de visualização que nos subsidiou no processo de compreensão dos enunciados dos discursos. O esquema se subdivide em duas partes: a primeira é composta pelo conceito que os profissionais possuem sobre violência sexual contra crianças e adolescentes (o que é, como explicam e descrevem). A segunda parte se refere às práticas dos profissionais (o que fazem, como fazem e o que deveriam fazer).

Para preservar a identidade dos profissionais optamos pelo sistema em que a primeira letra designa a profissão, “M” para médico, “E” para enfermeiro e para a coordenadora, e “A” para agente comunitário de saúde) e, um número para cada letra, distinguindo as falas dos profissionais (M1;M2;M3;E1;E2;E3;E4A1;A2;A3)..

Voltamos a ler os dados colocados no esquema de análise, de forma que embasados em Foucault (2010), buscamos “analisar as regras do discurso que tornam possível a ocorrência de certos enunciados, em determinado tempo e localização institucional” (BEATO; STRANLEN; PASSOS, 2011, p. 531). Lembrando que para Foucault (2010) os enunciados são “como um jogo de posições possíveis para um sujeito [...] com uma materialidade repetível” (FOUCAULT, 2010, p. 123). Eles são produzidos “por um sujeito, em um lugar institucional, determinado por regras sócio-históricas, que definem e possibilitam que ele seja um enunciado” (GREGOLIN, 2004, p. 28). As práticas discursivas dos profissionais sobre a conceituação e encaminhamento dado aos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes foram definidas a partir de “um recorte feito pelos pesquisadores, [na] regularidade encontrada em um número de enunciados que estão submetidos à mesma condição de existência” (BEATO; STRANLEN; PASSOS, 2011, p. 531). Quatro foram as dimensões que se destacaram na análise realizada, sendo que os enunciados correspondentes aparecerão nas discussões feitas nessas dimensões: 1) A primazia do modelo biotecnológico; 2) Práticas extradiscursivas institucionais; 3) Conteúdo moral das concepções e, 4) Implicações da pesquisadora, que passaremos a explicitar na discussão dos resultados.

## **4 Capítulo - Resultados e Discussão**

Este estudo partiu de duas hipóteses: uma delas é que não há, entre os profissionais que formam as equipes da ESF, uma mesma compreensão da questão da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes (suas formas, causas e consequências), levando a uma falta de sincronia frente à demanda de intervenção, seja na identificação, no acompanhamento ou na condução destes casos. Acrescido a isso, a não existência de um serviço especializado de referência que dê suporte às decisões e ao acompanhamento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Ambas as situações colaborariam para a subnotificação de tais casos. Por isso, nosso objetivo foi o de investigar as práticas discursivas dos diferentes profissionais, inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG, sobre a identificação e a condução de casos de crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

Para atingir tal objetivo trabalhamos numa perspectiva arqueológica foucaultiana (FOUCAULT, 2010) buscando entender o aparecimento e a transformação de determinados saberes. Isso se dá através da reconstituição de “um campo histórico, jogando com diferentes dimensões (filosóficas, econômicas, científicas, políticas, estéticas) a fim de se obter as condições de emergência dos discursos (e não sua validação) em uma determinada época” (EIZIRIK, 2006). Nesse sentido, buscamos analisar os enunciados que aparecem nos atos de fala dos profissionais da ESF, que se relacionam com as práticas discursivas sobre violência sexual contra crianças e adolescentes.

Iniciaremos a discussão dos resultados através das implicações do campo e da amostra na pesquisa.

### **4.1 O perfil dos profissionais pesquisados da Estratégia Saúde da Família**

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, tem havido um investimento na atenção básica em saúde que se estrutura através da Estratégia Saúde da Família (ESF), outrora chamado de Programa Saúde da Família (PSF). A ESF é caracterizada como uma estratégia por possibilitar a integração e promover ações em um determinado território para conseguir resolutividade nos problemas identificados com relação à saúde. Por ser um serviço de atenção primária em saúde, a ESF é considerada a porta de entrada do sistema de saúde para garantir a maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso a outros níveis. Nesse sentido a Estratégia Saúde da Família deve ser considerada a porta de entrada para agravos em saúde, incluindo os casos de violência em suas diversas formas (física, sexual, psicológica), e aqui salientamos a violência sexual contra crianças e adolescentes. Por esse motivo, nossa investigação teve como universo da pesquisa a Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Montes Claros, MG.

O perfil dos profissionais que entrevistamos (TABELA 3) foi o seguinte. Dos 09 (nove) profissionais das equipes da ESF, 03 (três) eram médicos do ESF; 04 (quatro) eram gestores e enfermeiros nas ESF; e 03 (três) eram Agentes Comunitários de Saúde. Com relação aos profissionais médicos, suas idades eram de 36 anos, 41 anos e 55 anos. Em relação às especializações, 01 (um) tinha Mestrado e Residência em Saúde da Família e Comunidade, 01(um) fez Residência em Saúde da Família e Comunidade, e 01(um) ainda estava cursando Residência em Saúde da Família e Comunidade. O tempo que desempenhavam a função de médicos na ESF foi de 10 (dez) anos, 02 (dois) anos e 01 (um) mês, mas todos eles tinham experiências anteriores como médicos em outros locais. Dos 04 (quatro) enfermeiros entrevistados, além desta função 03 (três) eram os gestores das equipes da ESF e 01 (um) coordenava o Programa ESF. Suas idades eram de 29 (vinte e nove) anos, 28 (vinte e oito) anos e 27 (vinte e sete) anos. Em relação a cursos de especialização 01 (um) tinha Pós-Graduação em Saúde da Família e comunidade; 01 (um) tinha residência em Saúde da Família e Comunidade; e 01 (um) era especializado em Urgência e Emergência. O tempo de serviço na ESF era de 05 (cinco) anos, 03(três) anos e 06 (seis) meses, e 03 (três) anos. A coordenadora do Programa Estratégia Saúde da Família é enfermeira, com residência em Saúde da Família e Comunidade, tem 32 (trinta e dois anos) anos, está no cargo de coordenadora das ESF há 01 (um) ano, mas trabalhou vários anos em uma equipe da ESF. Os 3 (três) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tinham as seguintes formações acadêmicas: segundo grau completo; segundo grau incompleto e cursando ensino superior. Suas idades eram 57 (cinquenta e sete) anos, 28(vinte e oito) anos, 43 (quarenta e três) anos. O tempo na função de ACS era de 07 (sete) anos; 01(um) ano; e 03(três) anos, respectivamente.

A maioria dos profissionais das 03(três) equipes que entrevistamos, exceto um, de forma geral tinha mais de um ano no serviço, o que propiciava experiência de trabalho com a ESF. Dos 03 (três) médicos entrevistados, 02 (dois) deles tinham formação específica em Saúde da Família e Comunidade, bem como possuíam experiência de trabalho pelo tempo de serviço na ESF, com exceção de um médico que havia acabado de chegar ao serviço vindo de outro estado. Dos 04 (quatro) enfermeiros entrevistados, 03(três) eram gestores das equipes que estavam vinculados e 01(um) coordenava o Programa a nível da Secretaria de Saúde do município. Dois deles tinham também formação específica em Saúde da Família e Comunidade, mas todos tinham experiência de trabalho na ESF, uma vez que o tempo de serviço ser igual ou superior a um ano. Com relação aos agentes comunitários de saúde apenas um estava cursando o Ensino Superior, os outros dois tinham o 2º grau, um completo e outro incompleto. Receberam treinamento para serem ACS após serem aprovados em seleção da Secretaria de Saúde.

TABELA 3  
Perfil dos entrevistados

<i>n.</i> <i>Profissionais</i> <i>entrevistados</i>	<i>Sigla</i>	<i>gênero</i>	<i>idade</i>	<i>formação</i>	<i>Especialização</i>	<i>cargo</i>	<i>Tempo no</i> <i>cargo</i>
03 profissionais médicos	M1	Masc.	36 a.	todos Graduação em medicina	Mestrado e residência em Saúde da Família	Medico do ESF	10 anos,
	M2	Fem.	55 a.		Residência Saúde da família,		2 anos,
	M3	Fem.	41 a.		Cursando residência saúde da família.		1 mês
04 profissionais enfermeiros (incluindo o coordenador)	E1	Fem.	29 a.	todos Graduação em enfermagem	Residência em saúde da família;	Enfermeiro e gestor	3 anos no ESF mas 1 ano nesta equipe;
	E2	Fem.	28 a.		Res. em Saúde da Família.	Coord. Da ESF.	3 anos e 6 m
	E3	Fem.	27 a.		Pós-graduação em saúde da família;		5 anos no ESF mas 6 meses na equipe.
	E4	Masc.	32 a.		Pós-graduação em urgência e emergência.		1 ano
03 Agentes comunitários de saúde	A1	Fem.	57 a;	2º grau incompleto	Todos fizeram o curso para ACS dado pela Secretaria de Saúde	ACS	7 anos;
	A2	Fem.	27 a;	Graduação			1 ano;
	A3	Fem.	43 a	2º grau completo.			3 anos.

Fonte: Dados da pesquisa.

Estes dados indicam que, de forma geral, os profissionais dessas equipes da ESF, conforme foi preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), deviam conhecer as famílias de seu território de abrangência; identificar os problemas de saúde e as situações de risco de sua comunidade; serem capazes de elaborar um programa de atividades para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, o que inclui a questão da violência sexual contra crianças e adolescentes. Contudo, os achados de nossa pesquisa indicam várias dificuldades encontradas pelos

profissionais que os paralisam e os alienam diante da questão de crianças e adolescentes em situação de violência sexual em conformidade com as diretrizes propostas para as equipes da ESF.

Quatro dimensões se destacaram na análise realizada: 1) Prevalência do modelo biotecnológico; 2) Práticas extradiscursivas institucionais; 3) Conteúdo moral das concepções e, 4) Implicações da pesquisadora, que passaremos a explicitar.

## 4.2 Preponderância do modelo biotecnológico

### A Primazia das evidências

A complexidade da questão da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes se dá pelas várias imbricações que incluem o campo do social, do político, do econômico, do cultural e da subjetividade humana, devendo sua análise levar em consideração tais aspectos.

Em nossa sociedade a violência sexual praticada contra crianças e adolescentes caracteriza-se por ser uma violação dos direitos humanos no que tange à liberdade sexual da pessoa humana, por ser uma prática erótica *imposta* à criança ou ao adolescente por *ameaça, violência física ou indução de sua vontade*. Compreende, de forma geral, o envolvimento de uma criança ou adolescente em algum *ato ou jogo sexual, que pode ser homo ou heterossexual, para satisfazer sexualmente o perpetrador do ato que está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a criança e o adolescente vitimizado* (BRASIL, 2011; UNICEF, 2011, grifos nossos). Esse entendimento foi recentemente respaldado com a mudança do Código Penal pela Lei 12.015/2009, que tipificou e ampliou a definição de crimes como estupro, tráfico de pessoas, prostituição e outras formas de exploração sexual, prevendo penas mais rigorosas para quem comete ou facilita a violência sexual infantil.

Esse conceito ampliado de violência sexual leva em consideração que este tipo de violência nem sempre deixa indícios na forma de lesões ou marcas corporais, como evidência do fato ocorrido. De acordo com o Dicionário Michaelis, a palavra “evidência”, significa “qualidade daquilo que é evidente, que é incontestável, que todos veem ou que podem ver e verificar”. Temos então que “Evidenciar” significa 1. Que se compreende sem dificuldade nenhuma, que não oferece dúvidas. 2. Claro, manifesto, patente, óbvio. 3. Que não pode ser contestado ou negado; incontestável, inegável. 4. Plausível, convincente. Antônimo 1. Duvidoso (MICHAELIS, 2002, p. 915). Nesse sentido, sabemos que a violência sexual pode não se apresentar de forma evidente ou de fácil identificação por vários motivos. Um deles diz respeito às possíveis formas de sua ocorrência. Esse estudo optou por denominar de violência sexual tanto o Abuso como a Exploração sexual comercial.

Os profissionais entrevistados usaram os termos “violência”, “abuso”, “estupro”, “violência sexual” para denominarem de forma geral a violência sexual contra crianças e adolescentes. Entretanto, o termo “abuso sexual” compreende os crimes de estupro incestuoso ou não, e de assédio sexual, caracterizado essencialmente por não envolver ganhos comerciais nem do autor, nem das

vítimas, como acontece na exploração comercial sexual (AMAS, 2007). Atualmente o Código Penal, lei 12.015/2009 (BRASIL, 2009), considera como *estupro* tanto o coito propriamente dito quanto outras práticas eróticas impostas a alguém, de qualquer gênero e sexo, através do uso de violência ou grave ameaça. Considera-se também como crime de assédio sexual as propostas de relações sexuais ou atitudes erotizadas intimidadoras por alguém hierarquicamente superior no cargo, na função que exerce ou no emprego vinculado ao adolescente, a exemplo das relações entre professor-aluno; chefe-subalterno; patrão-empregado; médico-paciente; psicólogo-paciente e outras (BRASIL, 2009; GRECO, 2010).

Essa mudança na legislação é fruto da luta dos movimentos sociais emergentes no final dos anos 80 e início dos 90, assim como a criação de ONGs no Brasil, atuantes na defesa dos direitos de crianças e adolescentes, que “passam a tratar o ‘abuso sexual infanto-juvenil’ enquanto uma questão política particularizada e especialmente dramática” (LOWENKRON, 2010, p.16), constituindo-se assim uma agenda política específica e prioritária para o fenômeno. A partir de então passa a existir uma explosão discursiva sobre o tema da violência sexual. Isso explica que dos 09 (nove) profissionais entrevistados, 07 (sete) deles possuíam o conceito ampliado de violência sexual que inclui atos libidinosos com a criança ou o adolescente, sem terem formação específica no assunto, exemplificado na fala de E3:

*E3- Olha... eu não estudo muito este assunto, mas assim pelo que eu sei, uma fala com a criança, eu já considero uma violência sexual com a criança ou com adolescente..uma palavra mais ousada..as vezes um toque, não só o ato sexual em si, acho que começa desde da palavra que você usa com aquela criança, ou às vezes uma imagem que você mostra a ela, eu já considero uma violência sexual.*

Esse dado revela que a maioria dos profissionais partilha de um entendimento teórico comum do seja violência sexual, dentro do conceito atual, e por esta razão, poderíamos supor que haveria uma facilidade maior para identificar os casos de violência. Entretanto, como foi apontado por E1, quando a violência sexual não deixa marca ou lesões torna-se mais difícil sua identificação pelo profissional:

*E1- violência sexual especificamente né?.. tem alguns (risos) .. no meu entendimento..a própria alusão, afeto com a criança já é uma violência.. então assim, imagens que seja direcionado a sexo já é uma violência, e tem a violência sexual mesmo né, do contato mesmo, da criança ser vítima mesma do ato, da violência sexual mesmo, do ato, mas até outras coisas é caracterizado como violência sexual até imagens, alguma alusão que a pessoa faça já é uma violência... e assim fica mais difícil (risos) da gente perceber, a criança possa estar sendo exposta, o ambiente familiar tem muitos tipos de convivência, tem coisas que acontecem que a gente não sabe, este tipo de violência que é mais de falar, de provocar, de insinuar as coisas é muito difícil de perceber. O ato já é um processo porque ai é difícil alguém da família não ter conhecimento. Mas o que eu entendo são essas formas que existem.*

Então, mesmo partilhando de um conceito comum, não é tarefa simples para o profissional reconhecer os casos de violência sexual. Isso porque o tema traz em si dificuldades, ao remeter a tabus e preconceitos referentes à sexualidade humana, refletindo tanto na esfera social como na subjetiva. Esse fato explica a contradição encontrada na fala de E1 quando diz: [...] *e tem a violência sexual mesmo né, do contato mesmo, da criança ser vítima mesma do ato, da violência sexual mesmo, do ato [...]*. E1 deixa subentendido que a “verdadeira”, a “pior” violência sexual aconteceria com a consumação do ato sexual, como se as outras formas (atos libidinosos, exploração sexual comercial) fossem menos traumáticas, como podemos verificar também na fala de A3:

*A3- [...] eu acho que é... violência é mais forte; abuso é quando você chega a praticar algo mas não tão profundo como a violência, violência é quando chega a agredir mesmo, chega a ter uma relação sexual. Abuso é quando tem ali.. passar a mão, ou visivelmente mostrar parte do corpo, ali é um abuso, pra mim é abuso.*

Alvin (1997, p. 75), a partir de seu trabalho no atendimento emergencial com vítimas de violência sexual, alerta que os abuso sexuais mais frequentes continuam sendo as cenas de “exibicionismo ou atentado violento ao pudor, que na maioria das vezes não são imediatamente divulgados”, [mas] uma “discrição” desse tipo não deveria, porém torná-los desprezíveis nem considerá-los, *a priori*, como benignos ou isentos de consequências dolorosas”.

Outro equívoco de E1 se refere à crença de que alguém da família teria conhecimento no caso de estupro que acontece na própria família: [...] *O ato já é um processo porque ai é difícil alguém da família não ter conhecimento*. Esse entendimento é uma crença errônea. Os estudos apontam a existência de um silêncio das vítimas a respeito da violência sexual que foram submetidas, durante anos, pela vergonha, pelo medo, pelo descrédito que sofrem ao tentar revelar a violência, seja para um familiar ou não (ALVIN, 1997; FALEIROS, 1999; KRUG *et. al.*, 2002).

Outra constatação é a de que apesar dos profissionais em teoria, levarem em consideração que atos libidinosos com crianças e adolescentes são abusivos, e se constituem em uma violência, evidenciamos que os profissionais pesquisados ficam presos a evidências para identificar os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, exemplificado nas seguintes falas:

*M2- agora violência igual ..violência que a gente fala assim ao pé da letra...é... lesão, de casos de estupro, essas coisas, inclusive no outro PSF, não tem.*

*E3- Aquela criança que esteja muito calada, o agente [comunitário de saúde] faz uma visita e vê que tem alguma questão ali naquela criança, a criança tá chamando a atenção, não tá conversando direito... às vezes, de repente, vê algo na rua, assusta, alguma coisa assim, eu vou procurar investigar o que tá acontecendo.[...] Marco aqui no consultório, a gente examina a genitália da*

*criança, mas aí são crianças menores, mas pode acontecer, aí a gente examina a genitália, mais ou menos isso.*

*E1- então a gente vê mudança de comportamento nas crianças, ou assim, algum machucado, alguma coisa que a mãe explica pra gente que foi de uma forma, mas você fala assim..mas esse..esse machucado aqui não condiz com a história, sabe... ou mudança de comportamento que a criança fica mais agressiva , ou quieta demais, retraída demais.*

*E4- É que às vezes a criança também ela pode, o adolescente até pode mentir também. Pode falar que às vezes, ah! meu pai tá abusando de mim e tal, às vezes tá com raiva do pai pode inventar isso; às vezes o pai pode fazer mal pra mãe aí ela vem com uma calúnia dessa, mas eu acho que com o exame, no caso, exame de corpo delito pra ver o que tá acontecendo, violência, marcas, às vezes criança também e o adolescente aparece muito presença de medos, de enforcamento porque ela luta ali pra não acontecer aquele abuso, entendeu. E acho que é através de marcas mesmo, de escoriações pelo corpo.*

As falas de M2 e E3 indicam que eles associam a presença de violência sexual com lesões físicas que podem ser verificadas com exames clínicos ou laboratoriais para sua comprovação. Outros profissionais como E1 suspeitam quando encontram alterações comportamentais na criança/adolescente, que podem estar acompanhadas ou não por lesões. Ou seja, na prática os profissionais lidam com a violência sexual como uma “doença”, esperando encontrar “sinais e sintomas”, cujo diagnóstico deverá e poderá ser comprovado por exames, reduzindo todo o problema ao nível biológico, dado corroborado pela pesquisa de Bannwart e Brino (2011) como uma das dificuldades enfrentadas por pediatras na identificação e notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

A pesquisa com processos jurídicos de Habigzang *et al.*, (2005), indicou que a comprovação da violência sexual nos processos foi através do depoimento da vítima em 63,2% dos casos, contra 32,4% dos casos que as provas consistiam em laudos do Instituto Médico Legal, exames ginecológicos e exames de corpo delito, o que evidencia que a violência sexual nem sempre deixa lesões físicas. Da mesma forma, as mudanças comportamentais observadas em crianças e adolescentes podem ser resultado de outros tipos de violência (negligência, violência psicológica ou física, etc.), que a criança ou o adolescente pode ser acometido, ou como nos aponta Mazet (1997, p 206) pode-se ter um “efeito retardado do trauma”, [ou um ] efeito traumático *a posteriori*, quando o evento adquire sentido”, anos depois na adolescência, apesar de ter ocorrido na infância. Assim, podemos confirmar que não há uma linearidade pretendida entre causa-efeito quando nos referimos a eventos psíquicos como ocorre dentro do modelo biotecnológico.

*A- a confirmação no caso é ... como ela me falou, eu só vou confirmar a partir do momento que eu presenciar, a partir do momento que eu presencio aquilo ali eu confirmo aquilo ali como um abuso sexual.*

Estes dados nos fazem questionar por quais razões os profissionais da saúde ficam presos às evidências para identificarem os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

A hipótese que levantamos é que os profissionais que integram as equipes pesquisadas da Estratégia Saúde da Família lidam com a violência sexual contra crianças e adolescentes tendo como principal referência o “paradigma biotecnológico”. Este modelo, ainda hegemônico, é resultante de dois paradigmas fundamentais que constituíram o saber e a prática médica a partir do século XVIII, formando o primeiro paradigma da racionalidade científica temos os paradigmas anátomo-clínico e, posteriormente o biológico. A partir do século XX, a incorporação da tecnologia pela medicina constituiu o segundo paradigma, denominado de “medicina tecnológica” (PIMENTA; FERREIRA 2003, p. 224).

As doenças antes do século XVIII eram entendidas como articuladas ao ambiente, ou com as relações sociais que as produziam. Após o século XVIII a medicina ao tornar-se científica dicotomiza o homem e a natureza dentro da racionalidade moderna, passando o corpo humano a ser objeto de investigação e conhecimento científico, aumentando o conhecimento médico na compreensão das doenças. Através da associação da clínica com a anatomia patológica, denominado de paradigma anátomo-clínico, houve com ampliação do conhecimento de novas doenças, novas técnicas semiológicas e de laboratórios (FOUCAULT, 1994; CLAVREUL, 2002). As doenças passam a ser “compreendidas como a relação entre agente etiológico, alterações fisiopatológicas e um conjunto de sinais e sintomas” (CZERESNIA, 2003, p. 3), estabelecendo uma relação linear (reducionista) de causa e efeito entre agente etiológico e a doença, lançando para um segundo plano o doente e o ambiente. Tal relação muda a preocupação do médico, centralizando-se na doença e não mais no paciente. Essa mudança, na visão de Foucault (1994, p. xviii), reflete-se na substituição da “pergunta ‘o que é que você tem?’”, por onde começava no século XVIII o diálogo entre médico e o doente, com a gramática e o estilo próprios, por esta outra que reconhecemos no jogo da clínica e no princípio de todo discurso: <<onde lhe dói ?>>.

O modelo biotecnológico da assistência em saúde desconsidera a dimensão singular do adoecimento humano, não levando em consideração os sintomas subjetivos apresentados pelo paciente, mas apenas os sintomas objetivos da doença, estabelecendo uma cisão entre a teoria e a prática médica (GUEDES, *et al.*, 2006, p. 1095), fato que pode ser observado na fala do profissional M quando indagado sobre o que conceituava por violência sexual:

*M1- Violência sexual é literalmente o estupro, [...] violência contra crianças meninos e meninas, de uma ação, de um ato sexual forçado.*

*P- Você diz que isso é o que chega a você, mas é isso só o que você conceitua como violência sexual? [...]*

*M1 - Do ponto de vista médico é isto que eu conceituo porque não conceituo conceber uma violência sexual velada, do ponto de vista de atendimento, de ação, é esta minha concepção.*

Analisando esse trecho de fala, o profissional M1 definiu que violência sexual contra crianças e adolescentes era “literalmente” estupro, isto é, um ato sexual forçado, excluindo assim as outras formas de apresentação da violência sexual, que para ele são “veladas”. Pensando na perspectiva do paradigma biomédico, só existe violência sexual (diagnóstico) se houver lesão física, entendida como um sinal de doença (evidência), onde sinal se refere às “manifestações objetivas das doenças” (PIMENTA; FERREIRA, 2003, p. 222). E, nesses casos, M1 entende que seu atendimento como profissional deve se limitar a um acompanhamento clínico nesses casos, ou seja, a uma prática curativista: *[...] Aqui a gente só... limita a primeiro... fazer uma anamnese, uma estimativa dessa queixa e se tratando realmente de um caso de suspeita, a gente encaminha para o hospital universitário. [...] e eles remetem pra gente novamente, eu faço o acompanhamento clínico aqui, a gente faz o acompanhamento clínico, a gente faz uma avaliação, uma propedêutica, a gente pede alguns exames, HIV, sorologia pra Hepatite B, Sífilis, e vai fazendo o acompanhamento pra ver como é que está.*

A postura de M1 reflete o pensamento de Czeresnia ao dizer que a prática médica no modelo biomédico passou a privilegiar “intervenções específicas individualizadas, de cunho predominantemente biológico, centradas no hospital e com progressiva especialização e incorporação indiscriminada de tecnologia” (CZERESNIA, 2003, p. 4). A mesma postura podemos perceber na fala do profissional E2 quando indagado como suspeitaria ou confirmaria um caso de violência sexual: *E2- [...] Confirmações é mesmo com lesões, a gente consegue perceber lesões e através de exames que a gente acaba pedindo [...]*. Isso demonstra que o modelo biotecnológico foi incorporado também por outros profissionais da saúde e não somente pelos profissionais médicos. Sendo assim percebemos que este modelo ainda norteia predominantemente as ações dos profissionais na Estratégia Saúde como foi corroborado na pesquisa de Nepomuceno e Brandão (2011) sobre a inserção da Psicologia na ESF. Os profissionais psicólogos que trabalham na ESF percebiam que as antigas práticas, centradas no modelo biomédico de atenção, acontecem no ESF, mas “aparecem como inovação e avanço, apenas pelo fato de serem ESF” (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011, p.769). Estes autores percebem o processo de trabalho ainda é médico-centrado, com pouco trabalho interdisciplinar, pouca atenção a ações de prevenção e promoção à saúde.

