



UFAM

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

**O SERVIÇO DE CUIDADO À SAÚDE DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES ATENDIDAS NO SAVVIS EM MANAUS**

LILIAN AUGUSTA ROSA MACHADO MACIEL

**MANAUS
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

**O SERVIÇO DE CUIDADO À SAÚDE DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES ATENDIDAS NO SAVVIS EM MANAUS**

LILIAN AUGUSTA ROSA MACHADO MACIEL

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, com o objetivo de obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Yoshiko Sasaki

MANAUS

2015

LILIAN AUGUSTA ROSA MACHADO MACIEL

**O SERVIÇO DE CUIDADO À SAÚDE DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES ATENDIDAS NO SAVVIS EM MANAUS**

Trabalho apresentado ao
Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social e
Sustentabilidade na Amazônia,
com o objetivo de obtenção do
título de mestre em Serviço

Dissertação aprovada em: 26/ 08/ 2015

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Yoshiko Sasaki - Presidente
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Prof^a. Dra. Jucelém Guimarães Belchior Ramos - Membro
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS

Prof^a. Dra. Cristiane Fernandez – Membro
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M149s Machado Maciel, Lilian Augusta Rosa
O Serviço de cuidado à saúde de Crianças e Adolescentes
Atendidas no SAVVIS em Manaus / Lilian Augusta Rosa Machado
Maciel. 2015
164 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Yoshiko Sasaki
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal
do Amazonas.

1. violência sexual. 2. criança e adolescente. 3. política pública. 4.
cuidado em saúde. I. Sasaki, Yoshiko II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título

À Deus, porque dele,
por ele e para ele são
todas as coisas.

Aos meus filhos,
João e Laura.

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, por permitir essa conquista tão importante em minha vida, acolhendo-me e reerguendo-me sempre que necessário, com todo o seu amor e cuidado, no árduo processo de construção deste.

À minha querida mãe, Noeme Nunes Machado, que sempre se esforçou, ao máximo, para o meu crescimento intelectual, apoiando-me e cuidando dos meus filhos nos meus momentos de ausência.

À minha primeira orientadora dessa dissertação, Lucilene Ferreira de Melo, que por problemas de saúde não pode dar continuidades às orientações, mas que muito contribuiu para os primeiros passos desta caminhada.

A minha querida orientadora Yoshico Sasaki que carinhosamente me recebeu com o trabalho em andamento, pelas contribuições, estímulo e respeito intelectual presentes no decorrer deste.

Às minhas amigas amadas Danielle Bezerra Maia, Nathalie Santana de Melo, Itaciara Prestes, Anelise Rondon, Camila Lemos, Eliane Souza, Aurilene Noronha, Aldiane Oliveira e Suely Estevam que estiveram comigo nos momentos mais difíceis em que passei, pelo apoio, carinho e dedicação dispensados sempre que preciso. Sou grata a Deus por suas vidas, muito obrigada!

Às minhas queridas amigas e companheiras conquistadas no meu novo trabalho, SOS VIDA, Rosalva Araújo, Cristina Teixeira, Rita de Cássia e Cláudia Tereza com quem compartilho momentos muito agradáveis e que pacientemente me compreenderam nessa jornada de mais leitura e menos trabalho. Obrigada meninas!

À coordenação do SAVVIS, Zélia Campos, por todo o apoio e incentivo a pesquisa.

À equipe do SAVVIS que aceitou participar, esclarecendo pacientemente todas as dúvidas levantadas.

Aos funcionários do administrativo do SAVVIS Ronny Martins e Cláudia que carinhosamente disponibilizaram e organizaram os prontuários a serem analisados, ajudando-me sempre que precisei. Sou muito grata pelo apoio!

RESUMO

A compreensão do fenômeno da violência sexual exige diferentes abordagens e intervenções que deem conta das diversas dimensões e expressões que apresentam, uma vez que se trata de um tema determinante de múltiplos fatores como sociais, econômicos, políticos e culturais. As situações como os casos de abuso exigem a participação ativa do Estado no resgate da dignidade da criança e do adolescente, mas muitas vezes este mesmo Estado, através de seus agentes, não está preparado para enfrentar. Objetivamos analisar o Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência sexual e Doméstica- SAVVIS a partir do olhar dos profissionais da equipe, em funcionamento na Maternidade Moura Tapajóz desde 2006. Teve uma abordagem crítica, com dados quantitativos e sua análise se deu pela triangulação de dados e informações obtidos pela técnica de análise de conteúdo utilizando entrevistas e observação participante. Para análise quantitativa, utilizou-se uma amostra de 255 atendimentos de crianças e adolescentes do período de janeiro a julho de 2015, obtidos através dos prontuários e banco de dados de um universo de 270. Para a qualitativa, realizou-se entrevistas semiestruturadas com 13 profissionais integrantes da equipe do SAVVIS. Na observação participante acompanhou-se o atendimento de 40 usuários entre primeira vez e acompanhamento ambulatorial a partir do qual pode-se, além de contribuir para uma análise geral, construir e analisar do Fluxograma descritor. Teve como questão norteadora: “Como ocorre o atendimento e o cuidado em saúde das vítimas de violência sexual no SAVVIS na cidade de Manaus?” As vítimas eram na faixa etária de 12 a 14 anos de idade (36%), seguidos de 11 anos (7,8%), os 51,2% restante, bem distribuído nas demais idades. Em 50% dos casos, as situações podem ser descritas como abuso sexual intrafamiliar, tendo o padrasto como principal agressor (15%), seguido de desconhecidos com (13,7%), conhecidos da família com (11,8) e pai (8,2), demais agressores somam (51,2%). Constatou-se que o agressor em 68% dos casos é maior de idade, e em 96,5% das ocorrências foram praticadas por um agressor por vez. Quanto ao Serviço de atendimento, verificou-se que no processo de acompanhamento das vítimas fica comprometido diante da ausência de profissionais de serviço social para integrar a equipe, recebendo apenas apoios pontuais em situações específicas dos profissionais da área da maternidade. Houve 44% de casos de reincidência da violência sexual nos casos atendidos com 92% de evasão nos retornos, o que compromete todo o processo de atendimento. A proporção de alta corresponde a 7% dos casos. A equipe tem limitações para desempenhar seu trabalho, especialmente em razão de problemas cujas soluções não estão no seu âmbito de competência como o espaço físico e a pouca disponibilidade de profissionais para realizarem o acompanhamento a contento. O cuidado em saúde no que tange ao acolhimento é desempenhado com um acolhimento de qualidade pautado na PNH e apresenta a integralidade em processo de construção. A equipe pode ser definida como pluridisciplinar, caracterizando uma etapa importante para alcançar a interdisciplinaridade no atendimento. Constatou a inadequação à norma do Ministério da Saúde em alguns pontos como: a falta de critérios no preenchimento dos prontuários, inadequado espaço físico e a não realização do aborto legal. Faz-se necessário promover treinamentos que envolvam os conceitos de interdisciplinaridade e integralidade no atendimento, além de implantar medidas que culminem em uma relação mais comunicativa com rede de proteção. Conclui-se que o SAVVIS é um serviço relevante na cidade Manaus, mas ainda atingindo parcialmente os objetivos em saúde a que se propõe necessitando investir em um maior planejamento, monitoramento e avaliações do trabalho desenvolvido.

PALAVRAS-CHAVES: violência sexual, criança e adolescente, cuidado em saúde.

ABSTRACT

Understanding the phenomenon of sexual violence requires different approaches and interventions that give account of the various dimensions and expressions that have, since it is a decisive subject of multiple factors such as social, economic, political and cultural. Situations as cases of abuse require the active participation of the state in rescuing the dignity of the child and adolescent, but often the same State, through its agents, is not prepared to face. We aimed to assess the Service Sexual Violence Victims and domesticated SAVVIS from the look of the team's professionals, operating in the Maternity Moura Tapajoz since 2006. He had a critical approach with quantiqualitativos and analysis data was the triangulation of data and information obtained by the content analysis technique using interviews and participant observation. For quantitative analysis, we used a sample of 255 calls of children and adolescents for the period January to July 2015, obtained from medical records and database of 270. universe for the qualitative, semi-structured interviews took place with 13 Professional members of SAVVIS team. In participant observation was accompanied by the attendance of 40 users between first and outpatient follow-up from which you can, as well as contribute to the overall analysis, build and analyze flowchart descriptor. Had the guiding question: "As the care and health care for victims of sexual violence in SAVVIS in Manaus?" The victims were in the age group 12-14 years (36%), followed by 11 years (7.8%), the remaining 51.2%, well distributed in other ages. In 50% of cases, situations can be described as intrafamilial abuse, having as a main perpetrator step father (15%), followed by unknown (13.7%) with known family (11.8) and father (8.2), other aggressors total (51.2%). It was found that the perpetrator in 68% of cases are of age, and 96.5% of the cases were committed by an offender at a time. The service service, it was found that in the monitoring process of the victims is compromised in the absence of social service professionals to join the team, receiving only occasional support in specific situations of maternity professionals. There were 44% of cases of recurrence of sexual violence in cases treated with 92% evasion in returns, which undermines the whole process of care. The high proportion corresponds to 7% of cases. The team has limitations to perform their work, especially due to problems whose solutions are not in their field of competence as the physical space and the limited availability of professionals to perform follow-up satisfactorily. The health care with respect to the host is played with a quality host guided by the PNH and discusses comprehensiveness under construction. The team can be defined as multidisciplinary, featuring an important step towards achieving interdisciplinarity in attendance. Found inadequate to the Ministry of Health standards in places such as the lack of criteria on completion of medical records, inadequate physical space and not performing legal abortion. It is necessary to promote training involving the concepts of interdisciplinarity and comprehensiveness in attendance, as well as implement measures to culminate in a more communicative relationship with safety net. We conclude that the SAVVIS is an important service in the city Manaus, but still partially reaching the health goals it sets itself needing to invest in a larger planning, monitoring and evaluations of their work.