Contudo a ESF foi concebida pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de reestruturação da atenção básica do sistema de saúde para superação do modelo biotecnológico. Para isto a atenção da ESF deve se centrar na família e comunidade, integrando a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas, o que deveria possibilitar aos profissionais das equipes da ESF uma visão mais ampliada do processo saúde-doença para além de uma prática curativista. A ESF por fazer parte das ações da Atenção Primária em Saúde, primeiro nível de atenção do sistema de saúde, deve se constituir na porta de entrada do sistema de saúde, ou seja, deve ser “o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo [...]” (BRASIL, 2003, p.19). Esse entendimento de

organização do cuidado podemos verificar na fala de E1, indicando que mesmo diante da predominância do modelo biotecnológico na assistência à saúde, alguns profissionais trabalham dentro uma prática mais humanizada de cuidado, mas não é a regra.

*E1 – [...] Já retornou grávida, então a gente acompanhou esse processo dessa dificuldade que foi na família ela ter voltado e grávida..e.. tira esse filho ou não tira, o que que vai fazer com 12 anos, a gente acompanhou esse processo todo. E acompanhando todo mundo da família, ela a gravidez, encaminhando também para o serviço de referencia. Então ela teve acompanhamento do PSF, e no serviço de referencia, nós que agendamos as consultas, e acompanhando a mãe também, o médico da nossa equipe sempre acompanha os pais sempre com escuta e orientações [...].*

Entretanto ao considerarmos que o novo perfil de problemas de saúde do país, ao lado das doenças crônicas e degenerativas, são *as violências e os acidentes*, “as unidades de serviços, antes muito mais orientadas para as enfermidades de origem biomédica, são hoje chamadas para dar respostas às vítimas de lesões, traumas físicos e emocionais, devendo equipar-se para isso” (MINAYO, 2005, p. 12). Nesse sentido a ESF deveria acolher os casos de crianças e adolescentes em situação de violência sexual uma vez que, além de ser a porta de entrada do sistema de saúde, as equipes da ESF nesse modelo de assistência, estão próximas às famílias de seu território de abrangência, e com isso podem identificar os problemas de saúde e as situações de risco de sua comunidade. Isso permite que a ESF tenha dados para elaborar um programa de atividades para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo ações educativas e intersetoriais a partir dos problemas de saúde identificados, prestando assistência integral às famílias sob suas responsabilidades (BRASIL, 1997; SARAH ESCOREL *et. al.*, 2007). Apesar dessa potencialidade da ESF, percebemos que as equipes pesquisadas ficam imobilizadas com relação às violências, entendendo o plural como as várias manifestações da violência, além da violência sexual contra crianças e adolescentes.

### **A imobilidade do profissional frente às várias formas de violência**

A imobilidade da ESF frente às várias formas de violência, dentre elas os casos de violência sexual, pode ser observada pelo baixo número de casos atendidos e de omissões. Como vimos os profissionais, de forma geral, das equipes entrevistadas tinham mais de um ano de experiência de trabalho no ESF, com exceção de um médico. Além disso, segundo a coordenadora da Secretaria Municipal e Saúde do ESF, a ESF foi implantada em 1998, aproximadamente 14 anos de atuação na região. Entretanto quando foi pedido aos profissionais que relatassem casos atendidos de violência sexual contra crianças e adolescentes, um dos profissionais se recordou de 03 casos, sendo

que um ocorreu há uns dez anos, e o outro recentemente. Outros 04 profissionais citaram ao todo 03 casos, sendo 02 deles acontecidos há uns 5 e 7 anos atrás, 01 recentemente, exemplificadas nas falas abaixo:

*P- por último queria te perguntar se você poderia me contar, já que você tem tantos anos na ESF, um ou dois casos que você tenha atendido de violência sexual?*

*M1- Eu me lembro de três casos, um eu atendi semana passada de uma criança de dois anos que foi molestada [...] Outro caso, que foi logo no início de tudo (há dez anos) uma adolescente, tava na nossa área, foi violentada pelo cunhado [...].*

*M2- Recente eu não tenho [casos atendido de violência sexual]. Tem muito tempo...ó, deve ter o que, uns 6 a 7 anos, Foi lá embaixo, essa criança e a avó achava que o padrasto abusava da criança (falou muito baixinho).*

*P- nesses casos de adolescentes, você chegou a acompanhar, vocês percebem esses casos de violência, de abuso?*

*E1- É... esse caso... essa adolescente já tava assim problemática, porque ela tinha se desligado da família.*

*E2- Mas tem pouco tempo que conseguimos identificar, e zona rural é mais difícil ainda porque é uma casa aqui e outra a 300m então até que você descobre o que está acontecendo mesmo...*

*E3- Que a gente saiba, uma coisa assim certa, a gente já teve um trabalho com uma família, que a gente teve notícias por terceiros, de que um adolescente na época, a três anos atrás, ela devia ter o que, uns doze anos, ela tava saindo com homens mais velhos, só que assim era terceiros, a gente nunca conseguiu comprovar.*

Observamos a existência de um número pequeno de casos relatados em um tempo relativamente grande (dez a quatorze anos) e pelo número de famílias adscritas (aproximadamente 1.500) para as 03 equipes entrevistadas, tendo como referência o “Relatório de atividades relativas à atuação de um dos Conselhos Tutelares da cidade de Montes Claros” (CT, 2010). Esse relatório compreendeu o período de 15 meses relativos aos anos de 2008 a 2010, no qual constava o registro de 12 denúncias de abuso sexual contra crianças e adolescentes, oriundas exclusivamente dos bairros onde foi realizada a presente pesquisa, razão pela qual se deu a escolha do local. Se tivessem sido os profissionais das equipes desses bairros que acionaram o Conselho, teríamos no mínimo a lembrança de aproximadamente 12 casos nos últimos anos, fato que não aconteceu. Então possivelmente foram os moradores ou profissionais de outras instituições que fizeram as denúncias. Outro dado que nos dá uma ideia de casos atendidos refere-se a uma pesquisa realizada em 2007 em um centro de referência para mulheres vítimas de violência sexual, no período de 1986 a 2006. Em 1999 eram atendidas em média 11 mulheres por mês, resultando em 130 casos novos por ano, passando a estabilizar os atendimentos na média de 13 casos por mês, ou 150 por ano até 2006 (BEDONE; FAÚNDES, 2007).

Podemos então pensar que há uma subnotificação de casos de violência sexual praticada contra crianças e adolescentes pelos profissionais das equipes pesquisadas. O evento da subnotificação é apontado no Relatório Mundial da Saúde, publicado pela Organização Mundial da Saúde e outros estudos brasileiros (KRUG *et al.*, 2001; FALEIROS, 2000). Uma estimativa da dimensão do problema em nível nacional pode ser pelos dados do programa Disque Denúncia Nacional (Disque 100), mantido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Por esse programa temos o número de denúncias feitas pela população de forma anônima, mas não o índice de confirmação dessas, que se daria através do cruzamento com dados de outras instâncias (Conselhos Tutelares, Polícia, Jurídico, Medicina Legal, entre elas) responsáveis pela apuração dos casos. Dados do Disque 100, referentes ao ano de 2006, indicam que de maio de 2003 até maio de 2006, tivemos no Brasil mais de 17.000 denúncias. Dessas, aproximadamente 5.000 eram de abuso sexual e 4.000 de exploração sexual comercial. O Relatório Mundial da Saúde (KRUG *et al.*, 2001, p. 62-63) aponta uma média de “prevalência da vida toda para vitimização sexual na infância de 20% entre as mulheres e 5 a 10% entre os homens”, estimada por estudos internacionais realizados desde 1980. Ou seja, há uma incidência muito maior de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em relação aos casos suspeitos ou confirmados através da notificação compulsória.

Constatamos que a suspeita de casos de violência sexual no território da ESF se deve às informações que os agentes comunitários de saúde (ACS) levam à suas equipes da ESF, mais especificamente aos profissionais médicos e enfermeiros delas. Verificamos também que a confirmação da violência, ou a comunicação do ocorrido, é feita geralmente por um responsável pela criança/adolescente, ou ainda pelo próprio adolescente aos profissionais da ESF, ao procurarem espontaneamente a unidade de atendimento da equipe da ESF, conforme as falas abaixo:

*E4- [...] agentes meus que estão .... por que eles presenciam a violência, atualmente, eles estão lá todo dia na casa do paciente, entendeu. Eu faço uma visita ou outra [...].*

*M1- Aqui a gente só faz a suspeita, não faz a confirmação[...] que seria suspeito?..chega pra gente uma fala do agente comunitário de saúde , ou de um pai, de um cuidador, de que aquela criança foi molestada sexualmente [...].*

*A2- Nesse caso seria , por exemplo, que eu tenho na área uma criança de dois anos, segundo relato da avó foi abuso sexual mesmo, chegou a ser internada [...].*

*E3- igual tô te falando, não é uma área que... não chega tantos casos pra gente estudar, por exemplo, violência contra mulher, quem nem chega uma mulher e dizer fui violentada, aqui dentro nunca chegou.*

Apesar de ser uma atribuição mais específica do ACS, a realização de visitas domiciliares, a realização de *busca ativa e notificação* de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos é atribuição de todos os profissionais que compõe a equipe da ESF,

conforme a portaria 648/2006 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006, grifos nossos). Por busca ativa entende-se, no sentido estrito do termo, “a identificação precoce de casos suspeitos e uma rápida confirmação para orientar adequadamente a aplicação de medidas de controle” (LEMKE; NEVES DA SILVA, 2010, p. 285) e, como verificamos, raramente acontece uma identificação “precoce” pela equipe do ESF dos casos de violência, e quando acontece a identificação, como indica a fala de E1, não são tomadas medidas cabíveis, fato que entendemos por imobilidade dos profissionais da ESF diante da violência.

Minayo (2005, p. 19) destaca que na conceituação de violência<sup>26</sup> empregada tanto pela Organização Mundial de Saúde (KRUG, 2002), como pelo documento da “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (BRASIL, 2001), faltou mencionar em ambos os documentos, explicitamente, que constituem formas de violência “a negação e a omissão de cuidados, de socorro e de solidariedade”. A autora entende que a violência, seja ao nível subjetivo, micro ou macro das relações humanas, é dotada de intencionalidade, portanto é um fenômeno que pode ser reconhecido, analisado e superado.

*Mencionar negligência e omissão explicitamente como formas de violência é um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, dentre outras situações, responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver (MINAYO, 2005, p. 19, grifos nossos).*

Percebemos que existe sim dificuldade por parte dos profissionais da ESF para acolher a violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, que se expressa ao deixá-la em segundo plano ou mesmo negando-a se não houver evidências, como vimos. Mas, entendemos que por ser uma questão muito complexa não podemos reduzir a uma simples omissão dos profissionais. Os profissionais sabem sobre o dever de fazer algo, como diz E1:

*E1- [...] Então eu penso que essa sensibilização tem que ser da equipe toda pra entender a importância de não ficar calado, porque a vontade que eles têm maior assim é de ficar... porque vai ser ruim pra eles, em todo caso é ruim.[...] e a gente sabe que tem que denunciar porque ficar calado, negligenciar, você vai ver a criança exposta e ai.. você vai ficar só assistindo né, e é errado né...*

Ampliando a questão, omissão e negligência acontecem com os profissionais, em primeiro lugar, por parte das Políticas Públicas quando não lhes dão suporte adequado para o

---

<sup>26</sup> “Consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (BRASIL, 2001, p. 7).

enfrentamento de tais situações. Por isso, acreditamos haver várias razões que concorrem para essa “negação” da violência pelos profissionais. Dentro de uma visão foucaultiana de poder, podemos pensar numa forma de resistência às políticas do Estado que impõe aos profissionais da base programas, sem que eles participem do processo, como nos aponta Passos:

o caminho para se combater a violência não pode vir de uma política imposta de cima para baixo, o que parece contrassenso. Importa encontrar estratégias que ajudem a construir um sistema de autoridade compartilhado que ao menos minimize a violência. (PASSOS, 2010, p. 240).

### **A ineficácia da inclusão da violência na agenda da saúde**

O Brasil teve a inserção da violência na agenda do Sistema Único de Saúde em 2001, através da Portaria n.º 737/GM, de 16 de maio de 2001, que instituiu a “Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências”. Essa Política “estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais” (MS, 2001, p. 2), com o objetivo de reduzir a mortalidade por acidentes e a violência no Brasil. O Ministério da Saúde justifica que a inclusão do tema violência pela saúde faz parte de um conceito mais ampliado de saúde, abrangendo “não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro” (BRASIL, 2001, p. 3). Especificamente com relação à violência, o documento contempla a existência das várias formas de violência (física, sexual, psicológica e institucional) contra segmentos mais vulneráveis da população como a criança, o adolescente, o jovem, a mulher e o idoso e enfoca o impacto dessas violências como agravos para a saúde. Aponta que na infância o ambiente doméstico é o local principal dos agravos e, na adolescência, é o espaço extradomiciliar, classificando por isto a violência em

violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violências extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto-infligidas (como a tentativa de suicídio) (BRASIL, 2001, p. 10).

O Ministério da Saúde enfatiza nesse documento a gravidade desse tipo de violência, pelas consequências imediatas ou tardias que desencadeiam na criança e no adolescente. Coloca por isso a violência contra a criança e o adolescente como alvo prioritário de atenção por estar relacionada com a violência social, estando na gênese de sérios problemas, como população de rua, envolvimento

em atos infracionais e o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos (BRASIL, 2001).

Outro aspecto destacado são as violências sofridas por mulheres, entendendo-as como resultante de relações de gênero estruturadas em bases desiguais. Em tais casos o atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde deverá contemplar o fortalecimento delas, de modo a identificarem soluções “em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia” (MS, 2001, p. 10).

No caso de nossa pesquisa, a violência contra mulher, como revela E4, é identificada, mas não notificada pelos profissionais, principalmente pelos profissionais ACS. Uma das razões que pode explicar tal prática está ligada ao medo de envolvimento legal dos profissionais ao terem que notificar um caso de violência, pois terão que assumir todos os desdobramentos do caso, como foi relatado por 62,2% dos profissionais entrevistados na pesquisa de Luna *et al.* (2010).

*E4- [...] Acontece condição de violência e espancamento contra mulher, mas de violência sexual ainda nesses seis meses que eu to aqui ainda não presenciei, entendeu. Já tive em outro local.*

Resultante da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1.968/2001 (Ministério do Estado da Saúde, 2001), tornando obrigatório em 2001, para todas as instituições de saúde pública e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde, em todo o território nacional, o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória e seu encaminhamento aos órgãos competentes (Conselhos Tutelares ou Varas da Infância). Em 2001 o Ministério da Saúde lançou a norma técnica nº 167: “Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde” (BRASIL, 2002), que orientava os profissionais de saúde sobre a notificação compulsória, fazendo cumprir os cuidados e a proteção de crianças e adolescentes previstos na Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) e, no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), com relação à obrigatoriedade da notificação de maus-tratos. A notificação da violência contra crianças e adolescentes foi também respaldada na Portaria nº 2.406/GM (05/11/2004) do Ministério da Saúde, que institui o serviço de notificação, aprova o instrumento e o fluxo de atendimento.

Em 2011, o Ministério da Saúde, em sua Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional de 2005, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Essa portaria estabelece em seu 2º artigo que deverá haver notificação compulsória referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada, constantes no anexo I da Lista de

Notificação Compulsória. Nessa lista está inserida a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Passa a ser obrigatória em toda rede de saúde a notificação compulsória, não apenas pelas unidades sentinelas, como era anteriormente, estabelecendo no parágrafo 5º que os casos suspeitos ou confirmados da Lista deverão ser registrados no Sinan Net no prazo máximo de 7 (sete) dias, a partir da data de notificação. Em seu 7º parágrafo explicita que 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.

Mesmo sendo a notificação compulsória em toda rede de saúde, ela não acontece nas equipes pesquisadas, pois nenhum profissional relatou ter feito uma notificação como exemplificado na fala abaixo de E1, apesar de esse profissional trabalhar a vários anos na ESF. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Luna *et al.* (2010), confirmando que a de notificação de maus-tratos não faz parte ainda da rotina dos profissionais das equipes da ESF.

*P- Você disse que no curso que você fez tem uma ficha de notificação. Você a tem preenchido aqui [no ESF]?*

*E- Nunca preenchi...*

*P- Quem preencheria a ficha, o agente comunitário, você?*

*E1- Quem atende, quem realmente notificou aquele caso, quem atendeu aquele caso.*

De acordo com o instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2011, p.16), o preenchimento da ficha de notificação deve ser feito por quem atendeu a vítima. Nas situações de violência contra crianças e adolescentes uma comunicação ou uma terceira cópia da ficha de notificação deve ser enviada ao Conselho Tutelar, ou autoridades competentes (Ministério Público, delegacias, outros), conforme o ECA (BRASIL, 1990). No caso de violência contra pessoas idosas, uma comunicação ou cópia deverá ser encaminhada às autoridades competentes (Ministério Público, delegacias, outros).

A notificação das violências seja contra mulher ou contra crianças e adolescentes, idosos, ou qualquer outra pessoa, além de ser obrigatória por lei como vimos, é, em primeiro lugar, uma ação pontual de proteção à vítima, além de ser um instrumento em epidemiologia que ajuda a dimensionar o problema para o desenvolvimento de Políticas Públicas de combate às violências (FALEIROS, 2000; Brasil, 2011).

Todavia, como vimos, há uma subnotificação dos casos de violência detectada neste estudo. Uma das razões apontadas por Luna *et al.* (2010), que inclusive corrobora uma de nossas hipóteses de pesquisa, é a ausência de suporte institucional eficaz. Isso faz com que o profissional tenha medo de admitir a existência de casos de violência na área, se resguardando com relação à notificação de casos, como relata E4, que é também gestor de uma equipe da ESF, quando indagado sobre os encaminhamentos que daria para suspeita ou confirmação de casos:

*E4- É igual eu falei antes, tem o pessoal do CRAS. Já comunica a eles, entendeu, e pede sigilo também porque as colegas da gente, as agentes comunitárias de saúde presenciavam muito esse tipo de agressão, tanto a violência contra a mulher, como o abuso. Eles não falam por medo, entendeu? Porque geralmente a pessoa que faz isso não é normal, a pessoa tem um transtorno [...].*

Essa falta de suporte institucional, na forma de supervisão de casos, por exemplo, colabora para manutenção de crenças errôneas, afetando a prática dos profissionais, como fica ilustrado na fala de E4, quando associa a presença de doença mental ao autor da violência contra mulher, ou abuso sexual contra crianças e adolescentes. Aqui transparece todo um desconhecimento e medo de um profissional da área da saúde com relação à área da saúde mental e que poderia ser tema para a capacitação.

Podemos considerar, então, que existe uma lacuna entre o arcabouço legal, jurídico e a política e a prática. Uma das formas para superação das dificuldades de atuação dos profissionais diante da violência contra crianças e adolescentes, que aparece na pesquisa de Silva *et al.* (2009, p. 60), é a construção de estratégias para o enfrentamento das violências junto com as instituições, como as capacitações por exemplo.

### **4.3 Práticas extradiscursivas institucionais**

As práticas discursivas dos profissionais com relação à violência sexual contra crianças e adolescentes estão atreladas às práticas extradiscursivas institucionais, por isso nossa análise também privilegia o contexto institucional de onde emergem as falas dos profissionais sobre o que eles dizem fazer a respeito da violência sexual contra crianças e adolescentes: como foi a capacitação recebida, como é feito o acolhimento e o encaminhamento dos casos, como é estruturado o trabalho em equipe, como se dão as ações intra e intersetoriais, que serão discutidas a seguir.

#### **A capacitação dos profissionais para o enfrentamento da violência: preencher protocolos**

O Ministério da Saúde, no documento da “Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências” (BRASIL, 2001), salienta ser um grande desafio para o setor de saúde o enfrentamento da violência, pela dificuldade de se diagnosticar tal evento “por fatores de ordem cultural, pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores” (BRASIL, 2001, p. 10). Por isso, essa política contempla a capacitação de profissionais da saúde para “identificar[em] maus-tratos, acionar[em] os serviços

existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar[em] os casos identificados” (BRASIL, 2001, p. 18).

Em nossa pesquisa, quando indagados sobre o conhecimento que tinham acerca da violência sexual contra crianças e adolescentes, principalmente os médicos, disseram ter informações por leituras e na prática. Apenas um agente comunitário disse não ter informações sobre o assunto. Um enfermeiro e dois auxiliares de saúde citaram a capacitação oferecida pela Secretaria de Saúde do município. A interpretação dos profissionais investigados acerca da capacitação recebida foi protocolar, por ter como objetivo principal o preenchimento da ficha de notificação, exemplificada na fala de E1:

*E1- Já li, mas capacitação que eu me lembre, eu participei de uma pela Secretaria de Saúde, e já tem um tempo. Orientou como era feito o preenchimento do papel, pra onde você tinha que mandar a vítima, como era o fluxo. Mas não é um tema que é feita capacitação continuamente não. E1- [...] a gente acaba aprendendo na prática.*

*A2- E... eu já tive um treinamento na secretaria de saúde , que aliás eu não sei se posso chamar de treinamento, foi alguma coisa que eles passaram pra gente.  
A2- foi só um dia...*

Esse entendimento dos profissionais acerca da capacitação não é contrário à informação dada pela coordenadora da ESF (E2), que entende ter havido uma capacitação com foco no preenchimento da notificação compulsória, como vemos abaixo:

*E2- [...] Então eles tiveram capacitação de como tentar lidar com essa situação, o que precisa e quem que eles deveriam estar acionando pra ajudar a resolver essa situação. Então eles são capacitados, os enfermeiros e os médicos, foram capacitados, a respeito...*

*P- O foco da capacitação foi o preenchimento da ficha?*

*E2- Foi mais o preenchimento da ficha. O preenchimento da ficha e pra quem eles tinham que remeter; foi mais o preenchimento da ficha.*

Um dado que diverge da fala da coordenadora está relacionado ao número de profissionais capacitados. Nenhum dos 02 (dois) médicos citou a capacitação, apesar de já trabalharem no ESF na época em que foi oferecida pela SMS, o que nos leva a crer que não participaram. A capacitação foi citada por 01 (um) enfermeiro e 02 (dois) agentes comunitários de saúde. Além disso, pela fala de E1, a duração da capacitação foi de apenas um dia e ocorreu há dois anos. Resumindo, houve uma “capacitação” de breve duração (um dia), poucos profissionais participaram (de 09 profissionais entrevistados, apenas 03 a citaram), e seu objetivo foi interpretado como protocolar. Esses dados apontam que a capacitação não foi eficiente na visão dos profissionais para dar conta da complexidade e amplitude do fenômeno da violência seja sexual contra crianças e adolescentes, ou de

gênero. Essa visão crítica fica explícita na fala de A2: [...] *não sei se posso chamar de treinamento, foi alguma coisa que eles passaram pra gente.*

De acordo com Santos; Dell’Aglío (2010, p. 334) “é necessária uma capacitação permanente, com atualizações sistemáticas, a respeito do que se tem produzido em termos de conhecimento nessa temática”, para que o profissional se sinta qualificado e amparado. O documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) afirma a importância de um processo de capacitação contínua e eficaz. Nesse documento esse tipo de capacitação é denominada de educação continuada, e tem como objetivo fazer com que a equipe da ESF possa atuar de forma adequada frente à diversidade dos problemas, além de ser “um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, característica que fundamenta todo trabalho do PSF” (BRASIL, 1997, p. 21).

Nesse sentido, a capacitação deve ir para além do treinamento com protocolos ou “guidelines” que, de acordo com Cunha (2004, p. 103), são “roteiros de perguntas e exames que devem ser seguidos diante de uma queixa, sintoma ou suspeita clínica” para produzir um diagnóstico. O perigo de tal procedimento, de acordo com o mesmo autor, é que os profissionais passam a ficar presos às evidências, passam a escutar e a perguntar apenas sobre o que está previsto. “Com o tempo e a experiência tudo que não está “nos caminhos” dos diagnósticos produz insegurança no profissional, de forma a comprometer a relação clínica e principalmente a possibilidade do diálogo e do reconhecimento da singularidade do sujeito” (CUNHA, 2004, p. 103). Essa visão crítica aparece na fala de E1:

*E1- [...] Quando você vai acompanhar não é como você lê o manualzinho de violência, tá lá claramente que com 12 anos é uma violência, mas a menina quis, entendeu?*

Nessa fala, a profissional E1 usa da ironia (manualzinho) demonstrando o sentimento de impotência experimentado pelo profissional quando se depara com situações complexas e contraditórias, que exigiriam um suporte institucional para seu encaminhamento. No caso, ela tem consciência da legislação que criminaliza o envolvimento com menores de 14 anos (estupro de vulnerável art. 217 do CP), obrigando sua notificação ao Conselho Tutelar; no entanto tal envolvimento é desejado pela adolescente. Como proceder?