KEYWORDS: sexual violence, child and adolescent health care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01- Abuso Sexual no Código Penal/ Lei 12.015/99	44
QUADRO 02 – Principais Instituições componentes da Rede de Proteção no Município de Manaus	74
QUADRO 03- Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual em Saúde	75
QUADRO 04– Conselhos Tutelares de Manaus	77
QUADRO 05- Quantos CREAS podem ser implantados em cada Município?	77
QUADRO 06 – CAIC´s em Manaus	78
QUADRO 07- Fluxograma do SAVVIS	93

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01- Idade das Vítimas	82
GRÁFICO 02 – Grau de Parentesco com a Vítima	84
GRÁFICO 03- Idade do Agressor	86
GRÁFICO 04– Quantidade de Agressores por Evento de Violência Sexual	88
GRÁFICO 05- Proporção de Reincidência	89
GRÁFICO 06 – Proporção de Abandono	90
GRÁFICO 07- Proporção de Alta	91
GRÁFICO 08– Atendimento por Especialidade	119
GRÁFICO 09- Quantidade de Especialistas por Atendimento	120

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01- Mapa da cidade de Manaus	72
FIGURA 02 – Localização do SAVVIS dentro da MMT	81
FIGURA 03- Fluxograma do SAVVIS	128

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – VIOLÊNCIA SOCIAL E FAMILIAR NA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	20
1.1- Entendendo um pouco sobre a Violência Social no Capitalismo	20
1.2 - Divergências e Aproximações sobre os Conceitos de Violência	25
1.3 - Violência Sexual e suas Principais Manifestações contra Crianças e Adolescentes	34
CAPÍTULO II - POLÍTICAS PÚBLICAS E A CONSTITUIÇÃO DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL	51
2.1- Crianças e Adolescentes como Sujeitos de Direitos	51
2.2 - Políticas Públicas para o Enfrentamento da Violência Sexual em Manaus	61
2.3.....	-
O Cenário da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Manaus	67
2.4.....	-
O SAVVIS e do Perfil o Atendimento da Equipe	79
2.5.....	-
Fluxograma Descritivo do SAVVIS	93
CAPÍTULO III - VIOLÊNCIA SEXUAL E O CUIDADO EM SAÚDE NO ATENDIMENTO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE: O SAVVIS E OS SERVIÇOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE	98
3.1-Trabalho, Ética e os Preceitos Legais que norteiam o Atendimento a Vítimas de Violência Sexual	98
3.2 - O Cuidado em Saúde, a Construção da Interdisciplinaridade e o Princípio da Integralidade no Atendimento	106
3.3 O SAVVIS e a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”	127
CONCLUSÕES	138
REFERÊNCIAS	143
APÊNCES	152
ANEXOS	153

INTRODUÇÃO

O impacto da violência sobre a vida e a morte dos brasileiros ressalta a dimensão dessa temática no quadro complexo das expressões da questão social. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2004) as sequelas orgânicas e emocionais ocasionadas pela violência, converteram-na em um problema de saúde pública. Os elevados índices de mortalidade de crianças e adolescentes ocasionados pela violência, como a principal consequência identificada, apontam sua gravidade na contemporaneidade.

Uma das manifestações mais visíveis se expressa na forma de violência sexual, especificamente, aquela perpetrada contra crianças e adolescentes. Esse tipo de violência envolve questões culturais, políticas, sociais e econômicas, como as formas de relação entre os diferentes membros da família, igualdade, gênero, desigualdade na relação de poder, de direitos e de afetos.

As estatísticas concernentes aos crimes sexuais não são dados absolutos. A sua real prevalência é desconhecida, visto que muitas crianças não revelam o abuso, somente conseguindo falar sobre ele na idade adulta.

De acordo com Pfeiffer (2005) trabalha-se com um fenômeno que é encoberto por segredo; um muro de silêncio, do qual fazem parte os familiares, vizinhos e, algumas vezes, os próprios profissionais que atendem as crianças vítimas de violência, levando dificuldades na condução dos casos, na decisão de notificar aos Conselhos Tutelares e na abordagem com as famílias. Além disso, a ampla gama de práticas que podem ser consideradas abuso sexual, também é motivo de problemas para os estudos sobre o tema.

Acrescente-se a isso, que países com limitados recursos socioeconômicos podem não ser capazes de manejar todos os relatos de suspeita de violência sexual ou coletar dados

referentes a eles, demonstrando o quão frágeis são os dados estatísticos oficiais sobre a verdadeira realidade do quadro da violência a nível mundial, instigando a reflexão sobre o que fazer para desmistificar o “tabu” que envolve essa questão que não é atual, mas que vem se mostrando de forma mais transparente e recorrente na atualidade.

No Brasil os dados alcançados são alarmantes. A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR (2010) apresenta informações do serviço de Denúncia Nacional mostrando que, no período de maio 2003 a julho de 2010, cerca de 2.484.755 atendimentos foram realizados e referiam-se a casos de abuso sexual, exploração sexual, violência, tráfico e negligência envolvendo crianças e adolescentes.

Nesse número de registros, cerca de 36% das notificações referiam à violência sexual e, dentro deste universo, aproximadamente 66% citavam casos de abuso sexual infanto-juvenil. Ressaltando-se, no entanto que, mesmo diante dos dados expressos, o que se sabe é que não se pode precisar o número de incidência de violência sexual infanto-juvenil no Brasil, uma vez que a maioria dos casos é subnotificada ou não é denunciada. (IDEM).

São muitas as iniciativas e conquistas no marco legal que representam um avanço no enfrentamento da violência sexual. Contudo, padecem de vários problemas e esbarram ainda na carência de serviços preparados para atendimento às vítimas em saúde.

Na cidade de Manaus o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e doméstica (SAVVIS), pertencente à Secretaria Municipal de Saúde e implantado na Maternidade Moura Tapajóz, representa o serviço público no município de referência para o atendimento e acompanhamento em saúde dos vitimizados sexualmente e que será o objeto do nosso estudo.

A existência de serviços públicos que possam intervir na prevenção de consequências maiores em todos os âmbitos e sequelas que uma violência sexual pode causar em uma criança e um adolescente, principalmente nas consequências irreversíveis para a saúde das vítimas, contribuem para, ao menos, amenizar os traumas proporcionados à saúde em seu conceito ampliando, exigindo uma equipe interdisciplinar que possa atender essas vítimas no âmbito da totalidade.

Os profissionais comprometidos com a promoção da saúde da população e preocupados com a garantia dos direitos da criança e adolescente, muitas vezes têm dúvidas quanto à maneira correta de agir, até mesmo quando trabalham diretamente com as vítimas de violência sexual.

O estabelecimento de normas técnicas e de rotinas de procedimento para orientação desses profissionais torna-se, portanto, um instrumento necessário para apoiá-los no diagnóstico, registro e notificação dos casos de violência e para implantação de medidas de proteção às vítimas e de apoio às suas famílias.

Para uma atuação consequente dos serviços que atendem especificamente casos de violência sexual contra crianças e adolescentes e para que alcancem os objetivos propostos, devem estar atentos: a doutrina da proteção integral estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, a existência de instituições devidamente preparadas e saberes interdisciplinares e transdisciplinares que superem a perspectiva autoritária ainda vigente. Adotar as ações e direções preconizadas pelo referido Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual para uma ação contundente é um procedimento primordial. Com o objetivo de orientar as ações de cada município e Estado, foi criado esse Plano, cabendo aos conselhos de direitos Estaduais e Municipais a avaliação local sobre as ações desenvolvidas (FUZIWARA; FAVERO, 2011).

Autores como Franco e Merhy (1997) enfatizam que analisar serviços de saúde é importante por possibilitar mostrar aos trabalhadores o que eles estão vivendo no dia-a-dia do processo de trabalho, objetivando construí-los enquanto sujeitos coletivos que podem ser os protagonistas das mudanças nos serviços. Uma vez que, há, no interior destes, “processos operativos não conscientes, velados pelo domínio hegemônico das corporações e pela burocracia nos estabelecimentos de saúde, que enquadram os serviços aos seus interesses, impedindo a ação criativa e criadora de cada um” (IDEM, p.07).

Vale destacar que tratar à temática concernente a análise de um serviço público, que atenda vítimas violência sexual, reporta-se à recomendação feita pelo Ministério da Justiça de que estudos e pesquisas na área de violência sexual de crianças e adolescentes procurem enfrentar pontos controversos ou ainda obscuros nessa linha de pesquisa, para que possam subsidiar a formulação de políticas públicas e a elaboração e gerenciamento de projetos ou serviços para atendimento direto às vítimas. Ressalta que estes pontos não podem ser definidos *a priori*, mas sim pautados pela realidade e pela conjuntura social local. Há a recomendação para que os planos sejam feitos com base em diagnósticos qualitativos e quantitativos do problema (Ministério da Justiça & UNICEF,1996).

Do ponto de vista de uma pesquisa analítica, o processo dos serviços voltado às vítimas e seus familiares desenvolvido pelo SAVVIS é importante pela visibilidade de sua atuação, atendendo não só o município de Manaus, mas o Estado do Amazonas, uma vez que apresenta uma demanda estabelecida e crescente, tornando-se necessário o aperfeiçoamento dos serviços prestados a população, além disso, o SAVVIS, ainda é um dos poucos serviços na cidade de Manaus com estrutura adequada para esse tipo de atendimento no âmbito da integralidade.

O interesse pela temática veio em decorrência de uma vivência que presenciou o processo de implantação do serviço o que possibilitou observar no cotidiano que as atividades desenvolvidas pela equipe demonstram algumas fragilidades como falta de estudos sobre os resultados dos atendimentos, uma definição teórica clara de abordagem das vítimas na equipe e uma maior atenção com os usuários evadidos.

A garantia da atenção de qualidade nos serviços de saúde às vítimas que sofreram violência sexual, representa, é claro, apenas uma das medidas que devem ser adotadas para a redução dos agravos resultantes deste tipo de violência. Devendo esse atendimento, atender aos pré-requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde. Conhecer a atual situação desses atendimentos e se estão de acordo com o preconizado é um ponto de partida fundamental para a sua adequação e melhora, assim como para a proposição de políticas públicas nesse setor.

Sua relevância acadêmica se dá por se tratar de uma temática que envolve o desrespeito aos direitos humanos, sendo que os estudos científicos recentes são escassos, de modo que este estudo pode contribuir nessa temática, bem como para futuros pesquisadores na área. Ressaltando que no que tange a uma análise do SAVVIS, trata-se de um trabalho que tem apenas uma pesquisa em nível de Doutorado que realizou uma avaliação da rede de proteção no qual o SAVVIS foi um dos campos de pesquisa que envolveu as principais instituições que compõe a rede de proteção no ano de 2011.

Em nível de monografia foram identificados dois trabalhos em que o principal foco era a violência sexual e não a análise do serviço. Assim, analisar o serviço de saúde em questão implica na necessidade de uma maior atenção de base científica a fim de que se abra um leque de discussões que possa culminar, posteriormente, em seu aperfeiçoamento.

Diante disso surgiram alguns questionamentos: como é realizado esse atendimento às crianças e adolescentes? Como os profissionais se posicionam frente a essa demanda? Esse atendimento está de acordo com a principal norma preconizada pelo Ministério da Saúde? O atendimento profissional desenvolvido pela equipe consegue alcançar o viés da interdisciplinaridade e integralidade? Como ocorre o acompanhamento pós-atendimento imediato? Existe um acompanhamento desses serviços para melhorar o desempenho como monitoramento e avaliação?

Diante do supracitado, esse trabalho terá a seguinte questão norteadora: “Como ocorre o atendimento e o Cuidado em Saúde das vítimas de violência sexual no SAVVIS na cidade em Manaus?”

Ciente da expressividade que essa temática alcançou na atualidade e da responsabilidade que um atendimento a saúde de qualidade representa, surgiu à ideia desse estudo que pretende analisar o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e doméstica (SAVVIS), restringindo-o as crianças e adolescentes vitimizadas, o que representa a maior incidência do atendimento.

Esse estudo teve como objeto principal analisar o Serviço de Cuidado a Saúde de crianças e adolescentes atendidas no (SAVVIS) a partir da visão dos profissionais da equipe. Para alcançá-lo, inicialmente buscamos: a) Caracterizar o perfil dos atendimentos no SAVVIS; B) Verificar a adequação do SAVVIS à norma do Ministério da Saúde para o atendimento às vítimas de violência sexual; c) Refletir acerca do Cuidado em saúde da Equipe e a construção da interdisciplinaridade e integralidade no atendimento.

A pesquisa é de abordagem crítica, na modalidade de pesquisa empírica ao nível analítico-explicativo, através da triangulação dos dados quantitativo e qualitativo que se

insere no campo da pesquisa social e que de acordo com Minayo (2006) consiste na utilização de várias técnicas, como análise documental, entrevista e observação participante.

Esta pesquisa tomou como parâmetro o Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA, que considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Para a pesquisa quantitativa, utilizamos a pesquisa documental através de duas fontes de dados:

a) Banco de dados do SAVVIS: esse banco de dados é utilizado com um objetivo primeiro que corresponde ao processo de notificação interna dos atendimentos. Esses dados darão suporte à escolha dos prontuários. Selecionamos aqueles que se referem ao atendimento de crianças e adolescentes com idades compatíveis ao preconizado pelo ECA, vítimas de violência sexual atendidas no serviço no período de janeiro a julho de 2015.

b) Prontuários dos pacientes: os pacientes atendidos pelo SAVVIS possuem um prontuário individual com o registro de todo o percurso do atendimento, através do qual se verificou os seguintes indicadores: idade das vítimas, perfil do agressor; quantidade de profissionais nos atendimentos, proporção de reincidência, de abandonos e de altas.

Quanto à pesquisa qualitativa, neste tipo de estudo o pesquisador integra o processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. Os fenômenos são compreendidos dentro de uma perspectiva histórica, numa ampla interação entre sujeito e objeto (BATISTA, 2000). Buscando atender aos objetivos desta pesquisa foram selecionados os seguintes instrumentos: pesquisa bibliográfica, entrevistas e a observação participante.

Na entrevista utilizamos uma amostra de 13 profissionais da equipe selecionados dentre os seguintes critérios: ser antigo no serviço, nível superior e aceitar participar da pesquisa em um universo de 17, buscando-se contemplar todas as especialidades. Foi utilizado um roteiro de entrevista com perguntas abertas, com gravação das entrevistas e posterior transcrição e análise.

A fim de descrever o fluxo do serviço, e o trabalho multiprofissional desenvolvido, utilizou-se o “fluxograma descritor” que se constitui de uma representação gráfica do processo de trabalho, elaborado de forma usuário-centrado, acerca de todo o caminho percorrido a partir da sua entrada na unidade.

Para análise da pesquisa qualitativa, dentre as técnicas de análise existentes, optou-se por utilizar a análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2004) consiste em compreender criticamente a análise das comunicações em seu conteúdo explícito ou implícito, manifesto ou latente. Para tanto, observamos as seguintes etapas apontadas pelo autor: a pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

O levantamento teórico-metodológico por ser a parte que fundamenta pesquisa, dando sustentação teórica, foi efetivado no decorrer de toda a pesquisa, para que assim, a partir dos dados empíricos coletados, fossem correlacionados com a teoria, corroborando com a triangulação dos dados quantitativos e qualitativos.

Para melhor apreensão deste estudo, foi dividido em três capítulos, a saber:

O primeiro capítulo “Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes” traz uma abordagem conceitual acerca da violência e violência sexual contra crianças e adolescentes na forma de abuso e exploração como aporte teórico, partindo de uma abordagem geral que envolve o sistema capitalista de produção em que estamos inseridos, assim como os fatores

individuais que estão imbricados com as principais análises que envolvem a temática, a fim de tentar compreender a violência sexual percebendo as várias nuances que a envolve.

O segundo capítulo “Políticas Públicas e a Constituição dos Direitos das Crianças e Adolescentes no Brasil”, realizamos uma reflexão acerca da emergência da criança e do adolescente como sujeitos de direito na sociedade brasileira, traduzindo a necessidade de proposição de políticas públicas que possam contribuir no combate a violência sexual destes sujeitos. Realizamos o mapeamento da rede de proteção na cidade traduzindo o papel do SAVVIS neste contexto, além de descrever um breve histórico do serviço e o perfil do atendimento prestado às vítimas.

O terceiro capítulo intitulado “Violência Sexual e Cuidado em Saúde no Atendimento de Criança e Adolescente: o SAVVIS e os Serviços Profissionais da Equipe” buscou refletir acerca do cuidado em saúde desenvolvido pela equipe no serviço, com ênfase para o perfil do acolhimento, interdisciplinaridade e integralidade no atendimento.

Nessa direção, este trabalho procurou contribuir com o debate atual, desenvolvendo uma pesquisa que adentre em um espaço de restrito acesso, no qual o sigilo e o tabu são fatores preponderantes o que tem gerado limitações e dados imprecisos no processo de pesquisa na área. Assim, é um trabalho que acrescenta consideravelmente o acervo científico em questão.

CAPÍTULO I- VIOLÊNCIA SOCIAL E FAMILIAR NA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Este capítulo objetiva contextualizar a problemática da violência na sociedade capitalista, primeiramente precisando sobre esse termo à luz dos autores, em seguida analisamos a sua ocorrência, especificamente nas famílias contra crianças e adolescentes e fechamos com violência sexual contra crianças e adolescentes.

Buscou-se apresentar um quadro conceitual acerca do tema da violência e os principais espaços a partir dos quais pode ser analisada, partindo de uma abordagem geral que envolve o sistema capitalista de produção em que estamos inseridos, assim como os fatores individuais que estão imbricados com as principais análises que envolvem a temática, a fim de tentar compreender a violência sexual percebendo as várias nuances que a envolve.

1.1 Entendendo um pouco sobre a Violência Social no Capitalismo

A violência nas sociedades capitalistas é inerente ao seu desenvolvimento, mas fica camuflada nas relações de poder e leis que favorecem os que têm maior poder de barganha, entre países, Estado e sociedade, bem como na família, lugar onde articulam o patriarcado e a cultura, tornando-se, assim, naturalizada nas sociedades.

Para melhor compreender o cerne da violência que ocorre nas relações interpessoais, faz-se necessário, anterior a isso, entender que existe uma violência estrutural que surge dos sistemas políticos, econômicos e sociais dominantes, marcados por negarem direitos, benefício e o acesso a uma vida digna à população, contribuindo para a ocorrência da violência direta.

É possível inferir o conceito de violência estrutural, definido por Minayo (1994, p. 15) como “violência gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração e que conduz à opressão dos indivíduos”. Tal violência é infligida por instituições clássicas da sociedade e expressa, sobretudo, nos esquemas de dominação de classe, de grupos e do Estado.

De acordo com Fernandez (2012), tal conceituação envolve uma gama de instancias da sociedade tais como elementos culturais, políticos e econômicos, assim como de gênero e raça devendo ser compreendida dentro desta complexidade, rejeitando a simplicidade na discussão do fenômeno.

Dentre os autores que tratam acerca da violência estrutural Cavalli (2010) destaca os trabalhos de Peres e Silva. Peres (2002) *apud* Cavalli (2010) afirma que a violência possui múltiplos níveis de determinações: macroestrutural, conjuntural, cultural e individual.

A estrutura política e os sistemas econômico e social aumentam a vulnerabilidade dos países à violência. Desigualdade e exclusão sociais, desemprego, regime político e eficácia das instituições governamentais e de segurança pública são alguns dos fatores que, do ponto de vista macroestrutural, favorecem o desenvolvimento da violência. O modo como esses determinantes são atualizados e expressos no cotidiano exemplificam os fatores conjunturais: aumento da criminalidade urbana, da delinquência juvenil, do crime organizado e da prostituição infantil, entre outros, São favorecidos por contextos marcados pela desigualdade social e impunidade e, por sua vez, favorecem a escala da violência em contextos específicos. Recentemente vem sendo dada importância aos fatores culturais e individuais que atuam como determinantes do comportamento violento, tais como atitudes, comportamentos e normas, padrões de relação familiar e de gênero, uso de drogas e álcool, entre outros. Peres (2002) *apud* (CAVALLI, 2010, p. 05).

A partir do contexto macroestrutural Peres (2002) *apud* Cavalli (2010) estabelece uma correlação com a questão conjuntural e cultural, destacando os fatores conjunturais até chegar ao indivíduo em si. A autora não fragmenta o real entendimento das causas da violência estabelecendo uma correlação entre os fatores macrossociais e individuais.

Cavalli (2010) *apud* Silva (2009) destaca um debate da autora mais aproximado com a violência estrutural. Neste, a violência envolve tanto o caráter econômico – da estrutura, quando o ideológico – superestrutura, uma vez que a ação violenta se dá no plano material, mas que se utiliza da ideologia para legitimá-la socialmente e torná-la imperceptível.