Nessa linha de raciocínio, seguir um protocolo para fazer uma notificação de violência não é suficiente e não dá respaldo ao profissional para que ele dê atenção integral e humanizada às pessoas ou famílias em situação de violências, como preconiza o Ministério da Saúde na “Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências” (BRASIL, 2001), apesar da notificação ser considerada como o primeiro passo. Entendemos que a notificação compulsória deve

ser decorrente de outras ações anteriores, como o acolhimento e vínculo, pressupondo uma concepção de clínica ampliada, que extrapola a protocolar. Mas isso acontece?

### **A prática se dá por um olhar-vigiar, sem escuta, sem acolhimento dos casos**

A clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora – ainda que falsamente protetora – porque “permite” ao profissional não ouvir uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, tentar não lidar com a própria dor ou medo que o trabalho em saúde pode trazer (BRASIL, 2009, p. 18).

O Ministério da Saúde tem buscado implantar no SUS a atenção integral e humanizada às pessoas que sofreram ou sofrem violências. Essa “atenção está pautada no território e no vínculo, que devem ser construídos de forma intersetorial, interinstitucional, multiprofissional e interdisciplinar no âmbito das políticas sociais” (BRASIL, 2011, p. 17), além do sistema de proteção e garantia de direitos humanos.

Reichenheim, *et al.* (2011) apontam que o grande desafio para o enfrentamento da violência contra mulher [e de outros tipos de violências] reside na implementação e avaliação específica dos planos de ação já existentes nas políticas públicas. Nesse sentido, a intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque no atendimento de pessoas em situação de violência, e na garantia de seus direitos humanos, haja vista que a maioria por, ser usuária do sistema de saúde, vai procurar o serviço em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão, devendo ser considerada sua possibilidade. Um exemplo disso verificamos na fala de E4:

*P- Mas por exemplo, pensando na criança e no adolescente, como você suspeitaria de uma violência sexual?*

*E4- É, tipo assim, no caso de adolescente... que quando eu busco por suspeita de violência, era chegar inclusive na minha equipe pedindo um exame de gravidez. No caso assim, a gente pergunta se ela fez planejamento familiar, se ela tem parceiro fixo. A maioria das vezes a gente sabe a vida todinha do pessoal nosso aqui, principalmente do adolescente; aí eu vou e pergunto o porquê do motivo do Beta HCG, que é o exame de gravidez. A gente pede no caso esse exame e aí ela acaba falando. Já aconteceu comigo no Santos Reis [bairro] quando eu trabalhei lá. Eu perguntei a uma adolescente de 12 anos de idade: por que você está fazendo o exame de sangue, quem te orientou pedir ele? Aí [ela] falou assim: não, foi uma colega minha mais velha que pediu pra mim fazer, porque meu pai, ele, ele abusou de mim e ele chegou até a sentir prazer comigo e tal, e ele vem fazendo isso comigo há muito tempo. Aí, através dessa pergunta... eu pergunto por que ela diz que é o pai que tinha relação há muito tempo e que fazia relação com ela.*

Diferente da maioria, esse profissional (E4) não se limitou a prescrever o exame pedido, houve uma “escuta” e um “olhar” diferenciado, que o levou a estranhar o pedido de exame, acabando por descobrir um abuso intrafamiliar incestuoso, que geralmente fica no silêncio; um segredo da vítima. Mas essa escuta diferenciada não faz parte da rotina de trabalho. Nesse sentido, Alvin (1997), a partir de sua experiência no acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, em um serviço médico especializado no Hospital Bicêtre, na França, aponta que o número de atendimento das emergências médico-legais, caracterizadas geralmente por abuso extrafamiliares, é apenas a ponta do iceberg, uma vez que as histórias de agressões sexuais podem emergir durante uma anamnese, paralelamente a outros motivos que levaram o adolescente ao hospital:

Os motivos que levam a vítima ao hospital (para uma consulta ou internação) não têm, na maior parte das vezes, nenhuma ligação aparente com a situação incestuosa. Percebemos que só *a posteriori* uma relação mais ou menos direta quase sempre aparece (ALVIN, 1997, p. 75).

Nesse sentido, o setor saúde precisa ser sensibilizado e capacitado constantemente, tanto na atenção primária (ESF) quanto nos outros níveis de atenção e nos serviços de emergências, para darem conta de identificar a violência sexual; o acolhimento e a escuta sensível são imprescindíveis para isso. O acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2005, 2009), implantada em 2003. Para que tal ocorra é necessário, por parte dos profissionais da saúde, uma “escuta” capaz de dar credibilidade ao depoimento da pessoa em situação de violência (que depois será confirmado ou não).

*M3- [...] mas você consegue perceber sim, às vezes demora uma ou duas consultas, vai depender de cada criança ou do tempo que você vai avaliar, mas a gente consegue sim, o profissional tendo atenção naquilo ali, ele vai identificar sim que a criança está passando por algum problema.*

Diferente dos demais profissionais pesquisados, a fala de M3 demonstra, antes de mais nada, uma abertura, uma predisposição desse profissional para identificar os possíveis casos de violência sexual contra crianças e adolescentes: *[...] mas você consegue perceber sim [...] tendo atenção naquilo ali, ele vai identificar sim que a criança está passando por algum problema.* Além disso, podemos notar o cuidado e o conhecimento do profissional sobre o tempo de revelação que, de forma geral, não se faz ou não se constrói em uma consulta, e varia com os sujeitos: *[...] às vezes demora uma ou duas consultas, vai depender de cada criança ou do tempo que você vai avaliar.* Esse profissional, diferente dos outros 08 (oito), foi o único que teve experiência em outro serviço que atendia vítimas de violência, o que provavelmente contribuiu para essa sua postura.

No caso específico da violência sexual contra crianças e adolescentes, para que as vítimas quebrem o silêncio e revelem os abusos sofridos é necessário que haja alguém disponível para escutá-

las e acolhê-las, tomando as providências necessárias para sua proteção, e a notificação legal da violência sexual é uma delas. O momento da revelação é muito difícil tanto para a vítima quanto para os familiares, por diversos fatores, como a culpa, a vergonha, o medo, principalmente se for um abuso incestuoso, pelo risco de rompimento dos vínculos familiares e seus desdobramentos. O estudo feito por Santos; Dell’Aglío (2010), com publicações que trabalhavam o momento da revelação dos abusos sexuais, aponta que a maioria das revelações de abusos é feita às mães, de forma direta, verbalmente pela criança/adolescente ou descobrem o abuso através de outros recursos, como o comportamento da criança, ou ainda através de informações obtidas junto aos profissionais. Constatou-se também que as mães que dão suporte emocional às crianças/adolescentes amenizam o impacto negativo do abuso para a vítima. Nesse sentido, “a rede de proteção pode atuar como um moderador, auxiliando a mãe frente a essa situação de ter uma criança vítima de abuso sexual” (SANTOS; DELL’AGLIO, 2010, p. 331). O mesmo estudo aponta que as vítimas de abuso percebiam como positivas as atitudes dos profissionais que as atenderam pois demonstravam apoio, compreensão, considerando o abuso como algo sério, sem duvidar do relato das vítimas, o que lhes trazia sensação de bem-estar, de alívio, de confiança. Essa postura de acolhimento, exemplificada na fala de M3, é resultado de um vínculo construído entre o profissional e o vitimizado ao longo do tempo, mas não é comum entre os profissionais. Apenas um profissional (M3) teve essa fala:

*P- e como você confirma a violência?*

*M3- algumas é necessário o exame ginecológico pra gente confirmar, mas são várias consultas pra criança te mostrar, te contar o que realmente aconteceu. Depois de umas consultas, elas têm a segurança, porque primeiro ela tem que ter segurança no profissional. Muitas vezes você não pode ter a mãe perto; por ser menor de idade é difícil você pedir a mãe pra se retirar, então quando ela [a criança] começa a confiar, ela começa a se abrir aos poucos pra gente que está tendo abuso sexual em casa.*

O mesmo estudo indica que as atitudes dos profissionais, consideradas como negativas pelas vítimas incluíam a percepção de falta de apoio e compreensão no momento da revelação; atitude de questionamento da veracidade do fato e, expressões emocionais de choque ou surpresa dos profissionais. Essas atitudes negativas geraram sentimentos de raiva, traição e desconfiança nas vítimas (SANTOS; DELL’AGLIO, 2010).

Em nossa pesquisa, a prática da maioria dos profissionais do ESF tem sido a de um “olhar-vigiar”, sem “escuta” ou “acolhimento” dos casos de violência.

*M2- A última denúncia que eu tive, uma menina de 14 anos, foi na unidade básica, lá embaixo, que ela não estava amamentando adequadamente a criança, eu anotei na ficha e liguei pro Conselho Tutelar. Mas é igual tô te falando, são coisas que alguém passa lá e deixa solto, então não tem como comprovar, o Conselho Tutelar é que tem que ir lá.*

*P- [...] e nesse treinamento eles falaram sobre o que na Secretaria?*

*A2- O que tava em foco lá era sobre a questão de denúncia, que a gente tinha que denunciar; o treinamento foi pra falar sobre isso. Que a gente tinha que denunciar, denúncia anônima caso a gente soubesse de casos assim, violência sexual, violência contra idosos, violência doméstica.*

A postura de um olhar-vigiar se verifica quando o profissional, ao identificar casos de maus-tratos ou violência, como na fala de M2 e M1, tem uma atitude que se resume a encaminhar os casos seja ao Conselho Tutelar, à polícia, ao serviço de referência, ou aos profissionais do NASF, em cumprimento a uma norma apenas.

*M1- A rotina pra gente nestes casos é entrevistar a mãe ou o responsável e encaminhar essa criança para o hospital universitário, que é a referencia que a gente tem na cidade para esses casos de suspeita de abuso sexual; quando necessário a gente aciona também o Conselho Tutelar da criança, quando isso não é feito pelos pais e não raro, o próprio agente comunitário comunica ao posto de policia que tem aqui ao lado. Então a policia militar é parceira nossa, tanto a gente comunica com a policia militar como também ela nos traz demandas. Então a gente tem um trabalho conjunto, a gente tem muita parceria em torno da violência sexual da criança, com a facilidade que tem este posto de atendimento aqui do lado.*

*E1- [...] mas a gente aciona por meio do Conselho pra poder investigar e ver, porque esta parte de investigar e ver se realmente teve, é o Conselho e às vezes a polícia também, né.*

Há uma desresponsabilização dos profissionais, que fica camuflada, quando aderem à linha “policialesca” do Sistema que privilegia a notificação de casos, como se o encaminhamento fosse a principal tarefa que caberia ao profissional de saúde para dar resolutividade aos casos de violência e, ainda assim, nem a notificação obrigatória fazem, apenas encaminham. Essa lógica baseada apenas no encaminhamento do problema diminui a busca por saídas mais humanizadas, demonstrando que há ainda uma predominância do foco do trabalho cotidiano em saúde estar na doença, não no sujeito e suas necessidades. Além disso, os Conselhos Tutelares não conseguem acompanhar todas as demandas, o trabalho é precário, tendo em vista as inúmeras deficiências financeiras, estruturais, de recursos humanos (FERREIRA, 2005), ficando as vítimas desprotegidas e desamparadas, necessitando do acompanhamento de saúde através de equipes multidisciplinares.

### **Predomínio de relação hierarquizada na equipe, sem trabalho em equipe, sem construção do caso, sem interdisciplinaridade e sem intersetorialidade**

A abordagem multiprofissional faz parte da reorganização das práticas de trabalho da ESF, de acordo com o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), o qual estabelece princípios e diretrizes para a ESF. Nele fica estabelecido que o atendimento deve ser realizado por

uma equipe multiprofissional, minimamente formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde; inclui desde 2004 equipes de saúde bucal. Seu planejamento deve levar em consideração alguns princípios básicos: “o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/ doença; a integralidade da atenção; a ênfase na prevenção, sem descuidar do atendimento curativo; o atendimento nas clínicas básicas; a parceria com a comunidade e, as possibilidades locais” (BRASIL, 1997, p. 20).

O trabalho em equipe é então um dos pilares da ESF; contudo, de acordo com Figueiredo, tem-se usado de forma naturalizada o termo equipe, quando “não basta contratar diferentes profissionais e colocá-los em determinado serviço para que se torne um trabalho em equipe” (FIGUEIREDO, 2005, p. 44); o trabalho em equipe precisa ser construído. Tendo como referência o trabalho na Saúde Mental, a autora entende que o trabalho em equipe é o suporte de ações clínicas inovadoras.

As equipes se consolidam de diferentes modos nas instituições, destacando-se dois modos típicos de equipe, denominadas por Figueiredo (2005) de equipe igualitária e equipe hierárquica. Para a autora, na equipe igualitária há um ruir das especialidades, desconsiderando-as; todos os integrantes tem a palavra a qualquer momento, dando lugar a uma autorização difusa e questionável. Já a equipe hierárquica preserva “a hierarquia das profissões, numa distribuição verticalizada do poder de intervenção. Logo, nas instituições médicas, prevalece a autoridade do médico, seguida da do enfermeiro ou do psicólogo” (FIGUEIREDO, 2005, p. 44) como se observa na fala desse profissional médico M1:

*M1- [...] trazem pra discutir todos os casos não resolvidos ou que têm dúvidas. A enfermeira traz e se não der pra atender eu converso com ela, passo os remédios, dou orientação adequada e se precisar ainda agendo a consulta.*

M1 se coloca na primeira instância do saber, e conseqüentemente do poder quando diz que levam pra discutir com ele “*todos os casos não resolvidos ou que têm dúvidas*”, o que é diferente de “discutir com todos da equipe”. Essa forma hierarquizada de equipe, segundo ainda Figueiredo (2005), costuma estar presente nos hospitais e ambulatórios, mas também nas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de forma “velada”. Da mesma forma, verificamos um predomínio dessa postura no discurso dos profissionais das equipes da ESF pesquisadas. Esse tipo de estruturação traz como consequência o fato de que “[...] a primeira e a última palavra estarão dadas de antemão, seja pelo olhar médico ou pela especialidade que, em determinada situação, se autorize exclusivamente, [fazendo com que] haja restrição de autorização como uma espécie de manutenção da atribuição do poder: E3- [...] *eu não faço nada sem pedir a opinião dela, o que ela acha, o que é melhor*. Para isso, “outras opiniões devem contar o menos possível, pois caso contrário, a hierarquia estaria ameaçada em sua base” (FIGUEIREDO, 2005, p. 44).

*E3- Eu entro em contato com a médica, primeiro entro em contato com a médica, explico o que está acontecendo pra ela; a gente marca a consulta, se a gente suspeita a gente entra em contato com o Conselho [...] Geralmente eu sempre tenho essa parceria com a médica, passo pra ela, eu não faço nada sem pedir a opinião dela, o que ela acha, o que é melhor, se chama os pais, às vezes nem os pais estejam sabendo o que está acontecendo.*

A primeira vista, o início da fala de E3 parece dizer de um trabalho construído na equipe, mas isso se dissipa no meio da sequência da fala aparecendo então a relação hierarquizada de equipe, mas que fica dissimulada pela expressão “parceria”, “como se” houvesse um trabalho com enfoque multidisciplinar. A fala de E1 demonstra a falta da estruturação de um trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar:

*P- [...] entendi... pois é... e você acha que por ter aqui outros profissionais, você acha que tem um trabalho integrado dessa equipe?*

*E1- Não... não da forma que deveria acontecer pra... pra atendimento desse caso né... é igual eu te falei, a gente acaba aprendendo na prática... a gente não estrutura um ... um... serviço, ou uma prática antes de acontecer. Quando acontece é que a gente vai começar a fazer. A trabalhar, a assistir a família... eu acho que não tem... é... é... um serviço integrado... elaborado... tão...*

*P- Quando você diz deveria ser, como você acha que deveria ser um trabalho integrado?*

*E1- Eu acho que estou precisando mesmo de capacitação, capacitar mesmo os profissionais que atuam pra eles saberem qual é papel de cada um, né. Pra daí quando acontecer a gente não ficar assim:— mas eu sou enfermeira, eu faço isso, eu não faço?... eu vou atender, ou é o médico, ou é só o médico?... então, assim, da minha parte eu tô assim precisando saber desse serviço, de cada um saber seu papel, pra poder agir de acordo com que precisa, né.*

A proposta para a ESF é de articulação de saberes e disciplinas necessários ao atendimento em saúde (BRASIL, 1997), mas como vemos na fala de E1, não há clareza na equipe do papel de cada um no processo.

Isso nos leva à discussão do formato usado pela equipe para conduzir os casos, que pode ser no modelo de “construção do caso clínico” ou no de “discussão de caso clínico”. Dinard e Andrade (2005), a partir da psicanálise laciana, fazem uma distinção entre discussão de caso e construção do caso clínico. “Na discussão do caso clínico, o que impera é o discurso do saber já constituído da investigação científica [Medicina Baseada em Evidências, Guidelines, protocolos] e da moral sobre o caso” (DINARD; ANDRADE, 2005, p. 47-48). O poder é de quem se coloca nesse lugar de saber, que pode ser um médico ou um enfermeiro, por exemplo. O enfoque é de um saber “sobre” o paciente, dado a priori. Os técnicos atuam de acordo com o saber pronto de suas especialidades. Na construção do caso clínico, diferente da discussão do caso, conforme parte-se do princípio de que não há um saber

pronto da equipe em relação ao caso, haverá uma construção do caso a partir da história do sujeito (DINARD; ANDRADE, 2005). O que se partilha na equipe “é o que *se recolhe de cada caso*, a cada intervenção, para se tecer um saber” (FIGUEIREDO, 2005, p. 45). A condução do caso é baseada nesse saber do paciente, “que nos fornece pistas para direção do tratamento, para o chamado projeto terapêutico”, conforme ainda Figueiredo (2005, p. 45).

Em nossa pesquisa um profissional (E3) citou que eles participaram de discussão de casos, que talvez possamos chamar de construção do caso clínico, por envolver a preceptoria de saúde mental, mas aponta que não faz parte da rotina de trabalho da ESF esse tipo de condução do caso:

*E3- olha, eu não falo integrado porque a gente não tem muito treinamento, não temos um treinamento com a equipe do que tem que fazer. Acho que tem trabalho integrado, um... aquele agente sigilosamente passa pra mim ou passa diretamente pra médica, tem um trabalho integrado, mas acho que poderia ser melhor porque a gente não tem esse domínio nem pra eu capacitar meu agente. A gente discutia (caso) na preceptoria de saúde mental.*

Entendemos que quando E3 se refere a não ter um trabalho integrado por falta de treinamento, está de acordo com Figueiredo (2005) ao dizer que o trabalho em equipe é construído. Um ponto que nos chama atenção é a definição usada pelo mesmo profissional para “trabalho integrado”: E3- [...] *Acho que tem trabalho integrado, um... aquele agente sigilosamente passa pra mim ou passa diretamente pra médica, tem um trabalho integrado [...]*. O profissional cita a circulação de informações na equipe e que esta se dá de forma hierarquizada, mas isso definiria um trabalho interdisciplinar?

Cutolo e Madeira (2010) concluíram que nos documentos oficiais não há clareza em como operacionalizar o trabalho de forma que resulte numa prática interdisciplinar. Através de estudos realizados, apontam duas características presentes em equipes que desenvolviam um trabalho interdisciplinar. Uma delas é a articulação de ações entre os profissionais buscando, através de práticas comunicativas, sanar dúvidas, compartilhando um problema. A segunda característica seria o planejamento das ações por todos da equipe, com responsabilização coletiva, visando à integralidade, “buscando soluções enquanto equipe da ESF/SUS. Só assim haverá articulação entre os saberes sem dominação de uma área (profissão) sobre outra” (CUTOLO; MADEIRA, 2010, p. 81). Parece-nos então, que nas equipes pesquisadas, o planejamento de ações em conjunto com toda equipe não acontece de forma homogênea. Ele pode ser inexistente, como E4 nos diz:

*P- Como vocês são um a equipe, você acha por exemplo, mesmo com anos de experiência na sua equipe, quando surge algum caso existe um trabalho integrado entre vocês?*

*E - Não.*

*P- Não?*

*E4- Não existe; é (.....) igual te falei, na maioria dos casos [de violência] a gente às vezes nem a gente fica sabendo, fica escondido, e também se acontecer, o meu*

*primeiro procedimento, a conduta minha é ligar pro CRAS e avisar a assistente social; é eles que vão estar providenciando.*

*P- Entendi.*

*E4- Fazendo a ação que tem que fazer.*

*P- Não passa pela médica, não discute, nada?*

*E4- É, não.*

Na equipe de E4 os casos de violência que acontecem são ignorados (mostramos outras falas que também indicam isso), e os que poderiam aparecer são imediatamente encaminhados, de forma que não há abertura da equipe para qualquer planejamento ou construção de saber nesses casos. Mas o mesmo não acontece na visão de M3 em sua equipe. Contudo, não há indicativos nessa fala de um planejamento de ações em conjunto; há sim mais informações do andamento dos casos pela característica do trabalho da ESF.

*P- Aqui no ESF você tem um trabalho de equipe, você acha que funciona mesmo o trabalho em equipe?*

*M3- Eu comecei agora no ESF porque antes eu trabalhava na Unidade de Pronto Atendimento, inclusive eu resolvi mudar foi pra isso, porque lá eu acionava o conselho tutelar, tinha o contato com o psicólogo mas eu não sabia o que ia acontecer depois; e aqui tem um feedback; aqui quando a gente precisa, todo mundo completa o trabalho e a gente resolve melhor a situação; a gente consegue acompanhar o desenvolvimento, se for o caso da criança, e como é que está a situação na casa dela, por ser uma comunidade próxima, que a gente tem contato.*

De qualquer maneira, está previsto na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNHAS) o trabalho na perspectiva de equipe interdisciplinar, que implica em assumir a Clínica Ampliada, em oposição ao modelo biomédico. A Clínica Ampliada é definida como

trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2006, p. 38).

Faz parte da Clínica Ampliada a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, tendo em vista a complexidade do processo saúde-doença, como está previsto na Cartilha da “Clínica Ampliada e Compartilhada” do Ministério da Saúde (2009). Franco; Merhy (1999, p. 6) já apontavam que só haveria um trabalho em equipe no ESF se os trabalhadores construíssem uma “interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um ‘campo de produção de cuidados’ comum” à maioria dos trabalhadores. Entretanto, observamos que há a predominância de um compartilhamento “mecânico”, sem construção do caso, que acaba gerando uma redução do objeto de trabalho; em vez de profissionais da saúde responsáveis por pessoas, acaba-se tendo profissionais

responsáveis por procedimentos, por diagnósticos (BRASIL, 2009, p. 18), como podemos observar na fala de E4:

*E4- Eu pedi o exame pra ela de Beta HCG e o pessoal da assistência social que resolve isso. No caso, porque a gente tem muito serviço, principalmente eu aqui no PSF, tem muito serviço. A gente não consegue envolver com essa parte (.....) essa parte de... de abuso ou então de espancamento que tá acontecendo... é mais o que tá tendo, mais é isso, marido batendo na mulher, violência é contra a mulher. Se for envolver nessa parte, eu acabo que envolvendo muito com a família deixa o serviço de lado, que é prestar mais trabalho e sua prevenção.*

Esse profissional (E4) aponta para um excesso de trabalho (procedimentos) que o profissional enfrenta e que também precisa ser levado em consideração. A consequência da priorização e valorização dos programas (procedimentos) rotineiros desenvolvidos na ESF é ficar em segunda instância a promoção e prevenção à saúde, que são tarefas primeiras da Atenção Básica em Saúde, colocando em risco a integralidade.

Como vimos demonstrando até o momento, há um trabalho muito incipiente com relação à prestação de serviços de saúde às vítimas de acidentes e violências, como está previsto na “Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (BRASIL, 2001), para que se possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher suas demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atendimento. Para que tal ocorra, no documento consta que é necessário o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor de saúde, a área jurídica e a de segurança para definição e avaliação de ações. Além disso, o documento preconiza que

*a assistência às vítimas de acidentes e violências deverá integrar o conjunto de atividades desenvolvidas pelas Estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergências e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços (BRASIL, 2001, p. 18, grifos nossos).*

### **O encaminhamento dos casos de violência da ESF para o Conselho Tutelar, o NASF, o CRAS e HU**

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de acidentes ou violências, a Política Nacional prevê o atendimento adequado a essa faixa etária, ressaltando a importância de uma equipe multidisciplinar assegurando apoio médico, psicológico e social às vítimas e as suas famílias. Os casos de difícil manejo nas unidades de saúde devem ser encaminhados para serviços de referência, como os de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias (BRASIL, 2001, p. 19, grifos nossos). Entretanto, o documento não especifica critérios para identificar o que é um caso de difícil manejo, ou seja, uma equipe da ESF que “não se predisponha a acolher casos de violência”, vai

classificar todos os casos de violência como de difícil manejo (conforme vimos anteriormente na fala de E4), restringindo sua prática a encaminhá-los. Em nossa pesquisa não foram citados, nem questionados critérios que indicassem o nível de complexidade dos casos pela equipe do ESF para os serviços de referências. Há um encaminhamento automático dos casos de violência sexual pelos profissionais das equipes da ESF para os seguintes serviços do município: Conselho Tutelar, NASF, CRAS e serviço especializado em violência sexual do Hospital Universitário.

Os Conselhos Tutelares previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) foram criados a partir do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil, cuja função é fazer cumprir os direitos previstos no Estatuto. Esses Conselhos recebem as denúncias de suspeita ou confirmação de violências, tomam as medidas necessárias acionando vários setores do serviço público como saúde, educação, assistência social, previdência, trabalho e segurança, bem como fazem encaminhamentos da vítima e sua família ao Ministério Público (BRASIL, 2002). Ou seja, o Conselho Tutelar é um órgão de fiscalização e encaminhamento, mas não de acolhimento.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) esses foram criados pelo Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, para apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família. De acordo com a coordenadora da ESF, existem 05 NASFs no município de Montes Claros para darem apoio às equipes da ESF: Delfino, Santos Reis, Sion, Eldorado e Lourdes. Nem todas as equipes estão completas com os diversos profissionais, mas estão selecionando profissionais para isso. Segundo a coordenadora,

*E2- [...] o NASF já é um núcleo de apoio que tem o psicólogo, o assistente social, fisioterapeuta, pediatra, então assim, é uma equipe mais completa pra dar apoio. O que o clínico não conseguiu solucionar, é caso da pediatria, é caso da assistente social, então a gente encaminha pra aquele NASF que é de apoio. O NASF é dividido por polo, por ex. o NASF do grande Delfino pega toda aquela região ali, Vila Anália, Sto Antonio, Delfino, Jardim Palmeiras, Taiobeiras, aquela área ali. Então pega por regiões mesmo.*

Esses núcleos, além de apoiarem a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, visam ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. O NASF é uma estratégia inovadora, que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família (SF) e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família (SF). O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente

em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009).

Pelas diretrizes do Ministério da Saúde para o NASF (BRASIL, 2009), ele não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas um apoio às equipes da ESF, devendo então desenvolver tarefas de forma articulada com as equipes da ESF e outros setores interessados. Dentre as várias modalidades de intervenção no território, previstas nas diretrizes, está o enfrentamento de situações de violência e ruptura social (BRASIL, 2009). Constatamos haver um serviço em rede com referência e contrarreferência, como fica exemplificado na fala de M1, entre a Equipe do ESF e o serviço especializado do Hospital Universitário:

*M1- E eles (hospital universitário) remetem pra gente novamente, eu faço o acompanhamento clínico aqui, NE. A gente faz o acompanhamento clínico, a gente faz uma avaliação, uma propedêutica, a gente pede alguns exames, HIV, sorologia pra Hepatite B, Sífilis, e vai fazendo o acompanhamento pra ver como é que está... a gente envolve nestes casos a psicóloga do NASF, pra que ela tome conhecimento e ver no que pode nos ajudar.*

Contudo, observamos que não há articulação entre os serviços, nem com o NASF, ou seja, não há a criação de “espaços de discussões internos e externos, visando ao aprendizado coletivo [...], buscando superar a lógica fragmentada da saúde para construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada” (BRASIL, 2009, p. 8), como está explícito nas diretrizes do NASF. Isso pode ser verificado pela ausência do pronome “nós” na fala de M1. As ações são de cada sujeito (eles, eu, a psicóloga, etc.). O que existe são práticas setoriais, características do modelo biotecnológico predominante na ESF. Esse modelo não promove a organização de processos de trabalho que priorize

[...] o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2009, p. 8-9).

Constatamos ainda no discurso de alguns profissionais um desconhecimento dos serviços existentes para o enfrentamento da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes existente no país, como é o caso do serviço do Disque Denúncia Nacional, ou Disque 100, como diz este profissional E4, indicando a necessidade de capacitação que contemple tais informações:

*E4- Eu creio também que a denúncia anônima é boa pra esse caso, às vezes a polícia recebe esse tipo de denúncia e a gente não vai ver esse caso, porque a polícia tem muita investigação pra fazer. Tinha que ter um DISQUE DENÚNCIA só pra esse caso...*

*P- Existe, e seus agentes ou qualquer um de vocês pode ligar e fazer a denúncia anônima. E eles têm obrigação de investigar.*

*E4- Porque a gente pensava que tinha que passar isso pra polícia; aí o pessoal fica com medo, envolve polícia; aí polícia tem testemunha, quem foi que fez a denúncia? Se for anônima eu não preciso.*

*P- Pode fazer a denúncia anônima. Vocês têm alguma ligação com o Conselho Tutelar?*

*E- não. Eu até hoje não tive nenhuma ligação com eles não. No caso não teve não, porque quando eu passo pro CRAS, isso é função do CRAS. Ai lá eles devem ter ao menos o Conselho Tutelar.*

O Disque Denúncia Nacional, ou Disque 100, é um serviço de proteção de crianças e adolescentes com foco em violência sexual, vinculado ao Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SPDCA/SDH). Esse serviço possibilita conhecer e avaliar a dimensão da violência contra crianças e adolescentes e o sistema de proteção, bem como orientar a elaboração de políticas públicas. Os dados do Disque Denúncia Nacional (Disque 100), por exemplo, constataam que o número de denúncias sobre a violência tem aumentado no país, mas não temos registros de quantas são confirmadas. Baseando nos dados do Relatório Disque Direitos Humanos, que abarca o período de 2003 até 2011, tivemos que 1/3 das denúncias foi de ordem sexual, indicando que outras formas de violências relevantes (a psicológica, a física e a negligência) atingem também as crianças e adolescentes (BRASIL, 2011) e, geralmente estão associadas à violência de cunho sexual. Qualquer cidadão pode ligar de forma anônima e gratuita para o serviço que funciona das 8h às 22h, todos os dias, e fazer sua denúncia, a qual será recebida, analisada e encaminhada no prazo de 24 horas aos órgãos de proteção, defesa e responsabilização, priorizando o Conselho Tutelar como porta de entrada. Além do número 100, pelo qual se faz a denúncia gratuitamente e de forma sigilosa, o serviço recebe mensagens via e-mail ou ligações de denúncias de fora do país<sup>27</sup> (BRASIL, 2008).

Mesmo havendo priorização para se acionar o Conselho Tutelar nos casos de suspeita ou confirmação de violências, alguns profissionais possuem como referência na rede de proteção outros órgãos, como o CRAS, para repassar os casos.

*E- Não existe, é (.....) igual te falei, na maioria dos casos [de violência] a gente às vezes nem a gente fica sabendo, fica escondido, e também se acontecer, o meu primeiro procedimento, a conduta minha é ligar pro CRAS e avisar a assistente social; é eles que vão estar providenciando [...]*

No âmbito das Políticas de Assistência Social, coordenadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) desenvolve-se no país um conjunto de ações no atendimento às crianças e adolescentes vitimados sexualmente. A gestão de suas ações é através do

<sup>27</sup> O e-mail para enviar denúncias é [disquedenuncia@sedh.gov.br](mailto:disquedenuncia@sedh.gov.br). A pornografia infantil encontrada na internet pode ser denunciada através do portal <http://www.disque100.gov.br/>. As denúncias vindas de fora do Brasil poderão ser feitas através do número +55 61 3212.8400. Disponível em: <[http://www1.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracaosexual/Acoes\\_PPCAM/disque\\_denuncia](http://www1.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracaosexual/Acoes_PPCAM/disque_denuncia)>. Acesso em 26 de abr. 2012.

Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Dentre os objetivos da assistência social está a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e aos adolescentes carentes; através da vigilância sócio-assistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nelas a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos (BRASIL, 2011). Foram criados os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), de base municipal e territorial, que têm como função “realizar o acolhimento dos indivíduos e de suas famílias e potencializar a convivência familiar e comunitária de acordo com as situações de vulnerabilidade e risco social e pessoal a que estão expostas” (CFP, 2010, p. 18), incluindo aqui serviços de prevenção a diversas formas de violência contra crianças e adolescentes. No segundo tipo de proteção está a “proteção social especial”, formada pelo conjunto de serviços, programas e projetos que têm por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos (BRASIL, 2011). Esse tipo de proteção é ofertado pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que oferecem atendimento especializado a crianças e adolescentes vitimizados e a suas famílias, representando um importante elemento da rede de proteção e promoção dos direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Corroborando Reichenheim *et al.* (2011), enfatizamos a necessidade de capacitação dos profissionais do setor da saúde para que estejam aptos a decidirem

[...] se a situação pode ser enfrentada localmente ou encaminhada para um centro de referência. A interação com outros setores é fundamental. A expansão e a coordenação da uma rede de segurança de assistência especializada para vítimas de violência devem incluir delegacias policiais acolhedoras, juzizados especializados, conselhos tutelares, abrigos, conselhos de direitos, bem como serviços de saúde voltados à assistência às vítimas e aos agressores (REICHENHEIM *et al.*, 2011, p. 86).

#### **4.4 Conteúdo moral das concepções**

##### **Determinismo e moralismo nas concepções dos profissionais da saúde**

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG *et al.*, 2002) cita que em quase todos os países a violência sexual pode ser encontrada em todas as classes socioeconômicas e em todas as idades. Vários fatores, de acordo com o mesmo relatório, podem aumentar o risco de alguém sofrer violência sexual, e que quando esses fatores se agregam maior a probabilidade de ocorrência de violência sexual. Além disso, os fatores têm peso diferenciado nas diferentes idades da vida. Dentre os fatores individuais citados estão ser mulher jovem; consumir álcool ou outras drogas, tanto a vítima

quanto o agressor; ter vários parceiros sexuais; nível de escolarização; a pobreza como fator fragilizador dos cuidados familiares e de vulnerabilidade para a exploração comercial sexual. Dentre os fatores de risco sociais estão as leis e as políticas do país relativas à igualdade de gênero ou ao tratamento dado à violência, os quais atuam de forma a limitar ou aumentar os riscos para a ocorrência da violência sexual. As políticas mundiais e econômicas que geram grandes desigualdades sociais estimulando a exploração comercial sexual, por exemplo, são também citadas (KRUG *et al.*, 2002).

No estudo “Violência e lesões no Brasil”, publicado em 2011 pela *The Lancet*, aparecem como fatores de risco socioculturais para a violência doméstica a desigualdade entre os gêneros, a permissividade cultural do uso da violência na educação infantil, a desvalorização de pessoas idosas, condições socioeconômicas precárias, fraca rede de apoio e isolamento social. O uso de álcool e drogas ilícitas, bem como o histórico de violência familiar são também apontados como fatores de risco. Há também predominância maior de violência contra crianças em casais jovens ou em famílias com grande número de filhos vivendo juntos no mesmo domicílio (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

Outro estudo de Habigzang *et al.* (2005), realizado com processos jurídicos do Rio Grande do sul, indica como fatores de risco para a violência sexual as famílias com padrastos em situação de desemprego e com dificuldades econômicas, o abuso de álcool e outras drogas, mães ausentes ou passivas e pais sem ocupação, que passavam longos períodos de tempo cuidando dos filhos. A presença de outras formas de violência como abusos físicos, psicológicos e negligência foram também encontradas nessas famílias. Sobre essa questão, eis o que diz os entrevistados:

*M2- Então eu vejo assim, eu penso que pode existir violência e maus-tratos, pode, é lógico que pode porque a baixa estrutura, a falta de uma casa pra morar, a falta do básico pra uma criança às vezes leva a mãe ficar revoltada a ponto de... até entendo, mas eu acho que o amor é tudo... até pra você... se você... às vezes vamos supor... às vezes você batia na criança porque era mais nova, tava brincando de boneca... é mãe! 14 anos de idade, quer dizer, nessa idade é mãe... quando tá com 25 anos...*

*E3- Pelo jeito que a menina ficava...sabe...muito assim... sei lá, estranha, a gente achava que estava muito estranha; como a mãe fazia programa na própria casa, então ela falou: – vai lá M... mas como a mãe não recebe bem, aí eu entrei em contato com o conselho... e pedi que eles fossem lá. Eles moram em um cômodo, a mãe é usuária de droga e garota de programa, tem uma tia que mora lá e tem um problema mental. Então eu disse: – podia dar uma ida lá pra ver. Tem outras questões também, tem um adolescente com alcoolismo na casa, aí a gente pediu pra ver...*

Nesta pesquisa, os profissionais mencionam vários fatores que eles consideram de risco para ocorrência de violência: uso abusivo de drogas, exploração sexual comercial (situação de prostituição), “disfunção familiar”, gravidez na adolescência, transtornos mentais, dificuldades econômicas, maus-tratos de crianças. M2 justifica que a situação de maternidade na adolescência

levaria a maus-tratos impingidos a criança, por ser num momento evolutivo inadequado (adolescência) acrescido de poucas condições materiais de subsistência (violência estrutural). Contudo, este profissional diz: M2: [...] *até entendo, mas eu acho que o amor é tudo ...* Ou seja, ele reproduz a ideia de um amor materno idealizado que prevalece mesmo em condições precárias de existência, incluindo as de ordem cultural. Concepções como essa podem levar os profissionais a não se engajarem em projetos maiores, que contemplem a melhoria das condições sociais, uma vez que as causas ficam localizadas apenas no sujeito.

A violência contra crianças e adolescentes é definida pelo Ministério da Saúde como “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BRASIL, 2010, p. 24). Tal gravidade da violência que ainda atinge a infância e a adolescência no Brasil foi apontada no Relatório sobre a Situação da Adolescência Brasileira 2011 (UNICEF, 2011), produzido pela UNICEF, indicando a existência no país de 21 milhões de adolescentes cujos direitos não são efetivados, apesar de garantidos em lei. Dentre as vulnerabilidades apontadas no relatório estão:

[...] a pobreza, a pobreza extrema, a baixa escolaridade, a exploração no trabalho, a privação da convivência familiar, os homicídios, a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, o abuso e a exploração sexual e o abuso de drogas (UNICEF, 2011, introdução).

Tais vulnerabilidades são resultantes de múltiplas formas de violência que atinge crianças e adolescentes: a violência estrutural, a social, a interpessoal e a de ordem subjetiva, que estão inter-relacionadas de forma articulada (LIBÓRIO, 2004). A violência estrutural envolve a exclusão social, a globalização e a imposição de leis do mercado. É uma forma de violência intrínseca à organização política e socioeconômica de uma sociedade numa determinada época. O resultado é o desemprego estrutural, o aumento das desigualdades sociais, mudança nas relações trabalhistas, migrações em busca de melhores condições de vida, dentre outras (LIBÓRIO, 2004). Os problemas sociais têm se agravado, pressionando principalmente, crianças e adolescentes a trabalharem e a viverem nas ruas, submetidos às mais diversas formas de violência. De acordo com o relatório do IBGE de 2010 (BRASIL, 2010), a PNAD 2009 revelou ter, no Brasil, 2,0 milhões de crianças de 5 a 15 anos de idade ocupadas no mercado de trabalho, das quais cerca de 44% estão concentradas na Região Nordeste e 24% na Região Sudeste. Se, em primeira instância, as crianças, adolescentes e famílias são vítimas da exclusão econômica, as crianças e adolescentes são duplamente vitimizados quando captadas pela exploração sexual comercial, pelo turismo sexual ou pelo tráfico de drogas (LIBÓRIO, 2004).

Com relação à violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, estudos internacionais revelam que, entre as meninas, os índices de abuso sexual são de 1,5 a 3 vezes superiores aos de meninos (KRUG *et.al.*, 2000). Nesse tipo de violência podemos constatar também a violência geracional, em que a violência é praticada por pessoas mais velhas, geralmente homens,

como no estudo de Aded; Dalcin e Cavalcanti (2007), realizado com 44 laudos de casos suspeitos de abuso sexual no Instituto Médico-legal do Rio de Janeiro, em 2000. Em 55 dos casos havia vínculo do agressor com a vítima, sendo 16,13% por pais, padrastos ou responsáveis e 28,23% por parentes (tios, avós, primos) ou conhecidos. Constataram uma incidência de 81,45% de casos nas idades de 0 (zero) e 14 anos, indicando que a maior parte da violência sexual é cometida em idades que oferecem menor resistência das vítimas. Os casos contra meninos de 0 (zero) a 14 anos apareceram em maior número do que os citados na literatura, contudo, não havia nenhum na faixa dos 14 aos 17 anos de idade, ou por serem mais fortes, oferecendo resistência aos ataques, ou por terem vergonha de denunciar os casos.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG *et.al.*, 2000) aponta a dificuldade de se conceber o que são práticas abusivas ou negligentes com relação às crianças e aos adolescentes, pelas diferentes normas adotadas nas diferentes culturas do que seja uma prática parental aceitável em relação à criação dos filhos. Entretanto, parece haver um consenso geral entre as culturas de que o abuso infantil não deve ser permitido, assim como práticas disciplinares extremamente rígidas e o abuso sexual devem ser motivos de preocupação. Esse relatório aponta que na maioria dos países “as meninas são as que mais correm risco de infanticídio, abuso sexual, negligência educacional e nutricional e, prostituição forçada” (KRUG *et al.*, 2000, p. 66).

O estudo de Trabbold (2011) analisou processos crimes dos anos 80 do século 20, arquivados na Universidade de Montes Claros, relacionados à violência sexual praticada contra crianças e adolescentes da comarca de Montes Claros, confirma a associação entre os vários tipos de violências (estrutural, social, geracional, de gênero) e a violência sexual, ao constatar que o alto índice de pobreza da região norte mineira, caracterizada por uma sociedade de perfil patriarcal e machista, contribuiu como fator de risco para os crimes de violência sexual contra crianças e adolescentes (TRABBOLD, 2011).

*E1- Sim... tem famílias que a gente já conhece, tem adolescente que já tem filho que os avós cuidam, tem uma série de coisas, e essas famílias a gente tem que acompanhar mais de perto... essa família desse menininho era uma família de risco já há muito tempo; a mãe era usuária de droga e abandonou o menino; quem se propôs a cuidar, quem adotou como filho mesmo, mas adotou do ponto de vista afetivo foi a avó, e essa avó precisa de fazer outras coisas. O pai mora com o menininho, mas é usuário de droga, então era uma família que já era acompanhada por causa disso.[...]*

Os profissionais pesquisados atrelam a possibilidade de risco de ocorrência de violência sexual à vulnerabilidade familiar, o que não é falso, como exemplificado nas falas de M2 e E1. Entretanto, ela não é o determinante em si da violência sexual.

De acordo com Oliveira (2012), a ideia de risco no campo da medicina começa a surgir no século XVIII, relacionando risco com questões de saúde, voltadas principalmente para as

companhias de seguro de saúde. Mas foi no final do século passado que a noção de risco, sob a forma de “fatores de risco”, se disseminou no campo médico, através de inúmeros estudos e artigos publicados, advinda de uma questão maior de riscos para a vida, para o ambiente (radioatividade, poluição, etc.), em geral, trazidos pelo processo de modernização. O termo “fator de risco”

diz respeito a um aspecto do comportamento pessoal, a uma exposição ambiental ou a uma característica pessoal, biológica ou social, em relação à qual existe evidência epidemiológica de que está associada à determinada condição relacionada à saúde, condição essa que se considera importante prevenir (NORMAN; TESSER, 2009, p. 2017).

Norman e Tesser (2009) chamam a atenção para a medicalização que vem acontecendo em relação aos “fatores de risco”, uma vez que tais fatores estão associados ao risco de desenvolvimento de uma doença, mas não são necessariamente os agentes causais de uma enfermidade, como costuma ser associado pelo imaginário social e também pelos profissionais.

O fator de risco não é necessário nem suficiente para que se apresente a enfermidade. O fator de risco é simplesmente algo que se associa estatisticamente à doença, no entanto não a exclui. [...] Em geral, os profissionais identificam erroneamente os fatores de risco com agentes etiológicos de doença. [...] (NORMAN; TESSER, 2009, p. 2017).

Essa concepção errônea do que seja fator de risco está relacionada à ilusão proporcionada pela racionalidade científica, que obtém os fatores de risco através de estudos com grupos de indivíduos, ou com vários grupos, utilizando-se de cálculos probabilísticos. “A alquimia dos números deslumbra os pacientes [os profissionais] e a sociedade, preferindo-se a segurança de uma resposta errônea envernizada de estatística à incerteza da ignorância” (NORMAN; TESSER, 2009, p. 2017). No caso da violência sexual, a vulnerabilidade familiar não assegura nem exclui a ocorrência do episódio, na medida em que a violência sexual é passível de acontecer em qualquer classe social e idade (FALEIROS, 1997), mas no discurso dos profissionais há uma associação linear de causa-efeito entre violência sexual e famílias vulneráveis, ou entre violência sexual e pobreza, como exemplificado na fala de A:

*A- é o que a gente fica sabendo é que tem muitos casos de prostituição, próximo a Br e ao Mineirão (bairro), então nessas áreas é... pode ter mais adolescentes envolvidos... mas eu não sei na minha micro área de violência sexual com adolescente, talvez porque na minha área não seja de um nível social não tão baixo, porque eu acho que o que leva à prostituição seja a dificuldade financeira né, então na minha micro área não tem tanta necessidade, é uma micro área de um nível social melhor.*

Essas concepções deterministas, acreditamos serem decorrentes também do modelo biotecnológico predominante nas práticas de saúde da ESF, como vimos anteriormente. Tal

entendimento é ratificado pela pesquisa de Favoreto e Camargo Jr. (2002) que também identificaram nos profissionais da ESF concepções mecanicistas e biologicistas do processo saúde-doença. Tais concepções são aplicadas nas ações comunitárias, fato que, segundo os autores, leva os profissionais “a tomar[em] atitudes que correm o risco de serem (*sic*) normatizadoras e moralistas dos comportamentos sociais e individuais” (FAVORETO; CAMARGO Jr.,2002, p. 67).

Um estudo realizado por Afonso e Filgueiras (1996) com famílias de crianças e adolescentes do município de Belo Horizonte demonstra a existência de uma diversidade de tipos de famílias, dentre as quais foram identificadas 9 tipos: família nuclear simples; monoparental feminina simples; monoparental masculina; nuclear extensa; monoparental feminina extensa; famílias conviventes; família nuclear reconstituída; família de genitores ausentes e família nuclear com crianças agregadas. Tais tipos são desconhecidos, segundo o estudo, por ainda prevalecer no imaginário social (incluindo o dos profissionais) o ideal de família baseado na família conjugal nuclear monogâmica, modelo ideologicamente dominante, ao qual todas as famílias devem se moldar, levando à estigmatização das outras formas familiares que passam a ser denominadas de “desestruturadas”, principalmente as das camadas populares (AFONSO; FILGUEIRAS, 1996). Essa concepção ideológica de família está presente no discurso dos profissionais de saúde entrevistados, como verificamos na fala de M2:

*M2- da suspeita... é difícil de falar, por quê? Porque essas crianças de periferia são carentes de tudo, são carentes de carinho, são muito carentes de afeto, principalmente essas crianças em área de risco, crianças... que começa já não tem uma família definida porque a maioria é criança de um dia um pai, outro dia é outro, são crianças que têm famílias desestruturadas, que fica difícil da gente saber que tipo aconteceu, se violência psíquica, ou foi abuso?*

Através da análise dos diferentes tipos de família que divergem do modelo dominante, Afonso e Filgueiras (1996) verificaram que há um constante movimento de organização-reorganização possibilitando diversos arranjos familiares, e que tais famílias têm uma centralidade na vida das crianças e adolescentes. Este entendimento do movimento de organização-reorganização se faz de várias formas; por exemplo, através de rompimentos de uniões conjugais que provocam novas uniões, ou através da agregação de novos parentes ou pessoas ao núcleo familiar, etc. Esse entendimento, segundo os autores, vem reforçar a “necessidade de se acabar com qualquer estigma sobre as formas familiares diferenciadas, [enxergando] na diversidade não apenas pontos de fragilidade, mas também a riqueza de respostas possíveis encontradas pelos grupos familiares para suas necessidades e projetos” (AFONSO; FILGUEIRAS, 1996, p. 323).

*M1- [a mãe vem ao ESF para] falar que a filha dá muito trabalho, que tá mexendo com droga, tá mexendo com prostituição... [...] às vezes é a mãe, às vezes é uma tia que pegou pra criar, às vezes é alguém que pegou pra criar de alguém... então já tem toda uma disfunção familiar importante.*

Nesse sentido, deve ser considerada pelos profissionais a singularidade dentro da pluralidade de arranjos familiares, ou estarão atuando de forma disciplinarizante para conformá-los a um ideal. Uma das consequências de tal postura poderá ser a responsabilização da família, seja a priori, por não apoiar seus membros, e a desresponsabilização do Estado na eliminação das desigualdades e exclusão social (AFONSO; FILGUEIRAS, 1996, p. 335). A ESF, dessa maneira, não estará atuando dentro da política de humanização do SUS, que pressupõe o acolhimento como elemento importante para humanização da atenção. Ferreira (2005) considera que o objetivo do acompanhamento com famílias é para o fortalecimento destas, sugerindo aos pediatras que seria boa medida “eleger o afeto como valor e olhar a família que sofre, ao invés de tratá-la como de risco ou incapaz” (FERREIRA, 2005, p. 176).

Conforme está preconizado na “Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”, a humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livre de quaisquer julgamentos morais (BRASIL, 2011). Apesar dessa orientação, encontramos também uma predominância de concepções moralistas sobre o feminino, sobre a família, sobre a adolescência, entre os profissionais entrevistados, como se observa nas falas abaixo:

*A3- Tem uma gestante no cabaré que eu nunca vi essa gestante, por causa que ela fica o dia inteiro dentro da casa, mesmo, que fica na minha área, eu mal visito lá, não consigo visitar...*

*E4- Gravidez na adolescência acontece muito aqui, no caso pra gente é gravidez em menor de 21 anos de idade... Acontece muito também, direto. Mas às vezes a menina engravida não é de abuso não, é falta de cuidado mesmo, tá morando com parceiro e engravida. Eu tenho 4 gestantes de menor, tem colegas que tem 3 que está grávida menor de 21 anos de idade...*

*E3- A gente fez um trabalho com essa família; são cinco irmãos na casa, as duas... a mais velha e a terceira, elas são bem afloradas, elas fazem uso de medicamentos psicoativos... uma estuda na Vovó Clarice; ela tem assim, o lado sexual dela, principalmente esta terceira, a gente ficou sabendo de masturbação com meninos da escola Vovó Clarice, sexo oral. Mas a gente nunca confirmou, a gente fica sabendo por terceiros.*

É essencial para a condução de uma saúde pública genuinamente integral, universal e igualitária que os profissionais sejam capazes de “relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas” (BRASIL, 2011, p. 15), ou as práticas de saúde ficarão comprometidas.