Nesta perspectiva, a consolidação da política capitalista necessita de uma ideologia de dominação que gere um consenso entre a classe dominante e a dominada. Partindo dos estudos de Althusser sobre os aparelhos ideológicos do estado, Silva (2010) afirma que estes são a base essencial e material da ideologia, a partir do que ocorre um processo decisivo de reprodução das condições de produção, que surgem dos totais esforços da classe dominante que busca com toda ênfase garantir e preservar os seus privilégios, manter o seu poder sobre a sociedade e com isso sempre continuar a explorar o trabalho da classe dominada.

Benaion (2006) destaca que a classe dominante “utiliza-se de distintos instrumentos visando fornecer ideologias a serem absorvidas pelo restante da população. [...] Estas, deverão ser percebidas como neutras imparciais e de interesse geral” (IDEM, p. 128). A ideologia neoliberal cumpre esse papel na contemporaneidade, buscando dissimular, esconder e omitir a existência da divisão de classes, e a educação contribui de forma contundente para isso, na medida em que funciona como reprodutora da ideologia ou reforço da dominação. (IDEM).

Nesse debate, é de grande importância o resgate sócio-histórico, através do qual se constrói a vida social, materializada no cotidiano da realidade social, sob determinadas condições, tempo histórico e sociedade. É necessário compreender que este fenômeno pode se manifestar de diversas maneiras, sendo distribuída desigualmente, assumindo diferentes papéis sociais e possuindo caráter revelador de estruturas de dominação (NETO; MOREIRA, 1999).

Vale ressaltar a pertinência em destacar a ligação estabelecida entre a violência estrutural e a questão social. De acordo com Cavalli (2010), essa relação está no fato de que esta violência sofrida no bojo do processo produtivo tem profunda repercussão na vida cotidiana da classe trabalhadora e traz consequências drásticas que desembocam numa discussão chamada por diversos autores de questão social e suas expressões.

Para Wanderley (2000) a questão social evidencia-se no século XIX ocasionada por grandes transformações econômicas, sociais e políticas desencadeada pelo processo de industrialização na Europa, com a “tomada de consciência” por parte da classe trabalhadora de sua condição de exploração, momento em que o desenvolvimento econômico crescia na mesma proporção que o pauperismo.

Castel (1997) aprofunda dizendo que a questão social foi visibilizada na ameaça da fratura representada pelos proletários das primeiras concentrações industriais, que estavam inseridos na sociedade industrial sem estarem nela encaixadas, integradas. São essas populações miseráveis, não socializadas, cortadas dos seus vínculos rurais e que ameaçavam a ordem social, seja pela violência social revolucionária, seja como uma espécie de contaminação da miséria, da desgraça que infectaria progressivamente todo o corpo social. Em suma, consiste no pauperismo a questão social desta época.

Como características peculiares da América Latina, Wanderley (2000), destaca a questão indígena, negra, rural, operária, da mulher, dentre outras peculiaridades. De forma especial no Brasil, é necessário considerar os diferentes tempos e espaços em que ela ocorre desde a colonização até as tendências de globalização e neoliberalismo. Uma questão social que tem forte marco na história da desigualdade e da injustiça social brasileira, que se iniciou no surgimento desta e se intensifica nos dias atuais.

Enfim, entendemos que o surgimento e agravamento da questão social estão relacionados com o desenvolvimento da ordem capitalista, na contradição capital X trabalho, e, portanto, na exploração de uma classe sobre a outra. Sendo assim, a existência da questão social revela a situação estrutural de violência, exploração, e desigualdade em que o mundo se encontra. As manifestações ou expressões da questão social, na forma da discriminação contra índios e negros, na questão de gênero, na fome, na miséria, na falta de emprego, são consequências de uma violência estrutural.

No que tange a raiz do atual perfil assumido pela questão social, nessa se encontram as políticas governamentais favorecedoras da esfera financeira e do grande capital produtivo, das instituições e mercados financeiros internacionais e empresas multinacionais (IAMAMOTO, 2009). Conhecer a gênese da questão social se constitui como ponto de partida para entender a atual configuração da sociedade, regida sob a égide do modelo econômico neoliberal.

Na busca de compreensão dessa problemática Silva de Paula (2005) afirmam que as dimensões da violência remetem ao quadro das graves consequências sociais demarcadas pela pobreza e desigualdades, pelos expressivos indicadores de desemprego estrutural e pela precariedade das condições de trabalho presentes na atualidade brasileira, que imprimem decisivamente condições de degradação das formas de reprodução social. Além dos fatores socioeconômicos, percebe-se a importância da dimensão cultural, de forma que as crianças e adolescentes não têm sido considerados como sujeitos de direitos, sobretudo os provenientes das classes subalternas, e a impunidade dos agressores torna-se uma forma, mesmo que inconsciente, de reafirmar a violência.

Assim, a violência estrutural, existente no cerne da sociedade capitalista, não somente mantém relação com a questão social e suas expressões, como é responsável pela sua existência. O agravamento da questão social e o adensamento da violência estrutural são

legitimados na sociedade e muitas vezes se tornam naturalizados e camuflados, para que sejam aceitos pela população.

De acordo com Cavalli (2010) é necessário considerar todos os fatores que envolvem as causas da violência, no entanto, devemos destacar que o indivíduo que comete violência é antes de tudo violentado por um sistema produtivo tirano e desigual, por um Estado que defende os interesses da minoria elitista e detentora da propriedade privada dos meios de produção.

A partir dos estudos de Morin (2003), Fernandez (2012) afirma que para entender a violência no nível individual (parte), deve-se compreender a sociedade (todo), tratando-se de um movimento circular considerando os dois polos como complementares, uma vez que a sociedade já faz parte do indivíduo desde o momento do seu nascimento através das regras e costumes, compreendendo o indivíduo e a sociedade dentro desse movimento constante de complementaridade.

Neste contexto, a compreensão do fenômeno da violência sexual, assim como as demais formas de violência, requer entender que é causada pelas alterações na sociedade que contribui para os demais tipos de violência, destacando que os fatores individuais determinantes da violência existem e não podem ser negados, mas até mesmo estes, em muitos casos são gerados dentro do ciclo da violência estrutural.

1.2 Divergências e Aproximações sobre os Conceitos de Violência

Trabalhar com a violência requer o reconhecimento de que se trata de um conceito polissêmico e controverso. De acordo com Minayo (2005) sua indefinição e confusão teórica e conceitual são explicadas pela recente consciência, desvelamento e enfrentamento dessa

problemática, bem como sua complexidade e diversidade. Exigindo, assim, para sua conceituação, muita investigação e sistematização.

Da Matta (1982) discute a violência a partir de uma abordagem sociológica que requer considerar o fenômeno entre os seus inúmeros associados (perversão, criminalidade, pecado, tabu, repressão, sagrado) dentre outras, compreendendo seus múltiplos aspectos e contornos. Segundo o autor, as regras do método sociológico preconiza o abandono da perspectiva linear e histórica da sociedade, havendo a necessidade epistemológica de relacionar, examinando ligações entre, por exemplo, crime x norma, violência x ação social regular; partindo do pressuposto de que a sociedade é dinâmica e exige uma postura relacional e dialética.

São destacados, por Da Matta (1982), dois discursos sobre a violência: o teórico erudito e o do senso comum ou popular. O primeiro discurso totaliza o sistema dentro do qual se visualiza várias violências e toda a estrutura da sociedade é radicalmente visada, fazendo-se uma interlocução entre violência e poder, consumo, e logo após, capitalismo, desmando governamental e autoritarismo.

Vale destacar, neste tipo de enfoque que tudo é tido como certo, não ficando margem para dúvidas e contradições. “A sociedade se apresenta como uma realidade transparente com uma lógica girando em torno do lucro, do consumismo, da mais-valia e de um capitalismo associado a tudo que possa lhe dar vantagem” (IDEM, p. 18). Nesse sentido, a violência é entendida apenas como resposta ao sistema vigente, vista como uma espécie de anomalia e não como uma resposta natural da sociedade.

Contudo, o autor diz que essa visão é formalista e incapaz de perceber as singularidades das sociedades, partindo de suas relações, instituições e demais elementos particulares. Enfatizando, também, sua certeza quanto da associação entre a violência e o poder dentro de uma sociedade, compreendendo que as relações de poder estão determinadas

pelo cenário em que ocupam, como por exemplo, casos em que segmentos controlam recursos econômicos e de saúde, mas não possuem legitimidade moral e religiosa. “Deste modo, o dominante numa região do sistema pode ser dominado em outra”. (IDEM, 1982, p.20).

No discurso do senso comum, a violência não surge como um estado da sociedade, mas como uma forma de fazer o que deseja, mesmo que isso signifique destruir os espaços morais dos outros. A violência, aqui, é vista em nível de uma briga estando relacionada à maldade humana ou o uso da força contra o fraco. Assim, em contraponto ao discurso erudito que é formalista, este, é aberto ao contraditório, visto como um modo de ação menos que um processo ou estado que permeia o sistema.

Minayo (2005) também debate os dois discursos destacados por Da Matta. Para ela, a principal razão da dificuldade em se conceituar violência decorre de se tratar de um fenômeno da ordem do vivido, devendo-se destacar que suas manifestações sofrem fortes influências de cargas emocionais dos autores envolvidos. Assim, para melhor compreensão da sua dinâmica, faz-se necessário entender pontos primordiais como o que a sociedade projeta sobre o tema.

Ao tratar essa questão, a autora identifica a partir do senso comum, que a violência é vista como crime, corrupção e pecado. Destacando a criminal e a delinqüencial como dominantes na consciência contemporânea. No imaginário atual três definições de violência que se destacam e contemplam tanto o âmbito individual como o coletivo:

(...) a violência física que atinge diretamente a integridade física e que pode ser traduzidas nos homicídios, agressões, violações e roubos a mão armada. A violência econômica que consiste no desrespeito a apropriação, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade ou de seus bens. Em terceiro lugar, a violência moral e simbólica, aquela que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando o direito do outro (MINAYO, 2005, p. 14 *apud* CHESNAIS,1981).

Esses estudos revelam a importância delegada ao processo sóciohistórico para o desenvolvimento da violência ao destacar fenômenos constantes na realidade.