### **Lacuna do adolescente na ESF**

Relacionada também ao modelo biotecnológico de assistência em saúde está a questão do cuidado com a saúde dos adolescentes. Quando questionávamos os profissionais sobre o conceito que tinham ou sobre os indícios que os levariam a suspeitar ou confirmar uma violência sexual, usávamos sempre o termo “violência sexual contra crianças e adolescentes”, mas a maioria dos profissionais se referia somente à criança, omitindo o adolescente, como se falando de um falasse do outro. Isso fez com que usássemos nas entrevistas de uma estratégia de “provocação”, explicando que aquela região do ESF havia sido escolhida para a pesquisa por ser um dos locais de grande ocorrência de exploração sexual de adolescentes, segundo informações do Conselho Tutelar, como na fala abaixo:

*P- Pra você, o que você entende como violência sexual infanto- juvenil?*

*A2 - violência sexual que eu entendo é qualquer tipo de desrespeito à intimidade da criança; de repente um carinho que você acha que não é nada pode ser violência sexual... qualquer coisa que mexa com a parte íntima da criança, com a parte sexual da criança, eu imagino... [...].*

*P- O Conselho fala que essa região é uma região de maior denúncia de violência sexual, como você explica isso?*

*A1- Não sei te explicar, não; nessa área que eu atuo realmente não tem acontecido esses casos, mas o que pode estar acontecendo... o conselho investiga?... não se... se... de repente o conselho investiga e o agente nem sabe... é muito difícil identificar na visita, a gente nem tem contato com o adolescente; ele faz curso, ele estuda, então a gente tem que contar com a família, tem família que fala. Às vezes a família não suspeita e não fala nada, então não dá pra gente saber, pode ser informação que não tá chegando pra gente...*

No discurso dos profissionais de saúde aparece o impasse frente à questão do atendimento ao adolescente. A primeira questão é sobre a lacuna do adolescente no setor saúde. A maioria dos profissionais entrevistados se refere ao adolescente como aquele que dificilmente tem contato com o serviço, como diz A1. Ou ainda, são vistos como resistentes em procurar o serviço de saúde; se o fazem, é em último caso por um problema de saúde ou no caso de gravidez, como fala M2:

*M2- Eu não atendo quase adolescente. O adolescente, vou ser sincera pra você, ele faz parte de um grupo que ele é um pouco rebelde, ele não procura o serviço, ele só vem aqui no último caso; e é xingando: – porque eu tô muito grande, porque eu não quero vir aqui... então, aqui o que eu tenho visto é muita anorexia e bulimia... eu encaminho direto pra psicóloga. Ela tem vergonha de vir pro planejamento familiar; quando ela aparece, ela tá grávida [...].*

*M2- [...] Olha vou te mostrar (pega a planilha de atendimentos) de 350 atendimentos, vou te mostrar quantas adolescentes que eu atendi mês passado: pré-adolescentes de 10 a 14 anos atendi 24. De 15 a 19 anos, 24... pouco demais... tá vendo, de 350 atendimentos. Eu atendi 77 idosos, 57 pessoas de 50 a 59 anos, e 85 de 20 anos acima. Viu... eles só vêm se tiverem passando mal...*

De fato, constatou-se que as mortes de crianças e adolescentes por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) no período de 1990 a 2000 foi de 146.824 óbitos, número menor do que as mortes resultantes de acidentes e violências (causas externas) para mesma faixa etária, no mesmo período, que foram 211.918 mortes, sendo que desse total foi na faixa etária de 15 a 19 anos que houve o maior número de mortes – 119.203 (SOUZA; JORGE, 2006). No Brasil, em 2008, as causas externas foram a primeira causa de morte – em números de óbitos – na faixa etária de zero a 24 anos, à exceção dos menores de um ano (MS, 2008). Dessa forma, conclui-se que na adolescência, por haver pouco adoecimento nessa faixa etária, há uma busca espontânea menor ao serviço de saúde, confirmando o discurso dos profissionais de nossa pesquisa. Entretanto, isso não implica que menor atenção seja dada à saúde dessa população; ao contrário, deve levar em conta as especificidades dessa população, como na pesquisa de Queiroz *et al.* (2011). Queiroz *et al.* (2011), verificaram que os adolescentes procuram a atenção primária, principalmente em circunstâncias de agravos em saúde ou situações específicas, como gestação, doenças sexualmente transmissíveis e imunoprevenção, enquanto as ações de promoção de saúde ficavam timidamente representadas, pois não integravam a rotina do serviço. Pelo documento do Ministério da Saúde “Atenção Primária e a promoção à saúde” (BRASIL, 2011), o conceito de promoção à saúde foi ampliado, indo além de

[...] um estilo de vida saudável, indicado como pré-requisito básico para alcançar saúde, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. As dimensões socioeconômicas, políticas e culturais incidem sobre as condições de saúde, não sendo, assim, responsabilidade exclusiva do setor saúde (BRASIL, 2011, p. 158).

A partir desse entendimento deve haver uma ação entre o governo, o setor de saúde e outros setores sociais e econômicos para que haja promoção à saúde, através de estratégias que levem em consideração as necessidades locais e as diferenças socioeconômicas e culturais “para a construção de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária na direção dos assuntos de saúde, desenvolver habilidades pessoais através da divulgação de informação, educação para a saúde e reorientar os serviços de saúde para a promoção à saúde” (BRASIL, 2011, p. 158-9). Uma das práticas para promoção à saúde são as práticas educativas com adolescentes. Souza e Martins (2011) apontaram que as dificuldades encontradas pelas enfermeiras para o desenvolvimento de práticas educativas com adolescentes estão relacionadas à baixa adesão dos adolescentes a estas, à falta de um espaço adequado para as atividades educativas e a sobrecarga de trabalho das enfermeiras na ESF. A mesma dificuldade foi apontada por diversos profissionais em nossa pesquisa, como aponta E1:

*E1- quando chega na adolescência é um problema, porque os adolescentes não gostam muito de participar dos grupos, a gente sofre muito [...] ele não procura o serviço e você vai fazer a visita nele, e ele esconde no quarto, às vezes você [...].*

Notamos que existe clareza de alguns profissionais, principalmente dos enfermeiros, da necessidade dessas práticas serem desenvolvidas na ESF, mas esses profissionais ficam angustiados diante das dificuldades encontradas com o grupo de adolescentes, como diz E1: *porque os adolescentes não gostam muito de participar dos grupos, a gente sofre muito [...] ele não procura o serviço [...]*. Várias são as razões para tal dificuldade. Almeida (2010), em sua dissertação de mestrado, buscou elucidar obstáculos ou desafios no atendimento ao adolescente, na perspectiva dos profissionais da ESF e suas relações com a política pública e o modelo assistencial. Esse estudo é significativo para nós, devido à similaridade metodológica com nossa pesquisa, ao trabalhar também com as práticas discursivas dos profissionais da ESF de uma região do interior do estado de Minas Gerais, dentro de uma abordagem foucaultiana e com enfoque sócio-histórico. Almeida (2010) conclui que coexistem novas e velhas concepções sobre a saúde do adolescente; uma delas pautada no modelo biotecnológico, que considera os adolescentes como difíceis de lidar e desconsidera a análise sobre o contexto da organização do serviço para o enfrentamento das dificuldades. A outra se refere a uma posição mais crítica frente ao modelo assistencial, considerado inadequado em relação às necessidades dos adolescentes, mas com um esforço para atenção mais integral. A autora entende que o adolescente tem resistência a ocupar o lugar de objeto que o modelo biotecnológico de assistência em saúde lhe impõe, e por isso se afasta do serviço, uma vez que ele “se apresenta mais na dimensão da demanda do que na dimensão da queixa objetificada dos sinais e sintomas” (ALMEIDA, 2010, p. 122).

Esse modelo assistencial, ainda de acordo com Almeida (2010), propõe práticas universalizantes desconsiderando as singularidades da adolescência. Uma dessas práticas está relacionada com a ênfase tradicional dos programas de saúde direcionados à mulher e à criança e, recentemente, aos doentes crônicos e idosos. “As ações de prevenção à gravidez estão, geralmente, vinculadas ao planejamento familiar ofertado à totalidade das mulheres em idade fértil”, com poucas ações específicas para essa população na rotina dos serviços em saúde (ALMEIDA, 2010, p. 38), como podemos verificar na fala de M:

*M1- [...] a gente não tem uma ação de coibir essa prática [referindo-se a programas sexuais], que essa é uma prática que vem do adolescente; ele não procura a gente pra dizer que foi violentado, pelo contrário, vem outras queixas, e como a gente saca por causa do agente dessa atividade, a gente acaba aproveitando pra abordar alguma coisa de sexo seguro, de gravidez indesejada, e da prevenção do câncer cérvico-uterino. Então a gente utiliza isso aí... mas ela não tem uma busca ativa pra isso... às vezes a mãe vem pra conversar, pra desabafar, mas dificilmente o adolescente nos procura...*

A questão do atendimento ao adolescente pelo setor de saúde diz respeito não só ao acesso universal e igualitário ao sistema de saúde preconizado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também se refere ao princípio da integralidade, que preconiza a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e

coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. Engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A integralidade pressupõe que “a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação à população” (BRASIL, 2000, p. 31). Nesse sentido Mattos aponta que além do atendimento à demanda espontânea, entendida por ele como a “capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto”, deve ser incluído no cotidiano do trabalho processos de “busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas”, ligadas às ações preventivas, mas dentro do contexto de cada encontro. São práticas que a partir da dimensão dialógica, constroem “projetos terapêuticos individualizados” (MATTOS, 2004, p. 1415). Não seria assim uma das maneiras de conseguirmos vínculo com o adolescente?

Apesar de nossa pesquisa detectar que há, de maneira geral, uma tendência da ESF de imobilidade à espera do usuário, contrariando os princípios e diretrizes do SUS, percebemos em alguns profissionais a tentativa de trabalho na perspectiva da integralidade, como na fala abaixo de E1, para um trabalho preventivo e intersetorial, no caso envolvendo o setor de saúde e da educação, como saída para responder à lacuna do adolescente no setor de saúde.

*E1- a gente tem dificuldade de chegar no adolescente , a gente vai muito nas escolas, mas os adolescentes não procuram, então (risos) é muito difícil você ver um adolescente na unidade de saúde porque veio mesmo pra cuidar... a gente tenta fazer grupos de adolescentes, mas a participação deles é muito pequena. Ele não vem, então a gente vai na escola. Na escola a gente faz abordagem com sexualidade, sobre proteção, até droga, isso aí né, mas a gente vê que... oficinas e falar sobre o tema, eles falam tranquilamente, sabe; mas o que a gente vê na prática, o que tá acontecendo é que eles não usam a informação na vida deles... então informação tem, eu não sei se a gente teria que ver uma outra forma de chegar nos adolescentes.*

Levando em consideração que não há uma ação que atinja de forma plena e total as demandas produzidas por diferentes subjetividades, como em um grupo de adolescentes, Almeida (2010) buscou algumas razões que concorreriam para o fracasso e frustração com relação às ações voltadas para os adolescentes quando elas são pautadas exclusivamente em evidências epidemiológicas. A primeira razão seria o caráter prescritivo e pedagógico das atividades propostas, com pouca sensibilização dos adolescentes, como relata E: [...] *eles falam tranquilamente, sabe; mas o que a gente vê na prática, o que tá acontecendo é que eles não usam a informação na vida deles [...].* Outra questão está relacionada à escolha das atividades e temas feita pelos profissionais e não pelos adolescentes. Há uma desconexão dos temas como gravidez, drogas, com o contexto mais amplo vivido pelos jovens, e que mais os interessa como, por exemplo, as questões relacionadas ao trabalho, às relações familiares, ao projeto de vida, etc... Essa descontextualização aumenta a desmotivação dos adolescentes.

Essa dificuldade de trabalhar com o adolescente está relacionada também com a já citada precariedade de desenvolvimento de trabalho interdisciplinar pela ESF. O trabalho nos moldes da Clínica Ampliada, dentro da política de humanização do SUS (BRASIL, 2010), pressupõe o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular, como um processo de construção coletiva, envolvendo o profissional, a equipe de saúde e os usuários, em torno de uma dada situação para produzir saúde, a partir de um espaço de criação, que responderia à questão colocada por E1: [...] *eu não sei se a gente teria que ver uma outra forma de chegar nos adolescentes.*

### **Negação da exploração sexual comercial como forma de violência sexual contra adolescentes**

Além da lacuna do adolescente no serviço de saúde, constatamos que de forma geral há uma negação da situação de exploração sexual comercial como forma de violência:

*E1- [...] de tipos mais de exploração, não de violência sexual, mas de exploração que acontece nessa região. Tem meninas que começam a se prostituir muito cedo, muito mesmo... a gente vê pelo Estatuto, a gente, que meninas com 13, 14 anos estão se prostituindo, e aqui tem bastante... tem esses casos.*

*P- Nessa região aqui?*

*E1- nessa região.*

*P- E o que o PSF pode... se acha que tem um trabalho efetivo...*

*E1- eu acho que com relação a isso não tem... a gente tem um trabalho isoladamente com aquela que a gente sabe que está se prostituindo, mas a gente não faz um trabalho coletivo [...].*

*M1- [...] então né... às vezes o agente fala: – fulana tá fazendo, mas ela vem por um outro motivo, principalmente com a enfermeira, marca com a enfermeira por causa da questão de gênero, onde a enfermeira faz um trabalho mais voltado pra prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, de prevenção de câncer cérvico-úterino, de orientações de sexo seguro, de evitar uma gravidez indesejada.*

A fala de E1 nos mostra a dificuldade das equipes da ESF diante dos casos de exploração comercial sexual de adolescentes. Como nas outras equipes, não há um trabalho com as adolescentes em situação de exploração, como mostra E1: *eu acho que com relação a isso não tem... a gente tem um trabalho isoladamente com aquela que a gente sabe que está se prostituindo, mas a gente não faz um trabalho coletivo [...].* O trabalho é realizado individualmente, e está voltado para as medidas de prevenção ofertadas regularmente pelo serviço quando essas adolescentes o procuram, de acordo M1. Ou seja, há uma negação em relação à situação de exploração sexual comercial sofrida pelas adolescentes que vivem nas áreas das equipes. Os profissionais sabem da existência de adolescentes nessa situação; no entanto, não há relato de que se mobilizem em ações coletivas ou intersetoriais. Nem há relato de notificação desses casos, ação obrigatória por se tratar de um crime de violência sexual.

A dificuldade dos profissionais em relação à questão da exploração sexual praticada contra crianças e adolescentes nos remete ao debate da complexidade que envolve o tema. Atualmente esse tipo de exploração é definido como uma forma de violência sexual que ocorre em quatro modalidades: a situação de prostituição, o turismo sexual, a pornografia e o tráfico de pessoas para fins sexuais. Caracteriza-se pela relação de mercantilização e poder na utilização do corpo de crianças e adolescentes, seja para fins de exploração sexual ou de produção e comercialização de materiais pornográficos (filmes, fotos, revistas, livros, desenhos, arquivos de computador e veiculações na internet). São considerados exploradores os aliciadores que induzem ou obrigam a criança ou o(a) adolescente a tais atos, como também os intermediários e os clientes que pagam pelo serviço. É considerada exploração sexual comercial mesmo havendo a existência de relação afetiva entre as vítimas e o agenciador (LIBÓRIO; SOUZA, 2007, AMAS, 2007). É um fenômeno de âmbito internacional que vem mobilizando os países e governos em seu combate. Esse tipo de crime está previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90, e na nova Lei 12.015/2009 do Código Penal, que incluiu os crimes cometidos através da internet, resultante da mudança tecnológica da sociedade. Estabelece também que o aliciamento de menores de 18 anos, mesmo com desejo ou “consentimento” deles, se constitui crime (GRECO, 2009).

Vários são os fatores que contribuem para a existência da exploração sexual de crianças e adolescentes. Um dos principais é a violência estrutural, expressa na grande desigualdade econômica e social do país, e da região do Norte de Minas Gerais, local da pesquisa. Tal desigualdade é um dos principais fatores que leva à fragilização da rede familiar pela pobreza, violência e outras formas de desestabilização (desemprego, migração, separação, etc.) (LIBÓRIO; SOUZA, 2004). Nas falas de E4 e A1 podemos notar essa associação:

*E4- o pai e a mãe não preocupam muito, é usuário de drogas também; a mãe é alcoólatra e o pai bebe muito.. Então eu posso te falar que acontece muito abuso com criança, pessoal aqui é muito carente, sem instrução... tá melhorando muito agora... não é todos não, uma certa área, essa área mais lá pra baixo perto do Mocão, o pessoal é muito carente...*

*A1- é o que a gente fica sabendo é que tem muitos casos de prostituição, próximo a Br e ao Mineirão (bairro); então nessas áreas é que pode ter mais adolescentes envolvidos... mas eu não sei na minha micro área de violência sexual com adolescente; talvez porque na minha área não seja de um nível social não tão baixo, porque eu acho que o que leva à prostituição seja a dificuldade financeira, né. Então, na minha micro área não tem tanta necessidade; é uma micro área de um nível social melhor .*

As famílias que vivem nessas condições materiais precárias não encontram condições dignas para cumprirem seu papel de proteção e cuidados básicos, propiciando que suas crianças e adolescentes se tornem presas fáceis das redes de exploração sexual comercial (FALEIROS, 1998;

HUTZ, 2002; KOLLER; DE ANTONI, 2004). O reconhecimento dessa situação faz com que se use atualmente o termo “crianças/adolescentes em situação de exploração sexual” em lugar de “prostituição infanto-juvenil” (LIBÓRIO, 2005). Ou seja, o reconhecimento da condição de crianças e adolescentes como sujeitos de direito na atualidade os coloca como “vitimizados” na exploração sexual, por ser esta resultante de outras formas de violência que, ao gerar desigualdade social, causa o enfraquecimento dos vínculos familiares (FALEIROS, 1999; LEAL, 2007). Mas será essa a percepção que os profissionais têm dos adolescentes em situação de exploração?

Vimos que há uma negação da situação de exploração sexual pelos profissionais de saúde que está ligada à imobilidade de ações. Uma das hipóteses que explicaria tal postura seria a dificuldade de os profissionais (e de os adultos em geral) se posicionarem frente à sexualidade do adolescente. De acordo com Rassial (1999, p. 28), “não estamos mais no tempo do interdito da sexualidade do adolescente. Há muito mais uma ordem para viver a sexualidade” [...]. Principalmente, diz Kehl (2007, p. 46-7), mudou o lugar atribuído ao adolescente das últimas décadas do século XX. Ele “deixou de ser a criança grande, desajeitada e inibida, de pele ruim e hábitos antissociais, para se transformar no modelo de beleza, liberdade e sensualidade para todas as outras faixas etárias” ficando as fronteiras entre infância e adolescência, adolescência e adultez cada vez menos delimitadas, ampliando o que se descreve como adolescência.

Relacionando tais considerações com a questão da violência sexual, retomamos a fala de Alvin (1997) reportando-se aos adolescentes, dizendo que “muitas vezes lhes são emprestadas intenções ou maturidade que não possuem, particularmente nas situações em que a sexualidade está em jogo” (ALVIN, 1997, p. 72). Isso nos remete a uma delicada discussão sobre a tênue linha existente entre ser o adolescente sujeito de seus desejos sexuais ou tornar-se objeto de exploração sexual, sem se dar conta disso.

De acordo com Libório (2004, p. 37), a máxima dos direitos sexuais pode ser descrita como “decidir livremente e responsabilmente sobre a própria vida sexual e reprodutiva, exercê-la sem sofrer discriminação, coerção e violência”. Por isso, a nova Lei 12.015/2009 do Código Penal criminaliza o “favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração Sexual de vulnerável” (art. 218 – C). Esse crime compreende “submeter, induzir ou atrair criança ou adolescente menor de 14 anos à prostituição, ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone”. Além de proteger os menores de 14 anos, o artigo da Lei também inclui os adolescentes de 14 a 18 anos, “[...] embora, nos dias de hoje, a prostituição ainda seja um comportamento lícito, tolerado pelo Direito, em se tratando de menores de 18 anos” (GRECO, 2009, p. 112).

Contudo, apesar da lei delimitar o direito sexual do adolescente menor de 14 anos (e parcialmente de 14 a 18 anos), ela não barra o desejo, podendo por isso partir do adolescente atitudes de instigar, procurar deliberadamente a gratificação do seu desejo através do contato sexual. Essa possibilidade obscurece o que Leal (2009) denominou de consentimento induzido. Os exploradores sexuais levariam as vítimas a uma “escolha”, dando aparência de um consentimento, utilizando para

isso argumentos sedutores “tais como apresentação e vantagens materiais e possibilidades de alterar seu cotidiano (marcado por privações, fragilidade e inexistência de opções), o que motiva as pessoas desse grupo vulnerável a aprovarem suas propostas” (LIBÓRIO, 2004, p. 40-1).

*M1- [...] essa questão do adolescente, a gente sabe que tem, mas muito mais de prostituição, né; exatamente por causa do que você falou: a proximidade com a BR. E a gente tem sim muitos casos que a gente sabe, mas por ser uma ação que parte também do adolescente, ele não nos procura... entende? porque é quase um trabalho para aquele adolescente... então é uma atividade com fins lucrativos a prostituição destes adolescentes... a gente sabe que algumas garotas são garotas de programa e fazem programa aí no posto (posto de gasolina às margens da rodovia, sabido como ponto de prostituição)... né... mas elas não vêm procurar a gente porque faz isso de forma ativa...v então, né... às vezes o agente fala: – fulana ta fazendo, mas ela vem por um outro motivo [...]*

*M1- [...] e também a própria desistência, desinteresse desse jovem adolescente para o mercado de vida em comum, que é estudo, educação superior... há um certo desinteresse por essas atividades e um interesse maior para um dinheiro fácil e rápido, que seria a prostituição; e nesse meio ele acaba descobrindo a droga e acaba de perder tudo...*

Essa complexidade que envolve os direitos sexuais na adolescência torna-se maior quando entramos na questão da exploração sexual, ficando pouco claro o limite entre o abuso e o consentimento. Parece-nos que é isso que ocorre com o profissional M1, quando ele diz: [...] *a gente tem sim muitos casos que a gente sabe, mas por ser uma ação que parte também do adolescente ele não nos procura...[...] porque é quase um trabalho para aquele adolescente...então é uma atividade com fins lucrativos a prostituição destes adolescentes.* M1 entende ser uma atividade de livre iniciativa da adolescente, uma escolha pela facilidade de ganhos, justificando o desinteresse por outros meios de sobrevivência e a ausência do adolescente no serviço de saúde. Libório (2004, p. 41) diz que, por mais difícil que seja, precisamos tentar diferenciar quando “há um expressar-se livremente do ponto de vista sexual” ou quando há uma violação de direitos, dentre os quais os sexuais, “no qual o consentimento não foi significativo”.

Além disso, esse discurso “de que foi uma escolha do adolescente”, resultante também do modelo biotecnológico, reflete uma desconsideração frente aos poderosos fatores estruturais e sociais que impulsionam e mantêm o mercado de exploração sexual comercial, deixando uma margem de escolha reduzida (mas não nula) ao adolescente, com relação a seu projeto de vida, como percebemos na fala de A3. Entretanto, por menor que seja, existe a possibilidade de o(a) adolescente “reelaborar seu projeto de vida” (LIBÓRIO, 2005, p. 419) contando com a ajuda de profissionais, por exemplo.

*A3- [...] que, a mãe dela que foram mães adolescentes. Ela é uma prostituta, e aí tem 3 filhas e as 3 filhas foram mães adolescentes, a mãe tem mais de 40 anos, é veia, e é prostituta até hoje. Aquilo ali, como se diz, vem graduando na família; a prostituição começa assim... é falta de dinheiro, é ganância. Acha que ela só*

*consegue aquele dinheiro se ela se prostitui, não é estudando, batalhando, correndo atrás... é, prostitui do jeito mais fácil...*

*P- Então, você quando vai fazer suas visita,s você fica atenta a essas coisas?*

*A3- se eu percebo, se é uma adolescente [sendo explorada sexualmente]... porque eu, já fui adolescente, eu sei como é que é; eu fui uma adolescente que se minha mãe não tivesse ali e Deus não me segurasse... eu iria no barco, sabe... porque adolescência é uma fase de curiosidade, de ganância, de ganância que ela viu que ela não conseguiu há tempos atrás; ela quer aquilo ali agora, ela quer dinheiro, ela quer uma roupa da moda, um sapato da moda, então principalmente as adolescentes da minha área, elas fazem por dinheiro.*

Aqui é importante diferenciar que existe a percepção dos profissionais sobre as condições que levam à exploração sexual, como se vê na fala de A3, mas acaba sendo desconsiderada dada a existência dos múltiplos fatores que concorrem para sua manutenção, incluindo aqui um fator complicador, que é o envolvimento com as drogas. Isso talvez explique por que as ações desenvolvidas com esse grupo sejam ações pontuais (próprias de um modelo biotecnológico) que, para ocorrerem, dependem da ida do(a) adolescente ao serviço, como diz M1:

*M1- [...] normalmente a prostituição nunca vem sozinha, ela vem junto com o uso de drogas; a gente tem muitos casos aqui desse tipo...*

*P- E o que vocês fazem?*

*M1- a gente dá todo um suporte familiar, e com o adolescente a gente faz um trabalho mais específico de aconselhamento breve com relação ao uso de drogas, todo um suporte numa situação de querer conversar, de querer criar um vínculo, e orientação de sexo seguro, distribuição de preservativo, exames de prevenção regularmente, exames complementares continuamente como HIV, sífilis e hepatite B, vacinação... por aí...*

Então, as ações pontuais dos profissionais, explícitas na fala de M1, não são suficientes para ajudar e proteger os adolescentes em situação de exploração. Mesmo havendo uma demanda grande por outras ações em saúde, a ESF tem por finalidade um trabalho de prevenção e promoção à saúde, para sair do modelo biotecnológico (BRASIL, 2001). Isso pode se dar por ações conjuntas, que envolvam vários setores da sociedade, como a educação, a justiça.