A partir de uma visão erudita, Minayo (2005) enfatiza a violência interiorizada na consciência, negação de direitos, instrumentos de poder e portadora de especificidades históricas e, identifica autores como Domenach (1981) que afirma que a violência é construída no interior das consciências e das subjetividades.

A partir de Chesnais (1981) Minayo (2005) destaca como positiva a percepção da violência pela população como algo negativo e condenatório. E cita autores clássicos que tratam da violência como Arendt, destacando que em seus debates a autora não visualiza nenhuma positividade na violência, diferentemente de outros estudiosos como Engels que a entende como acelerador do desenvolvimento econômico.

O debate acerca da violência realizado por Hannah Arendt trouxe reflexões consistentes para a temática, que a partir de uma perspectiva da fenomenologia, parte da política como horizonte para o estudo do tema e sua discussão perpassa sempre ao largo da violência estrutural. Isto é, aquela que possui suas raízes nas causas políticas e é condicionada pelas questões econômicas que perpassa o atual sistema capitalista de produção. Dentro deste contexto, a autora contesta as teorias que afirmam que o poder e a violência são equivalentes, critica a postulação que tenta justificá-la sociologicamente e as que consideram a violência como fundamento para o poder (MINAYO, 2005).

Duarte (2009) ao realizar uma análise das obras de Arendt afirma que apesar da recusa da autora em aceitar a dialética, isso não compromete suas distinções conceituais. Propondo, assim, pensar o caráter relacional da distinção da autora entre poder e violência. A partir desse entendimento, quando Arendt faz afirmações como “poder e violência são opostos; onde um domina absolutamente, o outro está ausente” (Arendt, 1970, p. 80) são apenas formulas para

destacar a distinção entre os termos, tendo de ser pensados com uma relação de proporcionalidade entre eles. Essa equiparação recebe destaque posto que as relações de poder são evidenciadas no binômio mando e obediência e sua conquista mais evidente diante do emprego da coesão e da violência.

Para Arendt (1970) o poder possui um fim em si mesmo, não precisando ser justificado. Quanto à violência, distingue-se do poder já que a característica que melhor a contempla é sua instrumentalidade, vista como um meio ou um instrumento para o alcance de um determinado fim, e não um fim em si mesmo. Sempre precisando de orientação e justificação.

O poder não precisa de justificativas, sendo inerente à própria existência das comunidades políticas; mas precisa isto sim, de legitimidade. A percepção dessas duas palavras como sinônimas não é menos enganosa do que a atual equação de obediência e apoio. O poder é originado sempre que um grupo de pessoas se reúne e age de comum acordo, porém a sua legitimidade deriva da reunião inicial e não de qualquer ação que possa se seguir. A legitimidade, quando desafiada, baseia-se em um apelo ao passado, enquanto a justificativa diz respeito a um fim que se encontra no futuro (IDEM, p.26).

Assim, a autora reforça a perspectiva de que enquanto o poder precisa de números, a violência não precisa deles por basear-se em instrumentos [...] “A forma extrema do poder resume-se em todos contra um, e a extrema forma de violência é um contra todos” (ARENDR, 1970, p. 26). O poder e a violência, embora sejam fenômenos distintos, geralmente apresentam-se juntos. Onde quer que se combinem, o poder é fator fundamental e predominante. Para uma melhor compreensão desse pensamento, autora realiza uma distinção também, entre vigor, força e autoridade.

O vigor estaria relacionado com a capacidade física e/ou mental do indivíduo. O sujeito com vigor teria talento para o domínio, uma vez que este iria contagiar o outro. Assim, não seria um domínio pela força ou pela imposição, mas pelo contágio. Quando fala da força, Arendt alerta quanto aos constantes equívocos ao interpretá-la como sinônimo de violência,

sendo a força uma qualidade natural de um indivíduo isolado, nada mais que movimentos físicos e/ou circunstanciado como proveniente da natureza humana ou do ambiente externo.

Por fim, Arendt vê a autoridade como a capacidade de conseguir a obediência e o reconhecimento sem que se faça necessário o uso da violência. É a capacidade de ter a obediência a quem lhe é exigido. Diferente da violência que consegue a obediência mediante a coerção, nem o uso do poder que a alcança pela persuasão.

Ao afirmar que a violência, diferente do poder, precisa de justificativas, destaca o “ódio” como uma delas, sendo resultante de uma atmosfera de desintegração incapacitando o seu detentor de assumir uma indiferença sadia diante da coisa odiada (ARENTE, 1970).

Foucault (1995) não realiza um estudo específico da violência, ele a localiza em sua análise sobre poder. Para o autor, o poder é pensado como uma relação. Quanto à violência, ele a compreende como uma ação mecânica e não como uma relação de poder. Contudo, o poder não se reduziria a uma simples relação entre parceiros, “o poder só existe em ato, mesmo que, é claro, se inscreva num campo de possibilidades esparso que se apoia em estruturas permanentes”. (IDEM, p. 242).

Ao se indagar sobre a necessidade de buscar o caráter próprio das relações de poder do lado da violência que seria sua forma primitiva, ele ressalta sua resposta negativa reafirmando a distinção entre os dois termos:

Uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro pólo senão aquele da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la. Uma relação de poder, ao contrário, se articula sobre dois elementos que lhe são indispensáveis por ser exatamente uma relação de poder: que 'o outro" (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como o sujeito de ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis. (IDEM, p. 242).

Assim, podemos compreender que a vítima de violência é reduzida a um corpo mecânico ao ser vista como polo passivo. Vista como mecânica, também, a ação do polo ativo. Sendo, portanto, a violência, apenas uma técnica do poder.

A partir dessa análise, à luz dos autores, identifica-se que para Arendt, a violência pode ser encontrada na falta do discurso, cujo nascimento e efetivação se dão na política, enquanto para Foucault o discurso e a linguagem têm o poder de produzir subjetividade e violência punitiva. Para a primeira, a violência pode ser produto de um ódio, ao contrário do segundo que concebe a violência sempre como uma técnica do poder.

Na medida em que nos envolvemos com essa temática, podemos compreender que dentre as falas, um ponto em comum se faz na inter-relação entre a violência e poder, que perpassa desde a vertente sociológica, até o viés da psicanálise, registrando-se muita confusão conceitual na distinção destes pontos.

O conceito primeiro das ciências sociais é o poder, porém, são comumente tratados como sinônimo da violência, exigindo maior precisão conceitual. Assim, entender a violência também requer que consigamos discernir o real significado da mesma em meio à amplitude de conceitos que a permeia, e, aos inúmeros debates que envolvem a temática.

Outro ponto no estudo sobre a violência que gera controvérsias é quanto as suas causas. Minayo e Souza (1998) apontam a esse respeito identificando quatro vertentes de compreensão e interpretação de sua pluricausalidade: o primeiro grupo entende o fenômeno da violência como extraclassista e a-histórico; o segundo grupo se refere às raízes não sociais da violência; um terceiro grupo de teorias visualiza a violência como estratégia de sobrevivência das classes subalternas, decorrente das mazelas resultante do sistema capitalista vigente; o quarto grupo culpabiliza o Estado por sua falta de autoridade e de não utilizar de forma adequada o poder repressivo e dissuasivo dos aparatos jurídicos e policiais e, com isso

tende a omitir, o seu uso pela classe dominante como um importante instrumento de poder e dominação.

Segundo Minayo e Souza (1998), o primeiro grupo de debate possui autores como Nielburg que aceita apenas as causas sociais para o fenômeno da violência; e Lawrence, que defende um único padrão científico aplicável a qualquer situação. As teorias dessa vertente acreditam que “a agressividade é uma qualidade inata da natureza humana, [...] e que os conflitos da vida social, seja qual for a etapa do desenvolvimento histórico, são de caráter eterno e natural”. (IDEM, p. 515).

Disciplinas como a biologia, etiologia e a genética também compartilham do entendimento de que a agressão é instintiva, tendo a violência como algo natural. Essas teorias reduzem as análises sociológicas e superestimam questões psicológicas e biológicas, ou até mesmo as reduzem a atitudes individuais (MINAYO; SOUZA 1998). Partindo desse entendimento, esses teóricos responsabilizam unicamente o indivíduo por suas ações.

O segundo grupo apontado por Minayo e Souza (1998) destacam-se autores como Merton e Huntington que se baseiam na lógica estrutural funcionalista a qual trabalha com padrões e valores dados subjulgando a natureza sócio-histórica das coisas. Explicitam que essa vertente justifica a violência como consequência do processo de industrialização e urbanização, sustentados na ideia de que o mesmo ocasionou grande migração para a periferia das grandes capitais gerando situações de extrema pobreza e expondo a população a violência.

Assim, afirmam que “as grandes cidades não seriam a causa (...) mas o *locus* privilegiado da dissociação das aspirações socialmente criadas e daí se originando a delinquência e o crime”. (IDEM, p. 517). Essa vertente também possui sua parcela de contribuição nas causas da violência.

Contudo, não podemos reduzir as suas causas a questões econômicas apesar de saber da sua relevância, uma vez que pontos contundentes como a cultura e os demais fatores abordados devem ser devidamente considerados.

No que tange a terceira vertente de teorias, Minayo e Souza (1998) reportam aos clássicos como Sorel, Hegel e Engels. Enfatizam que esses autores clássicos defendem as causas da violência como uma espécie de estratégia das camadas populares para se sobressaírem diante da grande exploração capitalista. Exemplificam citando “[...] as poucas oportunidades de emprego, de ascensão social, e remuneração condignas, levaria os pobres a se rebelar e a tentar recuperar o excedente de que foram expropriados”. (MINAYO; SOUZA, p. 519).

E concluem que a mídia possui um papel preponderante principalmente nesse ponto em questão, uma vez que difunde um padrão e um estilo de vida pautado no que é tido como socialmente aceitável, levando a população das camadas baixas a sustentarem um desejo de serem socialmente aceitas, e em muitos casos, em especial dentre os adolescentes, levando-os a procurarem meios escusos para o alcance do padrão almejado. Não descartando, portanto, outros fatores desencadeadores.

E o quarto grupo de teóricos que sustentam que a violência e o índice de criminalidades são decorrentes da falta de autoridade do Estado. Apontam que esses teóricos acreditam em “[...] um Estado neutro, árbitro dos conflitos, e mantenedor da ordem em benefício de todos, à margem da questão das classes, dos interesses econômicos e políticos, estão meramente funcional em relação ao bem-estar social”. (IDEM, p. 520).