Outro aspecto que observamos, relacionado à existência da exploração sexual de adolescentes, diz respeito a fatores de ordem social e subjetivos dos profissionais; os fatores subjetivos exprimem também (não só) concepções culturalmente construídas, e que entram em jogo na avaliação da situação.

*E4- [...]80% dos casos tá escondido ou então mais de 80, acho que hoje no Brasil deve ter muita violência contra a criança, entendeu. Principalmente que as meninas hoje, 10, 09 anos já estão moça já. Tem meninas aqui com 12 anos que já tá tomando anticoncepcional, entendeu; já ta menstruando; então assim a menina já tá pronta pra ser mãe, e o pai [refere-se ao pai da adolescente] aí às vezes é dependente de drogas, é alcoólatra, a mãe [refere-se à mãe da adolescente] assim*

*não tem aquele corpo mais... pode não querer a mãe, e ele tem a filha ali... aí a filha às vezes usa uma roupa indecente dentro de casa e o pai que bebe, ou com transtorno mental, e vê aquela moça ali, aí acaba rolando. Mas acho que na maioria dos casos ocorre por isso, igual tá acontecendo por causa desse motivo que eu tô te falando.*

Nessa fala, E4 atribui o comportamento provocativo à adolescente, aliado a um transtorno mental do abusador, à ocorrência de um abuso sexual incestuoso quando diz: [...]... *aí a filha às vezes usa uma roupa indecente dentro de casa [...]*. Essa fantasia reflete a forma preconceituosa e machista que envolve as relações de gênero em nossa sociedade, responsabilizando a figura feminina pelo abuso, ao não seguir “as regras de decência” do vestir, por exemplo. É muito comum se ouvir de homens (e de algumas mulheres também) o termo “ela mereceu porque provocou”. Além disso, E4 se refere a uma perda da “sensualidade” do corpo da mãe da adolescente, tomando como referência o corpo sensual e sexualmente ativo da adolescente.

Os achados de pesquisas (MACHADO *et. al.*, 2004; PELISOLI *et. al.*, 2010) confirmam que a desigualdade nas relações de gênero em nossa sociedade levam à violência, ao indicarem que, em sua grande maioria, são as meninas de 0 a 14 anos de idade as principais vítimas de violência sexual. A maioria delas só veio denunciar a vitimização que estavam sofrendo, desde tenra idade, na adolescência. E se tentaram antes, havia uma incredibilidade por parte dos adultos responsáveis por elas, que se estendia (ou se estende ainda?) por parte dos agentes do judiciário, no julgamento destes casos (HABIGZANG *et. al.*, 2005).

Tal incredulidade não poderia advir do discurso circulante na sociedade atual de uma sexualidade adolescente marcada por um gozo ilimitado, diluindo as fronteiras entre o permitido e o não permitido na regulação da sexualidade? Estariam os adultos, incluindo os profissionais relacionados com o cuidado do adolescente, negando a possibilidade de uma vitimização sexual dos adolescentes, por atribuírem culpa ao comportamento sexual liberal, sedutor, sensual desses, da mesma forma que se fazia (e ainda se faz) com relação à figura feminina? Ou ainda, pela juventude ter se tornado o ideal perseguido em nossa sociedade por todas as idades, estariam os adultos “sem medidas” para avaliar o que se constitui ou não uma violência sexual em relação à sexualidade vivida pelos jovens ou adolescentes, como indica a fala do profissional E1?

*E1- Mas eu vejo que aqui tem, não sei se é porque a gente consegue identificar melhor... talvez seja, né... mas eu consigo identificar muitas situações de provável violência assim principalmente com relação a adolescentes, sabe...*

*P- Que tipos você diz?*

*E1- De tipos mais de exploração, não de violência sexual, mas de exploração que acontece nessa região. Tem meninas que começam a se prostituir muito cedo, muito mesmo... a gente vê pelo Estatuto... meninas com 13, 14 anos estão se prostituindo, e aqui tem bastante... tem esses casos.*

Um estudo sobre abuso sexual extrafamiliar, no qual foram entrevistadas mães de crianças abusadas, parece corroborar a hipótese acima. Esse estudo revelou que o discurso das mães apontava três tendências de interpretação da violência sofrida por suas filhas: minimização, banalização e naturalização da violência sexual. Essas mães desconheciam que as situações de voyeurismo, exibicionismo ou toques eram consideradas violência sexual, por entenderem que esse tipo de violência só ocorreria se houvesse intercuro genital. Elas não demonstraram preocupação com a gravidade e as consequências da violência e apresentavam um discurso de culpabilização da menina/vítima, referindo-se às filhas como fracas ou incontroláveis (DE ANTONI *et. al.*, 2011).

Conforme Alvin (1997), muitas adolescentes são entendidas como “fabuladoras” ou “mitômanas”, quando não o são, por fazerem acusações infundadas de agressão sexual contra esta ou aquela pessoa, e às vezes contra o próprio pai, como supôs o profissional E4, ao ser questionado sobre os indícios que o levaria a pensar em uma suposição de violência sexual:

*E4- É que às vezes a criança também ela pode, o adolescente até pode mentir também. Pode falar que às vezes, ah! meu pai tá abusando de mim e tal, às vezes tá com raiva do pai, pode inventar isso; às vezes o pai pode fazer mal pra mãe, aí ela vem com uma calúnia dessa, mas eu acho que com o exame, no caso exame de corpo delito pra ver o que tá acontecendo [...].*

Conforme Alvin (1997, p. 73), essas adolescentes denominadas de “mitômanas” supostamente se diferenciariam das “verdadeiras” vítimas, tidas como aquelas que mantêm em segredo a violência, por não pararem “de contar sua história para quem quiser ouvir”. Contudo, a autora alerta que, além de serem raros esses casos, esse tipo de comportamento deve merecer atenção por indicar a possibilidade de ser uma repercussão ou seqüela posterior a uma violência sexual, que a mera objeção só faz agravar, como nos casos de retratação das vítimas de violência. Principalmente nos casos de violência sexual intrafamiliar (abuso sexual incestuoso ou estupro por parentes). Subestima-se a ambivalência e a culpa da vítima e possíveis pressões familiares no momento da revelação do abuso, gerando na maior parte dos casos uma retratação *a posteriori* feita pela criança ou adolescente, para manter a coesão familiar, ou pelo receio de perder o amor dos pais, inclusive do abusador.

Quanto aos casos de relações incestuosas, segundo a mesma autora, a maioria não está mais acontecendo na época do atendimento médico, por ter sido guardada em segredo durante muitos anos. Contudo, a autora relata que escapam à percepção dos profissionais “os ‘climas’ incestuosos, sem uma verdadeira passagem ao ato, e com tendência a perdurar, sem um motivo ‘legal’ para prestação de queixa” (ALVIN, 1997, p. 79), como nos foi relatado pelo profissional A2:

*A2- [...] já depois dela maior, fiquei sabendo que ela teve problema, faz tratamento psiquiátrico, tem problemas psiquiátricos, toma remédio, faz acompanhamento e ficou certo. Quando ela era pequena, ela falava comigo e eu achava que não era*

*por aí... até então eu não sabia que isso poderia ser caracterizado como um abuso; achava que era dando banho mesmo com a intenção de limpar mesmo, mas depois ficou certo que ele [o pai biológico] tava abusando mesmo.*

*P- Ela dizia o que pra você?*

*A2- Ela dizia que ele passava o dedo... só que ela disse isso depois, não foi no momento que acontecia.*

*P- isso começou... você se importa de falar um pouco disso? Isso começou com que idade aproximadamente?*

*A2- A idade que começou acontecer isso?... eu não sei com que idade, eu sei que ela já me falou maiorzinha, mas não sei se já desde o início acontecia; ela tava um pouco maior, já era pré- adolescente, que era por ali que ela me falou que acontecia..*

*P- Pré-adolescente com quantos anos?*

*A2- Uns 9 anos...*

*P - Que ela falou?*

*A2- Que ela falou que aconteceu, eu não sei se aconteceu uma vez ou duas, ou se acontecia sempre. Mas o fato é que ele sempre dava banho nela.*

Alvin (1997) aponta que quase todas as meninas envolvidas em relações incestuosas tinham histórico antigo de problemas de comportamento leves ou graves, e que as famílias na qual evoluía o incesto, em sua maioria, tinham aparência “amorosa”, apesar de confusa. Isso confunde o profissional na identificação da violência sexual. A mesma autora cita que sintomas como tentativas de suicídio, estados depressivos sérios, passagens ao ato e distúrbio do comportamento alimentar, como a anorexia, são frequentemente encontrados nos casos de violência sexual. Os “climas” incestuosos são relatados como “solicitações pelo pai (ou seu equivalente) de conotação sexual envolvendo sedução, vulgaridade, exibicionismo, controle da vida privada e genital, etc..” (ALVIN, 1997, p. 80).

Como pudemos observar, são os inúmeros fatores que propiciam e ou mantêm à exploração comercial sexual de crianças e adolescentes. A violência estrutural, traduzida na desigualdade econômica e social, estaria na base da exploração sexual, ao nosso ver. Mudanças no comportamento sexual estão também relacionadas com uma vivência maior e mais precoce dos adolescentes, dificultaria os adultos na percepção do que é uma atividade sexual consentida ou de consentimento induzido, ficando difícil estabelecer quando é uma violência sexual. Entra também em jogo a desigualdade de gênero vigente em nossa sociedade, propiciando a violência sexual. Por último, não podemos deixar de citar tendências patológicas dos sujeitos que constituem aspectos subjetivos dos indivíduos. O DSM IV-TR (APA, 2002) classifica como um “transtorno da sexualidade” denominando-o de “parafilia”; já o CID 10 (OMS, 1995) classifica como um “transtorno da preferência sexual”. Em nossa sociedade esse tipo de “preferência sexual” quando sai da fantasia, concretizando-se em ato caracteriza um crime.

## Um olhar diferenciado

Constatamos em nossa análise que há uma prevalência de um modelo assistencial pautado no paradigma biotecnológico, resultando na prática predominante de um não acolhimento da violência sexual e de gênero por parte da maioria dos profissionais entrevistados. No entanto, fomos concomitantemente percebendo algumas falas que indicavam uma tendência de ruptura com o modelo hegemônico, em direção a um modelo assistencial mais humanizado.

*P.. e o que vocês fazem?*

*M1 - .. a gente dá todo um suporte familiar, e com o adolescente a gente faz um trabalho mais específico de aconselhamento breve com relação ao uso de drogas, todo um suporte numa situação de querer conversar, de querer criar um vínculo, e orientação de sexo seguro [...].*

O profissional M1, por exemplo, como vimos anteriormente, tem uma prática curativista em relação à violência sexual, no entanto ele diz de uma relação de cuidado que envolve a criação de vínculo, de uma escuta dos usuários de sua unidade. Da mesma forma, na fala de M2 percebemos uma leitura do sintoma da criança que vai além de um sintoma biológico, ao levar em consideração as precárias condições ambientais de vida da família e da criança.

*M2 -[...] são crianças que muitas dessas mães deixam a criança com a avó e pegam outro relacionamento, deixam com avó ou bisavó. Num estudo das famílias a gente vê o resultado da criança, então tem muito isso...eu falo assim, se aqui a gente não tem muito tempo pra notar isso não, mas lá embaixo na unidade básica eu atendo dez crianças por dia, mas tem criança que não alimenta bem, que não dorme bem, que é muito irritada, se vai encostar o otoscópio ela não te recebe bem, o máximo de carinho que você tem com ela, muitas das vezes, você conversa um tiquinho com ela , ela acalma e você pode até olhar, entendeu? [...].*

Esse olhar diferenciado que implica em uma relação de cuidado, também aparece na fala de E1, mas é acompanhado por uma expressão de impotência, de desamparo do profissional diante de casos que considera difícil de lidar.

*E1 - [...] O pai mora com o menininho mas é usuário de droga, então era uma família que já era acompanhada por causa disso. E aí acontece uma violência nessa família, que a gente acha que a gente pode evitar, às vezes não dá, é só com orientação e acionando o conselho..e às vezes a gente não pode acionar o conselho só porque acha (risos) que pode acontecer alguma coisa né.. é uma coisa difícil mesmo [...].*

Além desse desamparo, na fala anterior, M2 pontuou a existência de uma demanda grande de atendimentos diminuindo a atenção que daria a outros aspectos do adoecimento, fato que também foi relatado e citado anteriormente por outro profissional (E4).

Consideramos importante destacar que fomos percebendo, ao longo de toda análise feita até o presente momento, que outros fatores além do modelo biotecnológico, vão contribuindo para que os profissionais fiquem imobilizados frente à questão da violência sexual, mesmo que eles tenham concepções de uma prática humanizada prevista nas diretrizes da ESF. Como vimos anteriormente, crenças errôneas a respeito do fenômeno da violência sexual; questões subjetivas do próprio profissional com relação à sexualidade; desigualdade de gênero; questões de ordem institucionais como falta de suporte em forma de capacitações e supervisões, todos esses fatores levam a negação dos casos de violência que acontecem no território.

#### **4.5 Implicações da pesquisadora**

Esse estudo nasceu de um percurso da pesquisadora com formação na área da Psicologia, atuando com grupos de adolescentes no recorte da saúde sexual e reprodutiva, além da docência e pesquisa.

Por estarmos ligados atualmente ao ensino superior, na área da saúde, especificamente num curso médico, temos sido demandados a ter um olhar menos reducionista, seja dentro do enfoque biomédico ou do psicológico, dada a complexidade dos fenômenos do processo saúde-doença. Contudo, percebemos que nossa formação é marcante na interpretação dos fenômenos, fazendo aparecer em alguns momentos deste trabalho, de forma contundente, a defesa do enfoque psicológico.

Nossa análise é de que essa tendência da pesquisadora é resultante de sua percepção quanto à desvalorização que os fenômenos psicológicos subjetivos e os de ordem socioeconômicos ainda sofrem na interpretação do processo saúde-doença.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo assistencial atual da Estratégia Saúde da Família parece caracterizar-se por uma transição conceitual, com predominância do paradigma biotecnológico sobre um modelo assistencial mais humanizado, pautado por uma clínica que leva em consideração outros determinantes na configuração da enfermidade, como os estruturais, sociais e subjetivos. Apesar de os profissionais possuírem um discurso humanizado, poucas são as ações práticas com relação à questão da violência. Assim, em decorrência do modelo preponderante ser o biotecnológico, a prática prevalente em relação à violência é a do olhar-vigiar, sem escuta, pautada em um ideal moralizante, sem construção do caso, protocolar, sem interdisciplinaridade ou intersetorialidade.

Ter como referência o modelo de assistência biotecnológico faz com que alguns profissionais lidem com a violência sexual como uma “doença”, com sinais e sintomas (modelo biomédico), cujo diagnóstico deverá e poderá ser comprovado por exames (modelo tecnológico), reduzindo ou focando todo o problema no nível biológico. Como consequência, observamos que os profissionais ficam presos a evidências (lesões físicas ou distúrbios comportamentais) para suspeitarem de uma violência sexual praticada contra crianças e adolescentes e acreditam que a comprovação dos casos se fará com exames clínicos ou laboratoriais. Entretanto, como muitas das formas de violência sexual (práticas eróticas variadas ou a exploração comercial sexual de adolescentes, por exemplo) não deixam necessariamente evidências e também não podem ser comprovadas por exames, acabam sendo negadas, omitidas. Talvez por isso, os profissionais ainda que partilhando do mesmo entendimento do que seja violência sexual, possuam muita dificuldade para identificá-la, principalmente quando não deixam evidências; e acabam ficando imóveis, sem busca ativa em relação à violência. Ou seja, apesar de a violência ser considerada na atualidade um problema de saúde pública em nível mundial, a maioria dos profissionais entrevistados não a toma como um problema do setor de saúde. O foco do trabalho cotidiano, para a maioria dos profissionais da saúde, continua sendo na doença, e não no sujeito e nas suas necessidades.

Várias são as consequências de tal concepção constatadas por esta pesquisa. Uma delas é uma atitude do olhar-vigiar, que se traduz na omissão e negação dos casos de violência, seja contra crianças e adolescentes, seja contra mulheres. Isso faz com que haja um encaminhamento dos casos de violência para outras instâncias como o Conselho Tutelar, para a polícia, para o CRAS, ou para o NASF, de forma que toda e qualquer ação incluindo as providências, como a notificação obrigatória desses casos, seja de responsabilidade única deles. Verificamos que os profissionais suspeitam e constatarem casos de violência sexual, principalmente os agentes comunitários de saúde, mas não os acolhem nem os notificam. Como razão para a não notificação foi citado o medo de retaliação por parte do agressor denunciado, por ambos morarem na mesma comunidade, demonstrando falta que aos

profissionais o respaldo institucional, incluindo capacitações, o que confirma uma de nossas hipóteses iniciais.

Constatamos que a capacitação recebida pelos profissionais foi para notificação de doenças e agravos em saúde, frequentada por poucos profissionais pertencentes às equipes da ESF pesquisadas, e foi interpretada como protocolar, focada no preenchimento da ficha de notificação. Esse tipo de capacitação protocolar não prepara os profissionais para atuarem frente à complexidade dos casos de violência, deixando-os inseguros. Nesse sentido, é de suma importância os programas de educação permanente para que os profissionais acolham tal demanda.

O acolhimento enquanto postura ética de um olhar-cuidar e de uma escuta diferenciada deve ser a primeira ação nos casos de violência tanto da vítima quanto de sua família. Tal atitude implicaria que o profissional tomasse para si a responsabilidade do caso, dando-lhe resolutividade através de diversas ações. Entretanto, não acontece o acolhimento pelos profissionais pesquisados, uma vez que a rotina diante dos casos é a de simples encaminhamento a outras instâncias. Dessa forma, não acontece um trabalho no modelo de uma Clínica Ampliada, como está preconizado pela Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004), com a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, como requer a complexidade da questão da violência. Para que esse modelo ocorra é necessário que a equipe multidisciplinar tenha uma prática interdisciplinar, o que se torna muito difícil diante da predominância de uma hierarquização na equipe, concentrando um saber/poder no médico ou enfermeiro, não havendo compartilhamento de saberes. Nesse sentido, não há trabalho em equipe, mas trabalho com profissionais que dividem o mesmo espaço. Isso impede a construção do caso, que resultaria num projeto terapêutico individualizado e numa construção de rede de cuidados interdisciplinar e intersetorial. Apenas um profissional relatou uma ação com o setor da Educação para trabalhar com os adolescentes. Um dos entraves apontados para que tais práticas não aconteçam foi o excesso de trabalho para dar conta da demanda cotidiana, fator que levaria a uma priorização de procedimentos rotineiros, ficando em segunda instância a promoção e prevenção à saúde, que são tarefas fundamentais da Atenção Básica em Saúde. Mas entendemos também que a ênfase em procedimentos curativistas está relacionada com a predominância do modelo biotecnológico.

Supomos ainda que, interferindo no acolhimento da violência estão algumas concepções errôneas dos profissionais, como atribuir transtorno mental ao autor de uma violência sexual, quando isso pode acontecer por questão cultural, por conta de uma cultura machista, por exemplo. Outra concepção que encontramos é a de acreditar que a “pior” violência sexual seria aquela na qual ocorre o ato sexual, como se as outras formas (atos libidinosos, etc.) fossem menos traumáticas. Outra concepção é a de que num caso de estupro intrafamiliar, alguém da família da vítima teria conhecimento, quando sabemos que o silêncio da vítima (e até de familiares) costuma acontecer por medo ou vergonha, por exemplo. Essas concepções podem dificultar o acolhimento ou a identificação

de casos de violência sexual, mas podem ser desfeitas através de um trabalho realizado com os profissionais, como na supervisão de casos clínicos, por exemplo.

Encontramos também um ideal moralizante norteador posturas moralistas e deterministas de alguns profissionais, como no caso de se estabelecer uma correlação linear determinista entre famílias em situação de vulnerabilidade e a ocorrência da violência sexual. Essa relação não é verdadeira, pois a vulnerabilidade familiar, como fator de risco, não assegura, nem exclui a possibilidade de ocorrência da violência sexual, uma vez que ela acontece em todas as classes sociais. Isso faz com os profissionais passem a focar só essas famílias, excluindo o olhar ampliado para as outras. Essa concepção está relacionada a um ideal de família que circula no imaginário social; são estigmatizadas as famílias que dele se afastam, principalmente as pobres, passando a serem nominadas de “famílias desestruturadas” ou “de risco”.

Com relação à situação de exploração sexual dos adolescentes, a dificuldade dos profissionais frente à questão acaba resultando em omissão e negação das situações de exploração sexual na qual se encontram muitas adolescentes que estão no território de responsabilidade desses profissionais. Nenhuma notificação foi citada, e não há um trabalho preventivo na área; o serviço oferecido a essas adolescentes restringe-se a ações pontuais como exames, planejamento familiar. Não há referência de uma rede de cuidados intersetorial nesses casos. Fatores de ordem social e subjetivos dos profissionais concorrem aqui. A predominância do modelo biotecnológico faz com que os profissionais atribuam uma escolha ao adolescente de estar na situação de exploração, desconsiderando os poderosos fatores estruturais e sociais que impulsionam e mantêm o mercado de exploração sexual comercial, deixando uma margem de escolha reduzida ao adolescente com relação à opção por seu projeto de vida. Relacionada a isso está a complexidade que envolve os direitos sexuais na adolescência, ficando pouco claro o limite entre uma situação de abuso sexual e o consentimento do adolescente a essa situação, quando entramos na seara da exploração sexual.

Há uma lacuna no serviço de saúde no que diz respeito ao adolescente, decorrente da dificuldade que os profissionais sentem com essa população. As ações são de cunho curativistas e acontecem quando o adolescente procura o serviço; não existe a construção de um plano de ação que envolva o próprio adolescente. Há relato de tímidas experiências intersetoriais com a Educação para suprir o distanciamento deles do serviço.

Em suma, a ESF não se constitui como porta de entrada para os casos de violência, seja ela sexual contra crianças e adolescentes, ou de gênero, praticada contra mulheres, porque não se acolhem tais casos. Isso decorre da ausência de apoio institucional aos profissionais através de capacitação permanente. Os profissionais se sentem inseguros e despreparados para lidarem com a complexidade da violência sexual contra crianças e adolescentes, e acabam negando e omitindo tais casos, não cumprindo a função de proteção.

O reconhecimento da violência, enquanto um problema de saúde pública, diz respeito ao setor de saúde, pelo impacto a nível econômico e social, e suas repercussões no processo saúde-

doença. Apesar dos avanços nas políticas públicas para o enfrentamento da violência, seu acolhimento pelo setor saúde ainda é um grande desafio e ocorre de maneira muito tímida, sem direcionamento de ações.

A partir dos resultados de nossa pesquisa, sugerimos algumas ações para que efetivamente a questão da violência entre para a rotina do setor de saúde. Este estudo deve ser interpretado como uma aproximação da realidade, não tendo a intenção de esgotar o tema, mas esperamos que ele possa contribuir para o avanço do setor da saúde no enfrentamento da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes

Sugestões de ações:

- Participação dos profissionais na construção das políticas públicas, consulta aos trabalhadores das bases;
- Transformação na prática clínica dos profissionais para superação do modelo biotecnológico, através do desenvolvimento de “atitudes e habilidades direcionadas à humanização do cuidado e à gestão coordenada das ações em saúde” (FACCHINI, 2002, p. 126).
- Estimular os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado em todas as suas dimensões (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e proteção social), bem como sensibilizar os gestores para a organização dos serviços e atuação em rede no território;
- Promover de forma contínua a educação permanente e capacitações para os profissionais e gestores; que não sejam apenas protocolares, através de estratégias diferenciadas, como a construção do caso clínico e supervisão de casos;
- Capacitar e articular a produção do cuidado nos vários níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até os serviços de emergência. Promover articulações intersetoriais com os sistemas de direitos, proteção e defesa;
- Investir na qualificação e apoio especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde, uma vez que são o elo entre a equipe da ESF e a comunidade, de forma que se sintam amparados pela instituição;
- Promover, através das entidades de formação, principalmente as do ensino superior, o debate sobre a questão da violência com os sistemas de direitos, proteção e defesa.

- Incluir na grade curricular dos cursos de graduação e pós-graduação disciplina que venha a tratar da questão da violência.
- Abrir espaços políticos de mobilização junto com a comunidade no sentido de uma luta pela garantia dos direitos humanos, pela diminuição das desigualdades sociais e por um sistema de proteção mais atuante.
- Outras pesquisas seriam importantes para ampliar a compreensão do tema como com relação ao funcionamento da rede de cuidados da violência sexual, como está estruturada, quais profissionais participam; buscar dados epidemiológicos da incidência da violência sexual; investigar como se dá o atendimento da violência na média complexidade, são exemplos.

## 6 REFERÊNCIAS

- ADED, N. L. O.; DALCIN, B. L. G. S.; CAVALCANTI, M. T. Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1971-1975, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000800024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800024)>. Acesso em 12 de fev. 2012.
- AFONSO, M. L. M.; FILGUEIRAS, C. A. C. Maternidade e Vínculo social. *Revista Estudos Feministas*. v. 2, n.2, 319- 37, 1996.
- AGÊNCIA BRASIL. Empresa Brasil de Comunicação. Em oito anos, Disque 100 registra 52 mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-05-18/em-oito-anos-disque-100-registra-52-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes>. Acesso em 12 de fev. 2012.
- ALMEIDA A. A. *Concepções sobre o desafio no atendimento ao adolescente: a perspectiva dos profissionais de equipes de Saúde da família*. 158 f. (Dissertação de Mestrado Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- ALVIN, P. Os adolescentes vítimas de abusos sexuais. In: GABEL, M. (Org.). *Crianças vítimas de abuso sexual*. 2. ed. Trad. GOLDFEDER, Sônia. São Paulo: Summus, 1997.
- AMAS (Brasil). *Caderno de formação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes*. Belo Horizonte, AMAS, 2007.
- AMENDOLA, M. F. *Crianças no labirinto das acusações – falsas alegações de abuso sexual*. Curitiba: Juruá, 2009.
- ANTONI, C. de; YUNES, M. A. M; HABIZANG, L.; KOLLER, S. H. Abuso sexual extrafamiliar: percepções das mães de vítimas. *Revista Estudos de Psicologia*. Campinas, n. 28, v. 1, p. 97-106, jan./mar. 2011.
- ARAÚJO I. L. Formação discursiva como conceito chave para a arqueogenealogia de Foucault. *Rev. Aulas, Dossiê Foucault*. Campinas: Unicamp, n. 3, p. 1-24, 2007. Disponível em: <http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/14.pdf>. Acesso em 09 de dez. 2010.
- ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- ASSIS S. G.; DESLANDES S. F. Abuso Físico em Diferentes Contextos de Socialização Infanto-Juvenil. In: LIMA, Cláudia Araújo de (Coord.) et al. *Violência faz mal à saúde*. 1. ed. 2 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editor>. Acesso em 12 de jan. 2012.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AZEVEDO, J. A Análise do Discurso. In: A. Esteves & J. Azevedo (Eds.). *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais*. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras. Instituto de Sociologia, 1998.
- AZEVEDO, M. A. & Guerra, V. N. A. (1988). *Pele de asno não é só história: um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família*. São Paulo: Roca, 1988.

- BANNWART, T. H.; BRINO, R. F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a ótica de médicos pediatras. *Rev. Paul. Pediatr.* São Paulo, n. 2, v. 29, p.138-45, Jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822011000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 de ago. 2012.
- BARROS, J. C. A. Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. São Paulo, n. 1, v. 11, p. 67-84, jan-jul/2002.
- BAUMAN, Z. *O Mal-Estar da Pós-Modernidade*. Trad. GAMA, Mauro; GAMA, Cláudia Martinelli. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BEATO, M. S. da F.; STRANLEN, C. J. V.; PASSOS, I. C. F. Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu. n. 37, v. 15, p. 529-37, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop11111.pdf>. Acesso em: 23 de out. 2012.
- BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência integral à Saúde da Mulher. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 2, v. 23, p. 465-469, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/24.pdf>>. Acesso em 06 de nov. 2012.
- BENETTI, S. P. C. Maus-tratos da criança: abordagem preventiva. In: HUTZ, C. S. *et al. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.
- BENOIT, L. O. Feminismo, Gênero e revolução. *Dossiê Crítica Marxista*. Baía, n. 11, p. 76-88, 2000. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/cemarx/criticamarxista/sumario11.html>>. Acesso em 10 de mai. 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema único de Saúde – avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf)>. Acesso em 15 de jun. 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf)>. Acesso em 23 mar. 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.3.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf)>. Acesso em 16 de abr. 2012.
- BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em 23 mar. 2012.

BRASIL. Decreto Nº 99.710, de 21 de Novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/crianca.htm>>. Acesso em 16 de abr. 2012.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>. Acesso 12 de out. 2009.

BRASIL. Lei 12.015/2009 (Lei Ordinária) de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm)>. Acesso em: 14 de fev. 2012.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm)>. Acesso em 23 de mar. 2012.

BRASIL. Lei nº 11.829, de 25 de novembro de 2008. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, para aprimorar o combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material e outras condutas relacionadas à pedofilia na internet. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/111829.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111829.htm)>. Acesso em 17 de fev. 2012.

BRASIL. Lei 12.650 de 17 de maio de 2012. Altera o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12650.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12650.htm)>. Acesso em 06 de jun. 2012.

BRASIL. *Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS. Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.* Brasília. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm)>. Acesso em 06 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de apoio à Saúde da Família – NASF. *Portaria 154*, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: [http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas\\_de\\_informacao/doc\\_tec\\_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf](http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf) . Acesso em 18 de set. 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Brasília: SEDH/DCA, v. 5, 2001. 59 p. Disponível em: <[portal.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/planonacional.pdf](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/planonacional.pdf)> . Acesso em 06 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 – Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em 06 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes.* Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf)>. Acesso em 06 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em 06 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 167). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao\\_maustratos\\_crianças\\_adolescentes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf)>. Acesso em: 3 de mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 3 de mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e violências. *Diário Oficial da União*. Brasília, n. 96, Seção 1 de 18/05/2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. *Diário Oficial da União*. Brasília, n. 215, Seção 1 de 09/11/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde [internet]. Cadernos de informações de saúde em MG. Brasília [DF]: Ministério da Saúde; 2009. [citado 16 jan. 2012]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em: 20 de fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 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. *Diário Oficial da União*. Brasília, n. 206, Seção 1, p. 86, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 104 do Ministério da Saúde, 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, n. 18, Seção 1, p. 37, de 26/01/2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)>. Acesso em 23 de mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.167). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao\\_maustratos\\_crianças\\_adolescentes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf)>. Acesso em 16 de abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz II. Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2008. 60 p. (Painel de Indicadores do SUS, 5). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel\\_indicadores\\_sus\\_5.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_indicadores_sus_5.pdf)>. Acesso em: 10 ag. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_legal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104. p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_familias\\_violenças.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_familias_violenças.pdf)>. Acesso em: 23 set.. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>. Acesso em: 23 set.. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vivapres2.pdf>>. Acesso em 05 de mai. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva\\_instrutivo\\_not\\_viol\\_domestica\\_sexual\\_e\\_out.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf). Acesso em 05 de mai. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde,

2005. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/impacto\\_violenca.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/impacto_violenca.pdf). Acesso em 05 de mai. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 124 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6). Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violenca\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violenca_sexual_mulheres_3ed.pdf)>. Acesso em 15 de mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)>. Acesso em 15 de mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em 21 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, 28 de Março 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em 21 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 970/2002. Dispõe sobre a aprovação e implantação do Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências (Sisav). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progesteres\\_livro9.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progesteres_livro9.pdf). Acesso em 21 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.968/GM, em 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. Publicada no DOU n. 206 de 26/10/01 Seção 1, p. 86. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968\\_25\\_10\\_2001\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html)>. Acesso em 21 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violências e Cultura da Paz. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 60 p. Painel de Indicadores do SUS, 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_base.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf)>. Acesso em 05 de mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2 ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em 05 de mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. DIRETRIZES DO NASF. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 27). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em 26 de abr. 2012.

BRASIL. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro – PAIR. Disponível em: <[http://www1.direitoshumanos.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/exploracao\\_sexual/Acoes\\_PPCAM/pair](http://www1.direitoshumanos.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/exploracao_sexual/Acoes_PPCAM/pair)>. Acesso em 29 de abr. 2012.

BRASIL. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Dados atualizados do Disque Denúncia Nacional – maio de 2006. Disponível em: <<http://vsites.unb.br/cet/turismoeinfancia/textos.dados/indice%20por%20Uf%20de%20denuncias.pdf>>. Acesso em 12 fev. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Disponível em: <http://www.direitoshumanos.gov.br/conselho/conanda>. Acesso em 16 de abr. 2012.

BRASIL. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração contra Crianças e Adolescentes – Disque 100. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://www1.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracao\\_sexual/Acoes\\_PPCAM/disque\\_denuncia](http://www1.direitoshumanos.gov.br/spdca/exploracao_sexual/Acoes_PPCAM/disque_denuncia)>. Acesso em 24 mar. 2012.

BRASIL. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Plano Nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. Brasília: Ministério da Justiça, 2001. (Garantia dos Direitos, v. 5). Disponível em: <[http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/plano\\_nacional.pdf](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/plano_nacional.pdf)>. Acesso em 03 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva\\_instrutivo\\_not\\_viol\\_domestica\\_sexual\\_e\\_out.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf)>. Acesso em 06 de nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/impacto\\_violencia.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/impacto_violencia.pdf)>. Acesso em 06 de nov. 2012.

CALLIGARIS, C. A adolescência. São Paulo: Publifolha, 2000.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, n. 2, v. 5, 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 Jul. 2012.

CAPEZ F. A objetividade jurídica nos crimes contra a dignidade sexual. Site Nova Criminologia.com.br responsável Lélío Braga Calhau, 19 de agosto de 2010. Disponível em: <http://www.novacriminologia.com.br/Artigos/ArtigoLer.asp?idArtigo=2773>. Acesso em: 13 fev. 2012.

CASTANHA, N.; SANTOS, J.; AGUIAR, B. 18 de Maio: Direitos Sexuais são Direitos Humanos – coletânea de textos. Brasília: *Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes*, 2006. [Caderno Temático]. 68 p. Disponível em: <http://www.comitenacional.org.br/files/biblioteca/M4JMLPCPFMKFK5HL8Z5R.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2012.

CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? *Interface-Comunic., Saúde, Educ.* n. 11, v. 6, p. 117-132, ago. 2002.

CASTRO, G. B. C.; FRANÇA, Jr, I. Abuso sexual infantil sob o olhar dos direitos humanos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, n. 9, 2010, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. *Diáspora, Diversidades, Deslocamentos*. Florianópolis: Editora, 2010. p. 1-13.

CECCARELLI, P. R. A nova ordem repressiva. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*. Brasília, 30, (4), p. 738-751, dez 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n4/v30n4a06.pdf>. Acesso em 4 de abr. 2012.

Centro de Referência Estudos e Ações sobre Adolescentes (CECRIA). Site. Disponível em: <http://www.cecria.org.br/index.php>. Acesso em 20 de mai. 2012.

CÉSAR, M. R. A. Da adolescência em perigo à adolescência perigosa. *Educar em Revista*. v. 15, 1999. (PDF). Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/educar/article/view/2048/1700>. Acesso em 20 mar. 2012.

CHAUÍ, M. Convite à Filosofia. 13. ed. São Paulo: Ática, 2003.

CLAVREUL, J. A ordem médica – poder e impotência do discurso médico. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2009. 92 p.

CONSELHO TUTELAR DE MONTES CLAROS – 2ª REGIÃO. Relatório de atividades do Conselho Tutelar da cidade de Montes Claros. Documento referente ao período de dezembro de 2009 a março de 2010 cedido à pesquisadora para análise em 2011.

CONTINI, M. L. J. A Adolescência e Psicologia: práticas e reflexões críticas. In: KOLLER, Sílvia H. (Org.). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, p. 11-4, 2002.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CRUZ, L. A. Crítica Epistemológica do Feminismo. Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS

PÚBLICAS. QUESTÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO NO SÉCULO XXI. São Luís, Ma, 28 a 30 de Agosto 2007.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. 2004. Dissertação. [s.n.]. (Mestrado Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <<http://en.scientificcommons.org/17907297>>. Acesso em: 25 de Nov. 2012.

CUTOLO, L. R. A.; MADEIRA, K. H. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família: uma análise documental. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. n. 3, v. 39, 2010. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/822.pdf>>. Acesso em 09 de nov. 2012.

CZERESNIA, D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. In: *Fórum de Saúde Suplementar*. 2003. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/AcoesPromocaoSaude.pdf>. Acesso em 22 de Nov. 2012.

D'ALMEIDA, F. A. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? *Interface-Comunic., Saúde, Educ.* n. 11, v. 6, p. 123-124, ago. 2002.

DE ANTONI, C.; YUNES, M. A. M.; HABIGZANG, L.; KOLLER, S. H.. Abuso sexual extrafamiliar: percepções das mães de vítimas. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 28, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2011000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Feb. 2013.

DINARD, R.; ANDRADE, R. Discussão x Construção do caso clínico. *Rev. Mental. Barbacena*, n. 4, v. 4, p. 45-58, jun. 2005.

DREZETT, J.; CABALLERO, M.; JULIANO, Y.; PRIETO, E. T.; MARQUES, J. A.; FERNANDES, C. E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *Jornal Pediatria*. Rio de Janeiro, n. 77, v. 5, p. 413-9, 2001.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* São Paulo, n. 4, v. 14, dec. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-7142011000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-7142011000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de Jun. 2012.

EIZIRIK, M. F. Poder, saber e práticas sociais. *Revista Psico*. Porto alegre, n. 1, v. 37, p. 23-29, 2006.

ESCOREL, L. S.; GIOVANELLA, M. H.; MENDONÇA, M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud. Publica/Pan. Am. J. Public Health*. n. 21, v. 2, [s. p.], 2007.

FACCHINI, L. A. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? *Interface-Comunic., Saúde, Educ.* Porto alegre, n. 11, v. 6, p. 123-124, ago. 2002.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. *Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*. 2. ed. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2008. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/escqprote\\_eletronico.pdf](http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/escqprote_eletronico.pdf)>. Acesso em 24 de set. 2012.

FALEIROS, E. T. Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Brasília: *CECRIA / MJ-SEDH-DCA / FBB / UNICEF*, 2000. 66 p. Disponível em: [http://www.violacao.org/\\_upimgs/arquivos/arg4d7e11b4330a0.pdf](http://www.violacao.org/_upimgs/arquivos/arg4d7e11b4330a0.pdf). Acesso em 20 de fev. 2012.

FALEIROS, V. A. violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. In: LEAL, M. P.; CÉSAR, M. Indicadores de violência Intra-Familiar e Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes (Relatório Final da Oficina). Brasília: [s. n.]. Cap. 1, p. 7-18, 1998.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO J. R.; K. R. de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família como proposta transformadora do modelo assistencial. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 1, v. 12, p. 59-75. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a05.pdf>. Acesso em: 22 de nov. 2012.

FERRARI, D. C. A. Definição de abuso na infância e na adolescência. In: Ferrari, D. C. A e Vecina, T. C. C. *O fim do silêncio na violência familiar – teoria e prática*. São Paulo: Ágora, 2002.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *J. Pediatr.* Porto Alegre, n. 5, v. 81, nov. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572005000700007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de Set. de 2012.

FERREIRA, R. A. A medicina atual – biológica e tecnológica. [s. d.]. Disponível em: <HTTP://WWW.medicina.ufmg.br/edump/ped/biotec.htm>. Acesso em 12 de jul. 2012.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272005000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2012.

FLÔRES, R. Z. Definir e medir o que são abusos sexuais. In: Leal, M. P.; César, M. A. Indicadores de Violência Intra-Familiar e Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes. Brasília: CESE – Coordenadoria Ecumênica de Serviço – Ministério da Justiça/SNDH/DCA – Fundo Cristão Para Crianças, 1998. Cap. 3, p. 24-33.

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, n. 2, v. 13, abr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 de ago. 2012.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade 1 – vontade de Saber*. 10. ed. Trad. ALBUQUERQUE, M. T. C. & ALBUQUERQUE, J. A. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 9. ed. Trad. VASSALO, L. P. Petrópolis: Vozes, 1991.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Trad. MACHADO, R. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Trad. NEVES, Luiz Felipe Baeta. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Revista Verve*. Núcleo de Sociabilidade Libertária do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC-SP. São Paulo, n. 18, p. 167-194, 2010. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>. Acesso em: 22 de Nov. 2012.

- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. P. S. F. Contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MEHY E. E.; MAGALHÃES Jr. H. M.; RIMOLI J.; Franco T. B., Bueno W. S., (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. p. 55-124. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>>. Acesso em: 07 de ago. 2012.
- FREUD, S. As transformações da puberdade. In: FREUD, S. *Obras completas psicológicas de Sigmund Freud*. Trad. Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Imago, vol. VII, 1972. p. 213-250.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *O direito de ser adolescente. Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília: UNICEF, 2011. 182 p. Disponível em: <http://www.unicef.org.br>. Acesso em: 27 de fev. 2012.
- FURLOTTI, T. V. M.. *Segredos de Família: violência doméstica contra crianças e adolescentes na São Paulo das primeiras décadas do Século XX*. 1999. 134f. Dissertação (Mestrado em História). Faculdade de História. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 1999. Disponível em: <[http://www.dhi.uem.br/publicacoesdhi/dialogos/volume01/vol04\\_rsm2.htm](http://www.dhi.uem.br/publicacoesdhi/dialogos/volume01/vol04_rsm2.htm)>. Acesso em: 09 de set. 2009.
- GABEL, M. (Org.). *Crianças vítimas de abuso sexual*. 2. ed. Trad. GOLDFEDER, Sônia. São Paulo: Summus, 1997.
- GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. n. 61, v. 21, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n61/a10v2161.pdf>. Acesso em: 22 de nov. 2012.
- GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 18, v.1, p. 315-319, jan./fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n1/8168.pdf>. Acesso em: 22 de nov. 2012.
- GONÇALVES, R. J., et al. Ser Médico no PSF: formação e trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica*. n. 33, v. 3, p. 393-403, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf>. Acesso em: 22 de nov. 2012.
- GOVERNO DE MINAS GERAIS. Boletim Online Agência Minas. Crescem denúncias de crimes contra crianças e adolescentes. Disponível em: <[http://www.agenciaminas.mg.gov.br/detalhe\\_noticia.php?cod\\_noticia=27475](http://www.agenciaminas.mg.gov.br/detalhe_noticia.php?cod_noticia=27475)>. Acesso em 12 de ago. 2009.
- GOVERNO DE MINAS GERAIS. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDECA) – Site online. Disponível em: <<http://www.conselhos.mg.gov.br/cedca/noticia/quinze-em-cada-100-registros-de-agressao-contra-criancas-e-adolescentes-sao-de-abuso-sexual>>. Acesso em 30 de jun. 2010.
- GRECO, R. Adendo – Lei nº 12015/2009. Dos crimes contra a dignidade sexual. Rio de Janeiro: Ímpetus, 2009. Disponível em <[www.scribd.com/doc/19590114/ADENDO12015emenda](http://www.scribd.com/doc/19590114/ADENDO12015emenda)>. Acesso em 14 de fev. 2012.
- GREGOLIN, M. R. *Foucault e Pêcheux na análise do discurso – diálogos & duelos*. São Carlos: Claraluz, 2004.

GREGOLIN, M. R. O enunciado e o arquivo: Foucault (entre)vistas. In: NAVARRO, Pedro e Sargentini Vanice. *M. Foucault e os domínios da linguagem: discurso, poder, subjetividade*. São Carlos: Claraluz, 2004.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Rev. Educação e Pesquisa*. São Paulo, n. 1, v. 33, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf> . Acesso em: 22 de Nov. 2012.

GUEDES, C. R.; Nogueira M. I.; Camargo Jr., K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*. n. 11, v. 4, p. 1093-1103, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32345.pdf> . Acesso em: 22 de Nov. 2012.

HABIGZANG, L. F.; AZEVEDO, G. A.; KOLLER, S. H., & MACHADO, P. X. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Revista de Psic.: teor. e pesq.* Brasília, n. 3, v. 21, p. 341-348, set.-dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a11v21n3.pdf>. Acesso em: 22 de Nov. 2012.

HABIGZANG, L. F. AZEVEDO, G. A., KOLLER, S. H. & MACHADO, P. X. Fatores de risco e proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Revista Psic: Reflexão e Crítica*. Brasília, n. 3, v. 19, p. 379-386, 2005.

HUTZ, C. S. (Org.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Síntese de indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27, 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindic sociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindic sociais2010/SIS_2010.pdf). Acesso em 05 de abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [homepage]. *Censo Populacional 2010*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros\\_dados\\_divulgados/index.php?uf=31](http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=31). Acesso em 15 de jan. 2010.

KEHL, M. R. A juventude como sintoma da cultura. *Revista Debates*. Belo Horizonte: Outro Olhar, n. 6, ano 5, p. 44-55, nov. 2007. Disponível em: [http://www.arnaldogodoy.com.br/2009/pdf/revista\\_2007.pdf](http://www.arnaldogodoy.com.br/2009/pdf/revista_2007.pdf). Acesso em 12 de mai. 2012.

KOLLER, S. H.; DE ANTONI, C. de. Violência intrafamiliar: uma visão ecológica. In: KOLLER, Sílvia Helena (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano – pesquisa e intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KRUG, E. G. et al. (Eds.). *Relatório Mundial de Violência e Saúde*. Genebra: World Health Organization, 2002, 351 p. Disponível em: [www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf](http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf) >. Acesso em 10 de abr. 2012.

LEAL, M. P. O tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial. *Ser Social*. Brasília, n. 8, v. 0, set. 2009. Disponível em: [seer.bce.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/download/43/37](http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/43/37)>. Acesso em 22 de fev. 2012.

- LEAL, M. P. As ONGs no enfrentamento da exploração, abuso sexual e maus tratos de crianças e adolescentes – pós 1993. Brasília: CECRIA, 2007. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/28414-28425-1-PB.pdf>>. Acesso em 22 de fev. 2012.
- LEAL, M. P.; CÉSAR, M. Indicadores de violência Intra-Familiar e Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes (Relatório Final da Oficina). Brasília: [s. n.]. Cap. 1, p. 7-18, 1998.
- LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado do território. *Rev. Estudos e pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro: UERJ, n. 1, ano 10, p. 282-295, 1º quadrimestre de 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>>. Acesso em 11 de ago. 2012.
- LIBÓRIO, R. M. C; SOUZA, S. M. G. (Orgs.). *A exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil: reflexões teóricas, relatos de pesquisas e intervenções psicossociais*. 2. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.
- LIBÓRIO, R. M. C. Adolescentes em situação de prostituição: uma análise da exploração sexual comercial na sociedade contemporânea. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*. n. 18, v. 3, p. 413-420, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a16v18n3.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2012.
- LIBÓRIO, R. M. C.. Exploração sexual comercial infanto-juvenil: categorias explicativas e políticas de enfrentamento. In: LIBÓRIO, R. M. C; SOUZA, S. M. G. (Orgs.). *A exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil: reflexões teóricas, relatos de pesquisas e intervenções psicossociais*. 2. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.
- LIMA, G. S.; DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface*. Botucatu, n. 38, v. 38, p. 819-823, set. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011005000040&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011005000040&script=sci_abstract&tlng=es). Acesso em: Acesso em 13 de ago. 2012.
- LIMA, M. de C. S.; COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M.; SANTANA, M. C. O.; ALVES, T. D. B.; NASCIMENTO, O. C.; SILVA, M. R. Atuação profissional da atenção básica em saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. v. 35, supl. 1, , p. 118-137, jan-jun. 2011. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/151/146>>. Acesso em 13 de ago. 2012.
- LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- LOWENKRON, L. Abuso sexual infantil, exploração sexual de crianças, pedofilia: diferentes nomes, diferentes problemas? *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, Norteamérica*. n. 0, ago. 2010. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/394/725>. Acesso em 29 de mar. 2012.
- LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe da Saúde da Família. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. n. 2, v.15, p. 481-491, 2010.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 15, suplemento, p. 145-176, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>. Acesso em: 22 de set. 2012.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc.* São Paulo, n. 2, v.18, p. 304-311, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013)>. Acesso em: 22 de set. 2012.

MACHADO, H. B.; LEUNENBERG, C. F.; RÉGIS, E. I.; NUNES, M. P. P. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. *Revista Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis*, n. 14 (esp.), p. 54-63, 2005.

MACHADO, M. N. M. A fofoca, o estigma e o silêncio: crianças e adolescentes em situação de exploração sexual. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. n. 2, v. 58, [s. p.], 2006.

MALTA, D. C.; LEMOS, M. A. S.; SILVA, M. M. A.; RODRIGUES, S. E. M. , *et al.* Relatório – Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. n. 16, v. 1, p. 45-55, 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.. METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO. 4. ed. SÃO PAULO: ATLAS, 1992.

MARCÍLIO, M. L. A lenta construção dos direitos da criança brasileira. Século XX – Instrumentos Internacionais e Nacionais de Defesa e Proteção dos Direitos da Criança. *USP*. São Paulo, n. 37, p. 46-57, 1998. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/28339-28350-1-PB.pdf>>. Acesso em 15 de abr. 2012.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Revista Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, n. 19, v. 2, p. 246-55, abr./jun. 2010.

MASCARENHAS, L. B.; CARDOSO, F. L.; ROCHA, G.; MACHADO, M. N. M. Violência e medo permeando a exploração sexual de crianças e adolescentes. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, n. 12, v. 20, p. 193-213, dez. 2006.

MATTA, E. L. C; CORREIA, V. M. Direito Penal e Direito Sexual e Reprodutivo de Crianças e Adolescentes: contradições e antagonismos. *XXII CONGRESSO DA ABM, 2008*. Disponível em: [www.abmp.org.br/.../131343- direito%20Penal%20e%20Direito%20Sexual\\_ABMP.doc](http://www.abmp.org.br/.../131343- direito%20Penal%20e%20Direito%20Sexual_ABMP.doc). Acesso em 21 de set. 2009.

MAZET, P. Problemas exemplares para psiquiatria da criança e do adolescente. In: GABEL, M. (Org.). *Crianças vítimas de abuso sexual*. 2. ed. Trad. GOLDFEDER, Sônia. São Paulo: Summus, 1997.