Nossa perspectiva de análise contempla os fatores gerais e individuais acerca da compreensão sobre as possíveis causas da violência, respeitando a devida influência de cada campo de estudo apresentado dentro das suas devidas limitações e aceitando tanto as

peculiaridades individuais como desencadeadora de reações externas e sensíveis aos estímulos externos também, assim como a relação de complementaridade entre as questões biológicas e sociais. Assim, a partir da polissemia de sentidos da análise do fenômeno da violência, podemos inferir que a mesma requer uma abordagem que consiga contemplar as suas diversas nuances, tentando apreender sua complexidade.

Podemos compreender então que “as estruturas das relações violentas são ao mesmo tempo, econômica, cultural e de poder, encontrando-se tanto nas relações familiares como nas condições de vida na sociedade” (LEAL; CÉSAR *apud* PEDERSON; GROSSI, 2011, p.26).

Vale ressaltar, também, as questões psicológicas que envolvem essa temática, a fim de abordá-la no âmbito da totalidade. Contudo, analisando as particularidades que envolvem o indivíduo que pratica e que sofre a ação violenta. E ao voltar especificamente ao tema desse estudo, trataremos nos subitens a seguir.

1.3 Violência Sexual e suas Principais Manifestações contra Crianças e Adolescentes

Considerada uma situação presente e que perpassa a trajetória das crianças e adolescentes ao longo da história, a violência sexual é uma situação inerente a todo o mundo e que atinge de forma significativa essa faixa etária.

Apesar de ser uma questão cercada de tabus, medos, omissões e por muito tempo tratada com indiferença pelas autoridades políticas, na contemporaneidade podemos afirmar que houve avanços na garantia de direitos e combate a esses abusos, bem como estudos voltados para seu esclarecimento, entre outros.

Quanto ao contexto histórico da violência sexual, de acordo com Freitas (2001) a criança e o adolescente sempre sofreram com diversas formas de violência, sendo justificadas

como práticas de disciplinas que incluem castigos físicos e psicológicos entendida como sinônimo de educação para a obediência à lei do adulto.

Ainda atualmente, prevalece uma cultura de dominação e de discriminação social, econômica, de gênero e de raça, devido a concepções autoritárias e repressoras heranças de uma sociedade de base paternalista (FREITAS, 2001).

Ao tratar essa temática, vale destacar o papel preponderante da família na vivência dos indivíduos por ser pautada por significados e representações que marcam de forma contundente o desenvolvimento da criança e do adolescente, sendo, por vezes, fonte de refúgio e fortaleza.

A família, todavia, quando em conflito desestruturada e inserida em um contexto desigualdade social desequilibrado, pode comprometer o desenvolvimento saudável da criança tendo em vista que a violência intrafamiliar e doméstica se constituem historicamente em fator desencadeador de violências, tais como: física, psicológica, sexual.

Leal (2008) enfatiza transformações de aspectos econômico, social, cultural e político que refletiram na reorganização das funções, dos papéis e dos valores dentro da família, a partir das questões de poder, gênero, etnia, sexualidade e de direitos, com ênfase para o novo papel desempenhado pela mulher nesse processo e a violência masculina como predominante, emergindo na família conjunto de práticas violentas com novos atores, isto é, “o pai/padrasto, que desencadeou o processo, agora não é o único a cometer atos de violência, mas outros elementos da família”. (IDEM, p.19).

De acordo com Ministério da Saúde - MS (2001) a violência intrafamiliar pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra. Sua diferenciação do conceito de violência doméstica está na inclusão nesta de pessoas

sem função parental, que convivam no espaço doméstico, como exemplo, empregados ou agregados.

Faleiros (1998) também coaduna com a afirmação defendida pelo MS quando chama de equivocada as definições da violência doméstica pelo *locus* onde se realiza (a casa). Para o autor, na realidade ela é resultado de relações de poder, o qual não se expressa somente no uso da força de adulto, mas também pelo uso da sedução, da persuasão e do imaginário, de tal forma que a criança vitimizada se sinta preferida.

O autor aponta dimensões interligadas entre si que de maneira geral demonstram o conhecimento produzido no contexto da violência sexual:

- O segredo familiar – envolto em relações complexas no seio da família, geralmente os abusadores são parentes ou próximos das vítimas, vinculam suas ações ao mesmo tempo à sedução e à ameaça.

- As pessoas vitimizadas – são traumatizadas, e sofrem muitas vezes de depressão, descontrole, anorexia e fobias;

- Reincidência - muitos abusadores se caracterizam por repetir seus atos;

- Repetição da Violência – muitos casos de vítimas que reproduzem o que viveram;

- Presença da violência em todas as classes sociais – o autor destaca pesquisa em que prevalece em meninas da cor branca, contudo ressalta a possibilidade de indicar as que comparecem mais ao atendimento. E apesar da pobreza não significar causa para o abuso, constitui uma situação de risco;

- Impunidade do Abusador – muitas vezes é supostamente perdoado pela família por questões culturais;

- Fuga de Casa – em estudos com crianças de rua, constata-se muitas vezes causas de abusos físicos e sexuais;

- Necessidade de terapia e acompanhamento multiprofissional – pelos traumas adquiridos. (IDEM, p. 15).

Vale destacar, que a violência intrafamiliar e doméstica se constituem historicamente a partir das relações de poder, gênero, etnia e classe social. Scobernatti (2005, p. 83) *apud* (PEDERSON; GROSSI, 2011, p. 27) destaca:

A violência intrafamiliar é uma expressão extrema da distribuição desigual de poder entre homens e mulheres, da distribuição desigual de renda e da discriminação de raça e de religião. Ela representa todo o ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra a criança e/ou adolescente, que, sendo capaz de causar dano físico, sexual ou psicológico à vítima, implica de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que a criança e o adolescente têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições peculiares de desenvolvimento. (SCOBERNATTI, 2005, p. 83 *apud* PEDERSON; GROSSI, 2011, p. 27).

A cultura do silêncio é uma estratégia importante apontada por Leal (2008) para manutenção do clima de violência intra e extrafamiliar, sendo fortalecidas por práticas como coerção, pressões de natureza psicológica, física, moral e religiosa. Informações apontadas pelo “discurso médico/social/legal, como estratégia fundamental para desmobilizar as práticas de violência cometidas contra crianças e adolescentes, ao fazer uma releitura do conceito de maus-tratos (a proteção e a criminalização)”. (IDEM, p. 20).

Tais fenômenos perpassam todas as classes sociais, contudo na classe popular são mais visíveis, posto que chegam com mais frequência ao serviço público. Quanto às famílias de classe média e alta, o abuso sexual intrafamiliar, como as demais formas de violência também ocorrem, mesmo que vivenciem de forma menos intensa as diferentes expressões da questão social (PEDERSON; GROSSI, 2011).

Contudo, ficam mais vulneráveis quando destituídas dos seus direitos básicos:

[...] essas famílias submetidas a uma condição de vida precária, sem garantias de alimentos, de moradia, de trabalho, de assistência à saúde, e de todos os serviços que

definem uma vida minimamente digna no mundo contemporâneo, tornam-se incapazes de proteger os membros que as compõem, em especial as crianças e os adolescentes. Com isso aumentam as possibilidades de a população infanto-juvenil tornarem-se vítimas de violência sexual (IDEM, p. 28).

Entretanto, a classificação em intra e extrafamiliar não clarifica a natureza abusiva, tem por base as relações das famílias e domicílios com a preocupação de entender as relações incestuosas dando maior evidencia a suas ocorrências.

Correspondendo, contudo, a uma concepção reducionista das relações sociais nesta separação do que é e do que não é familiar (Faleiros e Campos, 2000). E ao tratar de violência sexual perpetrada por adultos contra crianças ou adolescentes, afirmam que esta adquire particularidades que a tornam muito mais complexa e grave, pois é “organizadora” de estruturas psíquicas e sociais, principalmente nos abusos sexuais de longa duração e na exploração sexual comercial.

Neste sentido, conceituar essa forma de violência implica compreender a natureza do processo que seu caráter sexual lhe confere, ou seja, apontam que:

- deturpa as relações sócio-afetivas e culturais entre adultos e crianças/adolescentes ao transformá-las em relações genitalizadas, erotizadas, comerciais, violentas e criminosas;
- confunde, nas crianças e adolescentes violentados, a representação social dos papéis dos adultos, descaracterizando as representações sociais de pai, irmão, avô, tio, professor, religioso, profissional, empregador, quando violentadores sexuais; o que implica a perda de legitimidade e da autoridade do adulto e de seus papéis e funções sociais;
- inverte a natureza das relações adulto/criança e adolescente definidas socialmente, tornando-as desumanas em lugar de humanas; desprotetoras em lugar de protetoras; agressivas em lugar de afetivas; individualistas e narcisistas em lugar de solidárias; dominadoras em lugar de democráticas, dependentes em lugar de libertadoras, perversas em lugar de amorosas, desestruturadoras em lugar de socializadoras;
- confunde os limites intergeracionais. (IDEM, p. 10).

Não obstante, além do processo de caráter sexual, estes autores propõem que a consideremos como um desencadeador de relações envolvendo o processo civilizatório de um povo, a cultura, as normas e seu imaginário. Portanto, devendo ser analisada em seu contexto histórico econômico, cultural, social e ético.

Analisar a violência nos vários aspectos apresentados é necessário para a proposição de políticas pública que possam contemplar todas as suas particularidades, sobretudo, para um melhor entendimento das estratégias de enfrentamento desse fenômeno é importante conhecer os conceitos aceitos pelo Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes de 2010. O referido plano trata desta, entendendo-a como macroconceito que envolve duas formas: o abuso e a exploração sexual.

A violência sexual (abuso e exploração) é como todo ato, de qualquer natureza, atentatório ao direito humano ao desenvolvimento sexual da criança e do adolescente, praticado por agente em situação de poder e de desenvolvimento (IDEM, p.21).

Ambas, violências exercidas com ou sem consentimento dos vitimados, por uma pessoa maior de idade, que utiliza seu poder ou autoridade para a obtenção de favores ou vantagens sexuais, deve ter como critério para sua diferenciação, a natureza da relação que se estabelece de acordo como o cenário em que ocorrem.