MELLO, D. R. B. Violência e a inclusão deste tema nos currículos médicos – breves reflexões. *Rev. Perspectivas online*. n. 16, v. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.perspectivasonline.com.br/edicao.php?&numero=16>>. Acesso em 04 de ago. 2012.

MELLO, R. P.; SILVA, A. A.; LIMA, M. L. C.; PAOLO, A. F. di. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia Social. *Revista Psicologia & Sociedade*. n. 3, v. 19, p. 26-32, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n3/a05v19n3.pdf>>. Acesso em: 14 de mar. 2012.

- MELO, E. M. *Podemos prevenir a violência*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3029.pdf>>. Acesso em: 12 de Nov. 2012.
- MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, n. 3, v. 45, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de mai. 2012.
- MERLO, A. K. F. Considerações práticas à Lei nº 12.015/09 no Título VI do Código Penal. *Jus Navigandi*, Teresina, n. 2428, ano 15, 23 fev. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/14394>>. Acesso em 12 de fev. 2012.
- MEYER, D. E. Teorias e Políticas de Gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, n. 57, v. 1, p. 13-18, jan./fev. 2004.
- MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. 109. ed. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2002.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. *A Violência sob o Olhar da Saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza suas causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. *A Violência sob o Olhar da Saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- MINAYO, M. C. S. Violência – um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. Revista e Aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (DATASUS) 2008. Mortalidade por causas externas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em 27 abr. 2011.
- MONTEIRO, L. Observatório da Infância. Abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil – período de 01 janeiro de 2000 a 31 de janeiro de 2003. Disponível em: <<http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-92.pdf>>. Acesso em 27 de set. 2009.
- WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. Trad. SILVA, Tomaz Tadeu da. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, P. 35-82, 2001.
- NAMURA, M. R. Por que Vygotski se centra no sentido: uma breve incursão pela história do sentido na psicologia. *Psicol. educ.* São Paulo, n. 19, dez. 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-69752004000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752004000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 de jul. 2012.
- NASATO, G. Crimes contra a dignidade sexual: alterações trazidas pela lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. *Revista Jurídica*. n. 27, v. 14, p. 60-74, jan./jul. 2010. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/viewArticle/1786>>. Acesso em: 08 de jul. 2012.

- NEGRÃO, T.; PRÁ, J. R. *Dossiê Violência de Gênero Contra Meninas*. Rede nacional feminista de saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos – *rede feminista de saúde*. Regional do Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em: <<http://cores.org.br/biblioteca/dossie.pdf>>. Acesso em 12 de ago. 2009.
- NEPOMUCENO, L. B.; BRANDÃO, I. R. Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: Caminhos Percorridos e Desafios a Superar. *Psicologia: ciência e profissão*. n. 4, v. 31, p. 762-777, 2011.
- NERI, M. C. (Org.). *Os emergentes dos emergentes: reflexões globais e ações locais para nova classe média brasileira*. Rio de Janeiro: FGV/CPS, 2010.
- NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* n. 12, v. 7, p. 185-90, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a21.pdf>. Acesso em: 12 de jun. 2012.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 25, v. 9, p. 2012-2020, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/15.pdf>. Acesso em: 12 de jun. 2012.
- NUNES, E. D. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 15, v. 1, p. 13-38, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/0D/physis/v15n1/v15n1a02.pdf>>. Acesso em: 12 de jun. 2012.
- OKSALA, J. *Como ler Foucault*. Trad. BORGES, Maria Luiza X. de A. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- OLIVEIRA, S. M. Os alcances e limites da medicalização do risco para a psicose: a emergência de uma nova categoria?. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 1, v. 22, [s. p.], 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de set. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)*. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1995. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/dsm/dsm.html>. Acesso em 17 de fev. 2012.
- ORLANDI, E. P. *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. 5. ed. Campinas: Pontes, 2003.
- OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: KOLLER, S. H. (Org.). *Adolescência e psicologia: concepções práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.
- PAIM, J. N.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Série Especial Lancet Brasil. The Lancet. Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: DSS Brasil, mai. 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>>. Acesso em 14 de jul. 2011.
- PAIXÃO, A. W.; DESLANDES, S. F. Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, n. 1, v. 19, p. 114-126, jan./mar. 2010.

- PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A Importância da Humanização a partir do Sistema Único De Saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*. Santa Catarina, n. 1, v. 1, [s. p.], 2008. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30>. Acesso em de 15 mai. 2012.
- PASSOS, I. F. Violência e relações de poder. *Rev Med. Minas Gerais*. n. 2, v. 20, p. 234-241, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/244/227> >. Acesso em 8 de nov. 2012.
- PELISOLI, C.; PIRES, G. P. M.; ALMEIDA, M. E.; DELL'AGLIO, D. D. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia*. n.1, v.18, p. 85-97, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n1/v18n1a08.pdf> Acesso em: 20 de nov. 2012.
- PEREIRA, A. M.; LEITE, M. E. Expansão territorial e os espaços de pobreza na cidade de Montes Claros. X ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA. São Paulo. Resumos, p. 331-332, 2005.
- PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J. Pediatría*. Rio de Janeiro, n. 81, v. 5 supl., p. 197-220, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>. Acesso em: 15 de ag. 2012.
- PIMENTA, M. C. A.; PIMENTA, L. F. Globalização e desafios urbanos: Políticas públicas e desigualdade social nas cidades brasileiras. *EURE (Santiago)*. Santiago, n. 112, v. 37, sept. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0250-1612011000300003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0250-1612011000300003&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em: 26 de fev. 2012.
- PIRES, A. L.; MIYAZAKI, M. C. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*. n. 1, v. 12, p. 42-49, jan./mar. 2005.
- RAMOS, J. Aspectos do novo crime de estupro e da ação penal na lei n. 12.015/09 e o direito intertemporal. Palestra ministrada em 25.09.2009 no XII SIMPÓSIO SERRANO DE DIREITO DA UNIPLAC, em Lages e em 06.10.2009 no SEMINÁRIO DE ATUALIZAÇÃO LEGISLATIVA DA ACADEMIA DA POLÍCIA CIVIL DE SANTA CATARINA, em Florianópolis.
- RASSIAL, J. J. *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia Freud, 1999.
- REICHENHEIM, Michael Eduardo; SOUZA, Edinilsa Ramos de; MORAES, Cláudia Leite; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*. London, p. 75-89, mai. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>. Acesso em: 20 de mai. 2012.
- REIS, Alberto Olavo Advincula; ZIONI, Fabíola. *O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência*. São Paulo: Pioneira, 1999.
- RIBEIRO, G. C.; ALONSO, A. M. R.; PINTO, M. A. das G. P.; OLIVEIRA, S. C. P. de O. A integração do programa de saúde da família com o programa de saúde mental em um centro de saúde de Belo Horizonte. In: NILO, Kelly; MORAIS, Maria Auxiliadora Barros; GUIMARÃES, Maria Betânia de Lima; VASCONCELOS, Maria Eliza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha; ABOU-YD, Miriam. (Orgs.). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

RIBEIRO, Luiz. *Corpos à venda* – um relato sobre a prostituição infanto-juvenil e suas causas. Montes Claros: Ed. Unimontes, 2001.

RIOS, E. R. G.; FRANCHI, K. M. B.; SILVA, R. M. da; AMORIN, R. F. de; COSTA, N. C. Senso comum, ciência e filosofia – elos dos saberes necessários à promoção em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 12, v. 2, p. 501-509, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a26v12n2.pdf>>. Acesso em: 20 de Nov. 2012.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. n. 33, v. 2, p. 233-261, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>. Acesso em 08 de set. 2012.

ROCHA, P. C. X. da; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, n. 7, v. 16, July 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 de set. 2012.

ROCHA, E. N.; RODRIGUES, V. P.; PIRES, V. M. M. M.; VILELA, A. B. A. Desvelando a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: enfrentamentos dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, n. 88, v. 35, p. 63-72, jan./mar. 2011. Disponível em: [http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/005\\_sdv35n882011.pdf](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/005_sdv35n882011.pdf). Acesso em 08 de set. 2012.

ROCHA, G. O. R.; LEMOS, F. C; LÍRIO, F. C. Enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: políticas públicas e o papel da escola. *Cadernos de Educação*, FaE/PPGE/UFPEL. Pelotas, n. 38, p. 259-287, jan./abr. 2011. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/fae/caduc/downloads/n38/10.pdf>. Acesso em 08 de set. 2012.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: Carvalho, M. C. B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Educ / Cortez, 1995.

ROSEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, n. 1, v. 6, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 de nov. 2012.

ROSSI, D. *Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes* (Procedimentos de profissionais de saúde do setor público de Campinas, SP). [s.n.]. (Tese de Doutorado em tocoginecologia). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2004.

ROUYER, M. As crianças vítimas, consequências a curto e médio prazo. In: GABEL, M. (Org.). *Crianças vítimas de abuso sexual*. 2. ed. Trad. Sônia Goldfeder. São Paulo: Summus, 1997.

SAFFIOTI, H. I. B. Gênero a Abuso Sexual de Crianças. [s. d.]. Disponível em: [www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/.../Incesto\\_heleieth%20safiotti.doc](http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/.../Incesto_heleieth%20safiotti.doc). Acesso em 28 de fev. de 2012.

SAFFIOTI, H. I. B. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil. In: Madeira, F. R. *Quem mandou nascer mulher?* Estudos sobre crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. 402 p.

SANCHEZ R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, Cláudia Araújo de (Coord.) et al. *Violência faz mal à saúde*. 1. ed.; 2

reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em 25 de jul. 2011.

SANDERSON, C. *Abuso sexual em crianças – fortalecendo pais e professores para proteger crianças contra abusos sexuais e pedofilia*. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005. 344 p.

SANTOS, B. R.; IPPOLITO, R. *Guia de referência: construindo uma cultura de prevenção à violência sexual*. São Paulo: Childhood – Instituto WCF – Brasil: Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria de Educação, 2009.

SANTOS, B. S.; GOMES, C.; DUARTE, M. Tráfico de Mulheres: representações sobre ilegalidade e vitimização. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. n. 87, p. 69-94, dez. 2009. Disponível em: [http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/RCCS%2087\\_Tr%C3%A1fico%20sexual%20de%20mulheres\\_2009.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/RCCS%2087_Tr%C3%A1fico%20sexual%20de%20mulheres_2009.pdf). Acesso em 26 de fev. 2012.

SANTOS, D. J. S. *et al.* Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. *Dental Press J. Orthod.* Maringá, n. 3, v. 15, jun. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2176-94512010000300015&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2176-94512010000300015&script=sci_arttext&tlng=es). Acesso em 07 de abr. 2012.

SANTOS, S. S.; DELL'AGLIO, D. D. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicologia & Sociedade*. n. 22, v. 2, p. 328-335, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/13.pdf>. Acesso em 07 de abr. 2012.

SARTI, C. A vítima como figura contemporânea. *Caderno CRH*. Salvador, n. 61, v. 24, p. 51-61, jan./abr. 2011. Disponível em: Acesso em 07 de abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24n61/04.pdf>. Acesso em 07 de abr. 2012.

SIENA, D. P. B. Lei Joanna Maranhão: novo termo inicial da prescrição da pretensão punitiva. *Jus Navigandi*. Teresina, n. 3254, ano 17, 29 maio 2012. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/21894>. Acesso em 11 de jun. 2012.

SILVA P. A.; LUNARDI V. L.; SILVA M. R. S., LUNARDI Filho, W. D. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Revista Cienc. Cuid. Saúde*. n. 8, v. 1, p. 56-62, jan./mar. 2009.

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

SILVA, M. A. S. Violência contra crianças – quebrando o pacto do silêncio. In: Ferrari, D. C. A.; Vecina, T. C. C. (Orgs.). *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora, 2002.

SITE PORTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. 18 de maio: combate ainda é frágil em Minas Gerais. CONANDA/ REDE ANDI. 17 maio 2011. Disponível em: <http://www.direitosdacrianca.org.br/em-pauta/2011/05/18-de-maio-combate-ao-abuso-e-a-exploracao-sexual-de-criancas-e-adolescentes-ainda-e-fragil-em-minas-gerais/?searchterm=None>. Acesso em 12 de fev. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP)/Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (CLAVES)/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/FIOCRUZ. *Guia de Atuação Frente aos Maus-tratos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Assessoria de Comunicação da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001.

SOUZA Filho, A. Por uma teoria construcionista crítica. UFRN-CCHLA. *Revista Bagoas: estudos gays-gêneros e sexualidades*. n. 1, v. 1, p. 27-59, 2007. Disponível em: <http://www.guddes.xpg.com.br/artigos/teoriacritica.pdf>. Acesso em: 14 de fev. 2012.

SOUZA, E. R.; JORGE, M. H. P. Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: Magnitude da Morbimortalidade. In: LIMA, C. A., *et. al.* (Coords.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

SOUZA, M. C. R. F.; FONSECA, M. C. F. Configurações das relações entre gênero e as práticas de numeramento de alunas e alunos da educação de pessoas jovens e adultas – EJA. UFMG. Disponível em: [www.fae.ufmg.br/ebapem/completos/12-03.pdf](http://www.fae.ufmg.br/ebapem/completos/12-03.pdf). Acesso em: 27 de jan. 2012.

SOUZA, L. A. F. Disciplina, biopoder e governo: contribuições de Michel Foucault para uma analítica da modernidade. In: SOUZA, L. S. F.; SABATINE, T. T.; Magalhães, B. R. (Orgs.). *Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. 218p.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teórico-metodológicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

TOLEDO, L. A família contemporânea e a interface com as políticas públicas. *SER Social*, Brasília, n. 21, v. 0, mar. 2010. Disponível em: [http://seer.bce.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/257/140](http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/257/140)>. Acesso em 26 de mar. 2012.

TORRES, Gilson de Vasconcelos; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; COSTA, Terêsa Neumann Alcoforado da. Prostituição: causas e perspectivas de futuro em um grupo de jovens. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, jul. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2012.

TRABBOLD, V. L. M. Violência sexual na Infância e adolescência na região norte-mineira: estudo de processos jurídicos da década de 1980. *Rev. Min. Educ. Fis.* Edição especial, n. 6, p. 319-318, 2011. Disponível em: <http://www.revistamineiraefi.ufv.br/artigos?start=165>. Acesso em: 25 nov. 2012.

TRABBOLD, V. L. M. Práticas discursivas e violência sexual infanto-juvenil. *Revista Motricidade*, n. S2, v. 8, p. 901-908, 2011. ISSN 1646-107x. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/649>. Acesso em: 22 de nov. 2012.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F.; Medicalização e medicina complementar. *Rev. Saúde Pública*. n. 42, v. 5, p. 914-20, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 de nov. 2012.

TURATO, E. R.. Tratado da Metodologia da Pesquisa Qualitativa. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo, *Instituto Sangari*, 2011. Disponível em: [http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012\\_mulher.pdf](http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf) >. Acesso em 7 de jun. 2012.

WILLIAMS, L. C. A.; ARAÚJO, E. A. C. (Orgs.). *Prevenção do abuso sexual infantil: um enfoque interdisciplinar*. Curitiba: Juruá, 2009.

## 7 ANEXOS

### 7.1 ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Pesquisa da UFMG (COEP)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

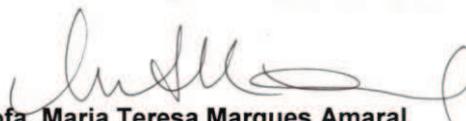
**Projeto: CAAE – 0443.0.203.000-11**

**Interessado(a): Profa. Cristiane de Freitas Cunha  
Departamento de Pediatria  
Faculdade de Medicina - UFMG**

#### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 22 de novembro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Violência sexual infanto-juvenil: as práticas discursivas de diferentes profissionais inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**

7.2 ANEXO B – Ficha de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).  
**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravo/doença	<b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>	Código (CID10) <b>Y09</b>	
	3 Data da notificação	Código (IBGE)		
	4 UF	5 Município de notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	
Notificação Individual	7 Data da ocorrência da violência	Código (CNES)		
	8 Nome do paciente	9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		
	27 CEP	28 (DDD) Telefone		
	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Ocupação			
Dados da Pessoa Atendida	32 Situação conjugal / Estado civil			
	33 Relações sexuais			
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?			
	35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?			
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	
	38 Distrito	39 Bairro		
	40 Logradouro (rua, avenida,...)	41 Número		
	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3	44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência	46 Zona		
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	48 Local de ocorrência		
	49 Ocorreu outras vezes?		50 A lesão foi autoprovocada?	
	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências			

Sinan NET SVS 10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente	<input type="checkbox"/> Ameaça
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Pornografia infantil	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Transtorno mental
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Gravidez	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Transtorno comportamental
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Corte/perfuração/laceração	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Traumatismo crânio-encefálico	<input type="checkbox"/> Queimadura
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1- Encaminhamento ambulatorial 2- Internação hospitalar 8- Não se aplica 9- Ignorado			64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Entorse/luxação	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência
Informações complementares e observações	65 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Cabeça/face	<input type="checkbox"/> Coluna/medula	<input type="checkbox"/> Quadril/pelve	<input type="checkbox"/> Membros superiores	<input type="checkbox"/> Membros inferiores	<input type="checkbox"/> Órgãos genitais/ânus
Notificador	67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX			68 Classificação final 1- Confirmado 2- Descartado 3- Provável 8- Inconclusivo		
	<input type="checkbox"/> Múltiplos órgãos/regiões	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai
<p><b>Informações complementares e observações</b></p> <p>Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____</p> <p>Observações Adicionais:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						
<p><b>TELEFONES ÚTEIS</b></p> <p>Disque-Saúde: 0800 61 1997</p> <p>Central de Atendimento à Mulher: 180</p> <p>Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes: 100</p>						
<p>Município/Unidade de Saúde: _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES: _____</p> <p>Nome: _____ Função: _____ Assinatura: _____</p> <p>Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008</p>						

Ficha de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Fonte: Disponível em:

<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)>. Acesso em: 15 de mar. 2012.

## 7.3 ANEXO C

TABELA 4

Equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros, MG.

EQUIPES	MODALIDADE
1. Alto Boa Vista	ESF Mod. I
2. Amazonas	EACS
3. Bela Paisagem	ESF Mod. I
4. Bela Vista	ESF Mod. I
5. Carmelo	ESF
6. Cidade Cristo Rei	ESF Mod. I
7. Cidade Industrial	ESF Mod. I
8. Cintra I	ESF Mod. I
9. Cintra II	ESF Mod. I
10. Clarice Ataíde	ESF Mod. I
11. Chiquinho Guimarães	EACS
12. Clarindo Lopes	EACS
13. Ciro dos Anjos	EACS
14. Delfino Magalhães	ESF Mod. II
15. Eldorado I	ESF Mod. I
16. Francisco Perez	EACS
17. Eldorado II	ESF Mod. II
18. Independência I	ESF Mod. I
19. Independência II	ESF Mod. I
20. Independência III	ESF Mod. I
21. Jardim Palmeiras I	ESF Mod. I
22. Jardim Palmeiras II	ESF Mod. I
23. Jardim São Geraldo	ESF Mod. I
24. José Carlos de Lima	ESF Mod. I
25. José Correa Machado	EACS
26. Lourdes I	ESF Mod. I
27. Lourdes II	ESF Mod. I
28. Major Prates	EACS
29. Maracanã I	ESF Mod. I
30. Maracanã II	ESF Mod. I
31. Maracanã III	ESF Mod. I
32. Maracanã IV	ESF Mod. I
33. Monte Carmelo I	ESF Mod. I
34. Monte Carmelo II	ESF Mod. I
35. Morrinhos I	ESF Mod. I
36. Morrinhos II	ESF Mod. I
37. Morrinhos III	ESF Mod. I
38. Nossa Senhora de Fátima	EACS
39. Nossa Senhora das Graças	EACS
40. Nova Morada	ESF Mod. I
41. Novo Delfino	ESF Mod. I
42. Santa Eugênia	ESF Mod. I
43. Santa Lúcia I	ESF Mod. II

---

44. Santa Lúcia II	ESF Mod. I
45. Santa Paula Elizabeth	ESF
46. Santa Rafaela	ESF Mod. I
47. Santo Antônio I	ESF Mod. I
48. Santo Antônio II	ESF Mod. I
49. Santos Reis	ESF Mod. II
50. São Geraldo	ESF Mod. I
51. Tancredo Neves	ESF Mod. II
52. Vargem Grande	ESF Mod. I
53. Vera Cruz	EACS
54. Vila Anália	ESF
55. Vila Campos	EACS
56. Vila Atlântida	ESF Mod. I
57. Vila Grayce	EACS
58. Vila Mauricéia	ESF Mod. I
59. Vila Oliveira	ESF Mod. I
60. Vila São Francisco de Assis	ESF Mod. I
61. Vila Sion	ESF Mod. II
62. Vila Telma	ESF Mod. I
63. Vila Tiradentes	ESF Mod. II
64. Vilage do Lago	ESF Mod. I
65. Jardim Palmeiras I	ESF Mod. I
66. Jardim Palmeiras II	ESF Mod. I

Devem ser acrescentadas aqui 10 equipes de ESF na zona rural

---

Fig. 06: Tabela das Unidades de Equipes de Estratégia Saúde da Família vigentes no 2º semestre de 2011.  
 Fonte: Secretaria de Saúde de Montes Claros, 2011.

## 8 APÊNDICES

### 8.1 APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

#### Roteiro de Entrevista

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Gênero: M( )F( ) Idade:\_\_\_ Profissão:\_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Cargo no ESF: \_\_\_\_\_ Tempo no cargo da ESF \_\_\_\_\_

1. Você já leu, estudou ou fez curso sobre violência sexual contra crianças e/ou adolescentes?  
( ) Não. ( ) Sim. O que/quais?

\_\_\_\_\_

2. Para você, o que é violência sexual contra crianças e/ou adolescentes?

\_\_\_\_\_

3. Quais os indicativos para uma suspeita de violência sexual contra crianças e adolescentes?

\_\_\_\_\_

4. Quais os indicativos para uma confirmação de violência sexual contra crianças e adolescentes?

\_\_\_\_\_

5. Quais os encaminhamentos dados por você em ambos os casos (suspeita ou confirmação)?

\_\_\_\_\_

6. Existe um trabalho integrado em sua equipe de trabalho nestes casos?

\_\_\_\_\_

7. Poderia me contar alguma experiência da sua vida profissional ligada à violência sexual contra criança ou adolescente?

## 8.2 APÊNDICE B – Termo de autorização para pesquisa

Termo de autorização para pesquisa

A Chefia da Divisão de Atenção Primária da Secretaria de Saúde do Município de Montes Claros - MG

Sra. xxxxxx

Com nossos cordiais cumprimentos, vimos através desta pedir autorização desta Secretaria para realização da pesquisa “Violência sexual infanto-juvenil – As práticas discursivas de diferentes profissionais inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG”.

Esta pesquisa é requisito pra obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde, pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Tal pesquisa será realizada através de entrevistas com profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários atuantes em algumas equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros-MG. Conforme o projeto, a pesquisadora se deslocará a uma ou mais equipes da ESF, para entrevistar os profissionais.

Em anexo encaminho uma cópia do projeto de pesquisa para conhecimento de V. Sra.

Atenciosamente,  
Profa. MS. Vera Lúcia Mendes Trabbold

Consentimento para realização da pesquisa

(nome)

Chefe da Divisão de Atenção Primária da Secretaria de Saúde do Município de Montes Claros - MG

## 8.3 APÊNDICE C

## QUADRO 5

## Modelo do esquema de análise dos dados

Temas /sequências textuais Conceituação de violência sexual : o que é, como descreve, como explica		Atravessamentos extradiscursivos: o que faz, como faz e o que deveria fazer
O que é	Como descreve/explica	Encaminhamentos dado nos casos de suspeita e confirmação, trabalho em equipe, casos atendidos
<p>P.. como você conceitua violência sexual na infância e adolescência?</p> <p><b>M1</b>..toda situação de maus tratos, de constrangimento, de abandono, de violência física, psicológica ou sexual sobre criança ou incapaz né, respondendo a essas situações conflituosas.</p> <p>P..especificamente sobre violência sexual como você consideraria?</p> <p>M1- O que pra mim chega aqui como violência sexual é literalmente o estupro, caso de estupro, atentado contra..contra a.. a.. a.. situação específica de violência contra crianças meninos e meninas, de uma ação, de um ato sexual forçado.</p>	<p>P.. você diz que isso é o que chega a você , mas é isso só o que você conceitua como violência sexual?</p> <p>M1 - .. ..... Do ponto de vista médico é isto que eu conceituo porque não conceituo conceber uma violência sexual velada, do ponto de vista de atendimento, de ação, é esta minha concepção.</p>	<p>P.. então vou te fazer duas perguntas, quais seriam os indicativos de suspeita num caso de violência e quais seriam os indicativos no caso de confirmação de uma violência sexual contra crianças e adolescentes?</p> <p>M1 - .. Aqui a gente só faz a suspeita, não faz a confirmação, quando a gente tem um caso suspeito, o que seria suspeito?..chega pra gente uma fala do agente comunitário de saúde , ou de um pai, de um cuidador, de que aquela criança foi molestada sexualmente. A rotina pra gente nestes casos é entrevistar a mãe ou o responsável e encaminhar essa criança para o hospital universitário , que é a referencia que a gente tem em Montes Claros para esses casos de suspeita de abuso sexual, quando necessário a gente aciona também o conselho tutelar da criança, quando isso não é feito pelos pais e não raro, o próprio agente comunitário comunica ao posto de policia que tem aqui ao lado. Então a policia militar é parceira nossa, tanto a gente comunicar com a policia militar como também ela nos trás demandas, [...]</p>

Fonte: Dados da pesquisa.