A violência na forma de abuso sexual - caracteriza-se por uma relação de cunho sexual, sem fins lucrativos que pode ser identificado como um relacionamento interpessoal, sexual parafilico. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM IV *apud* (FALEIROS e CAMPOS 2000, p. 12):

Fantasias, comportamentos ou objetos são parafilicos quando levam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos (por exemplo, são obrigatórios, acarretam disfunção sexual, exigem a participação de pessoas sem consentimento, trazem complicações legais, interferem nos relacionamentos sociais. A característica essencial da parafilia é a atuação de um impulso sexual intenso, recorrente, e

fantasias que despertam excitação sexual geralmente envolvendo (1) objetos não humanos, (2) o sofrimento ou humilhação de si mesmo ou do parceiro, (3) crianças ou outras pessoas sem o seu consentimento.

É um conceito em que sua compreensão envolve uma abordagem ampla que exige um debate complexo. E, antes de abordarmos o abuso sexual propriamente dito é importante destacarmos os conceitos e debates sobre os tipos de abuso mais comuns, tendo em vista que muitas vezes a ocorrência de um está fortemente relacionada à do outro, e por vezes ocorrem concomitantemente.

Este estudo se baseará a partir dos conceitos que Sanderson (2008) utiliza tendo como referência os conceitos do Departamento de Saúde do Reino Unido (2003) que classifica o abuso em quatro principais categorias: abuso físico, abuso emocional, negligência e abuso sexual.

O Abuso físico se concretiza nas atitudes agressivas como bater, sacudir, arremessar, queimar ou escaldar, afogar, ou de outra forma, causando danos físicos a uma criança ou adolescente. Esses danos físicos também podem ser causados quando o pai ou responsável finge sintomas de má saúde para a criança ou deliberadamente os causa. Essa situação é comumente descrita usando-se termos como “doença fictícia por procuração” ou “Síndrome de Munchhausen por procuração”. Departamento de Saúde (2003) *apud* (SANDERSON 2008, p. 04).

Segundo os estudos de Pascolat *et al* (2001) este tipo de abuso acontece em maior probabilidade em famílias com problemas como a imaturidade dos pais pela pouca idade, alcoolismo, drogas, famílias de baixa renda, divórcio dos pais e etc.

Dentre os fatores mais comuns que classificam uma criança no quadro de risco infantil, destacam-se os bebês prematuros, portadores de anomalias congênitas ou algum tipo de deficiência mental, é mais comum em meninos até a adolescência depois as meninas se sobressaem. Incluem crianças com dificuldades para dormir a noite, por cólicas, por exemplo, dentre outras causas. (IDEM).

É um fenômeno que envolve todas as classes sociais e enfrenta altos índices de subnotificação por estar intimamente relacionado a questões culturais em que se pune fisicamente às crianças por mau comportamento. Contudo, essa punição pode tomar várias

formas, inclusive graves, e os graus variados de notificações, bem como a carência de dados, excluem a documentação da magnitude exata do problema.

Quanto ao abuso emocional o seu conceito consiste em maus-tratos emocionais contínuos de uma criança com a intenção de causar efeitos adversos severos e contínuos ou não ao seu desenvolvimento emocional.

Estas atitudes são consideradas abuso emocional uma vez que podem transmitir à criança uma impressão de que ela é inútil, não é devidamente amada, inadequada ou valorizada apenas quando satisfaz a necessidade de outra pessoa. Dentre as suas principais características está à imputação à criança de expectativas inapropriadas à idade ou ao seu desenvolvimento.

Pode envolver o ato de fazer com que a criança se sinta frequentemente assustada ou pode implicar sua exploração ou sua corrupção. Ainda que o abuso emocional esteja presente em todos os tipos de maus-tratos, ele também pode ocorrer isoladamente Departamento de Saúde (2003) *apud* (SANDERSON 2008, p. 04).

Quando a temática é abuso emocional a mensuração é muito mais complicada por ser um tipo de abuso de difícil identificação, o que compromete muito o seu combate. Atualmente se popularizou como “*bullying*”, podendo ser vivenciado em diferentes graus de intensidade causando traumas e bloqueios emocionais por toda a vida; contudo, é visualizado com mais facilidade em ambientes como a escola, não se dando a devida importância a suas ocorrências no âmbito familiar.

Negligência é outro tipo de abuso que se materializa no fracasso constante em satisfazer as necessidades físicas e/ou psicológicas de uma criança, o que pode acarretar consequências sérias para saúde ou no desenvolvimento da criança. Pode estar relacionada à falha de um pai ou responsável em fornecer comida, ou proteger uma criança de danos físicos ou de perigos. Portanto, são atitudes omissas, descompromissadas quanto à falta de cuidados e atenção. Departamento de Saúde (2003) *apud* (SANDERSON 2008, p. 05).

Esse tipo de abuso a que são submetidos crianças e adolescente alcançou a porcentagem de 74% do total de 124.079 denúncias protocoladas em 2013, no Disque 100. É o tipo mais denunciado e se vincula fortemente às relações familiares, podendo ser considerada como uma violência intrafamiliar perpetrada contra crianças e adolescentes e ancorada em diversos tipos de privações que afetam negativamente o desenvolvimento desses sujeitos.

Por fim, o Abuso Sexual que será o foco dentre as classificações, esse tipo de abuso consiste na situação em que se força ou incita uma criança ou um jovem a participar de uma atividade sexual, concordando cientes ou não com o que está acontecendo.

São várias as atividades denominadas como abuso sexual podendo ou não envolver contato físico, incluindo atos penetrantes e não penetrantes. "Pode incluir atividades sem contato, tais como levar a criança a olhar ou produzir material pornográfico ou a assistir a atividades sexuais ou encorajá-la a comportar-se de maneiras sexualmente inapropriadas". Departamento de Saúde (2003) *apud* (SANDERSON 2008, p. 05).

São categorias de abuso postas como bem distintas e, elas podem ocorrer concomitantemente em uma única criança, por dois deles ou até mesmo por todos os tipos supracitados; o que pode acarretar consequências muito mais graves.

Contudo, é importante conhecer as suas particularidades para uma intervenção mais eficaz e capaz de envolver todos os aparatos legais e os cuidados em saúde necessários para combater o problema.

O abuso sexual corresponde a um dos tipos mais complexos podendo trazer consequências irreversíveis no âmbito da saúde como as DST's e a AIDS, além do perigo da gravidez indesejada.

Além disso, a criança é despertada para o sexo precocemente, de maneira deturpada, traumática, ficando com marcas para o resto da vida, podendo desenvolver comportamentos patológicos como aversão a parceiros do mesmo sexo do abusador ou, por outra, promiscuidade e uma sexualidade descontrolada, entre outros fatores.

A criança ao ser abusada sexualmente é desrespeitada como pessoa humana, tem seus Direitos violados, e o pior: na maioria das vezes, dentro de seu próprio lar, por quem tem a obrigação de protegê-la.

Nos estudos dessa temática identificamos variações nos conceitos que podem comprometer a abordagem adequada. Sanderson (2008) alerta acerca da necessidade de uma padronização da definição de abuso sexual a fim de que se possa distinguir com mais propriedade os abusos de natureza realmente sexual e o abuso não sexual.

Segundo o autor, as atividades de cunho sexual de forma bem ampla incluem abuso sem contato, como por exemplo: o exibicionismo e o *voyerismo* e exibir filmes pornográficos na

frente de uma criança ou observá-la enquanto se veste. Os abusos com contato se destacam os beijos, ejacular na criança, sexo oral e com penetração.

Quanto à natureza do abuso tem sido descrita sob três dimensões, segundo Conte (1993) *apud* Ferreira (2002,17): a diferença de idade de cinco anos ou mais entre a criança e o agressor, o comportamento sexual específico como a fotografia, exibicionismo, *voyerismo*, beijos, felação e penetração de vagina, ânus ou boca com órgãos sexuais ou objetos e a intenção sexual na qual a intenção do comportamento é a gratificação do adulto. Das três dimensões, a última é a que mais apresenta dificuldades em sua determinação.

No Código Penal brasileiro, o abuso sexual possui algumas classificações importantes e que serão discriminados, alguns possuem terminologia própria e são muito utilizados. O Código Penal divide o abuso sexual para fins de penalidade o que será detalhado, com um maior cuidado, no quadro abaixo:

Artigo	Tipo	Descrição
213	Estupro	<p>Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso:</p> <p>Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.</p> <p>§ 1o Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos:</p> <p>Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.</p> <p>§ 2o Se da conduta resulta morte:</p> <p>Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.</p>
215	Violação sexual mediante fraude	<p>Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.</p>
216-A	Assédio Sexual	<p>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.</p> <p>Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos.</p> <p>§ 2o A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos.</p>

217-A	Estupro de vulnerável	Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. § 1o 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. § 3o Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave: Pena - reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos. § 4o Se da conduta resulta morte: Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.
218	Corrupção de menores	Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.
218-A	Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente	Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciá-la, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Quadro 01: Abuso Sexual No Código Penal / Lei 12.015 De 1999
Fonte: Código Penal Brasileiro atualizado/ Lei 12.015 de 2009.

A atualização da do Código Penal com a promulgação da Lei 12.015 de 2009 trouxe modificações muito importantes e adequadas com os valores e costumes atuais. Segundo Fernandez (2012) essas modificações ocorreram em partes que sinalizavam pensamento, valores e mentalidade da época, como termos “mulher” por “alguém”; pois, traziam valores preconceituosos em relação à mulher como “mulher honesta” que garantia direitos apenas àquelas que se enquadravam nos padrões de bons costumes, proporcionando mudanças substanciais em alguns conceitos como o de “estupro” que estava restrito a conjunção carnal vaginal, excluindo o sexo masculino ao enquadrar no conceito de “atentado violento ao pudor” a conjunção anal.

Outro ponto importante e que envolve uma maior complexidade dentro dos estudos de abuso sexual merecendo uma abordagem especial é conceito de incesto. Para a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência- ABRAPIA (1997: 11), “é qualquer relação de caráter sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente, entre um

adolescente e uma criança, ou ainda entre adolescentes, quando existe um laço familiar, direto ou não, ou mesmo uma mera relação de responsabilidade”.

O tabu quanto a essa prática varia muito de sociedade para sociedade, estando ligado a diferentes normas em cada uma delas; porém, é o único costume que pode ser encontrado, sem exceção, em todas, ressaltando o seu caráter universal.

Wenceslau e Strauss (2012) citando Mark Erickson em seus estudos sobre as relações incestuosas apontam as diversas estimativas que foram feitas sobre a extensão em que o incesto ocorre nas sociedades ocidentais. Dos estudos que os autores apresentam, cinco foram feitos nos Estados Unidos, um na Inglaterra, um na Finlândia e um na Suíça. Cada estudo utilizou metodologias diferentes. Os resultados apontaram uma variação na percepção do que seja o incesto e, vale ressaltar que apenas as relações incestuosas entre parentes biológicos foram levadas em conta nesses estudos. Em algumas pesquisas analisadas pelos autores a ocorrência do incesto só era considerada se as relações chegassem à penetração ou sexo oral; em outras no incesto incluía-se os casos de molestamento e até mesmo de insinuações.

O incesto consiste em uma característica do abuso sexual tendo sua maior ocorrência marcada no ambiente familiar. Segundo dados da ABRAPIA (2013) a maior parte dos casos de violência sexual nasce nesse ambiente, sendo perpetrada por pessoas que a criança conhece e nas quais confia. No abuso sexual, as relações intrafamiliares correspondem à maioria dos crimes notificados – 52%.

Por tudo o que foi exposto, pode-se imaginar o nível de dificuldade encontrado pelos profissionais para caracterizar um caso de abuso sexual. É necessário ir muito além dos conceitos, buscando uma análise de situação individual e contextualizada.

Vale ressaltar que situações como os casos de abuso exigem a participação ativa do Estado no resgate da dignidade da criança e do adolescente, mas muitas vezes este mesmo Estado, através de seus agentes, não está preparado para enfrentar a forte carga psicológica que envolve o tema.

Contudo, apesar da gravidade que envolve a temática da violência sexual, a família ainda trata o abuso sexual como assunto particular, optando por escondê-lo a revelá-lo e se sujeitar a qualquer forma de condenação ou mesmo preconceito social. Quando finalmente a criança leva o fato ao conhecimento de outros adultos, muitas vezes é desacreditada, incompreendida ou ameaçada, requerendo o olhar diferenciado do profissional que realiza a abordagem para uma ação que possa compreender a complexidade dessa temática que exige um olhar multiprofissional.

No que tange a exploração sexual, segundo a definição elaborada no I Congresso Mundial de Combate à Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes – realizado em Estocolmo, Suécia, em 1996- Exploração Sexual Comercial (ESCCA) – Consiste na utilização de crianças e adolescentes em atividades sexuais remuneradas, como a exploração no comércio do sexo, a pornografia infantil ou a exibição em espetáculos sexuais públicos ou privados.

A ESCCA não se restringe aos casos em que ocorre o ato sexual propriamente, mas inclui também qualquer outra forma de relação sexual ou atividade erótica que implique proximidade físico-sexual entre a vítima e o explorador.

O conceito de exploração sexual se difere do abuso por se referir a relações de caráter mercantis e comerciais. Faleiros e Campos (2010) afirmam que diante de sua complexidade, requer que compreendamos sua íntima relação com a violência estrutural proveniente do sistema capitalista de produção pelo cunho comercial que a envolve.

As profundas desigualdades presentes na sociedade têm reflexos direto nas condições de vida de crianças e adolescentes, sendo estes, vítimas de uma violência estrutural marcada pela dominação de classes e relações desiguais de acesso à riqueza socialmente produzida.

Contudo, segundo UNICEF (2010) ao contrário do que muita gente imagina, a exploração sexual atinge todas as classes sociais e está ligada também a aspectos culturais, como as relações desiguais entre homens e mulheres, adultos e crianças, brancos e negros, ricos e pobres. Devendo-se considerar, também, aspectos territoriais, econômicos e culturais para seu nível de incidência. Contudo, a pobreza e a exclusão sócioeconômica são fatores preponderantes, exigindo a proposição de políticas públicas de inclusão desse público vulnerável.

Inicialmente conceituada como prostituição infanto-juvenil, a partir da década de 90 com o aprofundamento teórico da temática, cresceu o seu entendimento no âmbito do mercado sexual e turismo do sexo. “Atualmente que esse fenômeno não se restringe à prostituição, implicando também outras formas: a pornografia, o turismo sexual e o tráfico” (FALEIROS; CAMPOS, 2000, p.18).

Segundo Paiva (2013), posteriormente, a partir das discussões do III Congresso Mundial Contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, esses conceitos foram atualizados para: exploração sexual no contexto de prostituição, tráfico para fins de exploração sexual, exploração sexual no contexto do turismo e pornografia infantil.

A exploração no contexto de prostituição é caracterizada pela presença de intermediários como a rede de aliciadores, agenciadores, facilitadores, pessoas que lucram com a exploração sexual. Contudo, nem sempre eles existem, e casos em que uma atividade autônoma, como “no caso de crianças ou adolescentes que oferecem seus corpos nas ruas,

caracteriza-se como exploração, já que o usuário pagará pela utilização de seu corpo com dinheiro ou outros elementos de troca” (PAIVA, 2013, p. 06).

Os principais autores que abordam essa temática identificam as questões econômicas como principal impulsionador desse tipo de atividade, no entanto, outros pontos identificados no perfil dos vitimizados incluem, também, transtornos orgânicos e psíquicos, como, por exemplo, baixa autoestima, confusão de identidade, ansiedade generalizada, medo de morrer, furtos, uso de drogas, doenças venéreas, infecções frequentes do trato urinário, corrimento vaginal e retal e atraso do desenvolvimento.

Quanto ao tráfico para fins de exploração sexual Paiva (2013) conceitua como a “promoção ou facilitação da entrada, saída ou deslocamento no território nacional, ou para outro país, de crianças e adolescentes com o objetivo de exercerem a prostituição ou outra forma de exploração sexual” (PAIVA, 2013, p. 06). Com destaque para o fato de que o consentimento da vítima não descaracteriza o crime.

Paiva (2013) afirma que a pornografia infantil consiste na caracterização por qualquer forma de representação de uma criança envolvida em atividades sexuais explícitas reais ou simuladas ou referentes aos órgãos sexuais para fins sexuais.

A partir desse entendimento, qualquer exposição, fotos, vídeos que envolvam crianças e adolescentes em atividade de cunho sexual constitui pornografia infantil. Contudo, para se classificar como exploração, deve conter um teor financeiro em contrapartida.

Com o crescimento considerável da *internet* a partir da década de 90, esta se tornou o principal veículo de divulgação e disseminação da pornografia infantil no mundo. Inclusive, sendo apontada por inúmeros autores, como principal propulsor dessa prática, principalmente

por “preservar” o anonimato e, apesar das inúmeras leis que abordam a temática pelo mundo, ainda permanece uma prática de difícil controle.

De acordo com Faleiros e Campos (2000) tanto na prostituição, como no tráfico e turismo sexual é corriqueiro a vinculação do contrato de trabalho à "dívida" que geralmente é contraída pelas trabalhadoras com o empregador, anterior ou durante a vigência do contrato, relativas a transporte, vestuário, produtos estéticos, alojamento, alimentação, serviços de saúde e outros.

A dívida é um recurso utilizado como forma de controlar essas vítimas, uma vez que são eles que detêm a contabilidade das contas das trabalhadoras, que não possuem um controle paralelo de suas receitas e despesas e nem têm acesso às suas contas.

A partir desse entendimento, qualquer exposição, fotos, vídeos que envolvam crianças e adolescentes em atividade de cunho sexual constitui pornografia infantil. Contudo, para se classificar como exploração, deve conter um teor financeiro em contrapartida.

Toda a problemática que envolve a exploração sexual, além de ser crime previsto na Constituição Brasileira, artigo 27, parágrafo 4^o, esbarram-se, também, no Art 68 do ECA devido a sua conotação de trabalho infanto-juvenil. Podemos compreender, que enquanto os adolescentes podem trabalhar em locais que propicie sua profissionalização com algumas ressalvas, a criança não pode trabalhar de jeito nenhum.

Por fim, podemos inferir que a violência sexual contra crianças e adolescentes na forma de abuso e exploração, apesar de haver preocupação entre os principais autores em classificá-los em suas várias ramificações, vale destacar que esses conceitos em muito se sobrepõem e interagem entre si. Destaca-se, também, que no bojo dessas relações, estão as crianças e os adolescentes que vêm sendo considerados objetos de dominação dos adultos, evidenciando

relações de gênero, raça, de poder e as relações desiguais que regem o sistema capitalista vigente. Logo, esses indivíduos sofrem de forma contundente os impactos desses processos e são feridos em sua sexualidade, que é o que têm de mais íntimo.

CAPÍTULO II - POLÍTICAS PÚBLICAS E A CONSTITUIÇÃO DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

Após a reflexão teórica acerca do conceito de violência e violência sexual contra crianças e adolescentes, faz-se necessário compreender em que contexto essas vítimas se inserem na sociedade, as políticas públicas existentes e os serviços disponíveis para intervir nessa realidade.

Neste capítulo voltamos nossa análise para situar a emergência dos direitos às crianças e adolescentes, conquanto sujeitos em situação peculiar de desenvolvimento, considerados os principais vitimizados do fenômeno da violência. Em seguida as políticas públicas capazes de envolver a complexidade dessa problemática e a realidade da rede de proteção local. Logo após, demonstrou-se o perfil do atendimento do SAVVIS para conhecer o objeto de estudo, suas dificuldades e avanços para melhor analisá-lo.

2.1 Crianças e Adolescentes como Sujeitos de Direitos

O histórico dos direitos da criança e do adolescente até o século XX não tem registro de que qualquer legislação que os protegesse. Por muito tempo, esse público foi relegado em segundo plano nos mais variados aspectos, e por muitas vezes tratados sem qualquer distinção em relação aos adultos.

No início do século XX, o Congresso Nacional discutia a implantação de uma política chamada de assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes. Em 1903, foi autorizada a criação do Juizado de Menores. Já em 1924, foram criados o Conselho de Assistência e Proteção aos Menores e o Abrigo de Menores; em 1927, toda esta legislação é consolidada no primeiro Código de Menores. Esse código, popularmente conhecido como Melo Matos, cuidava, ao mesmo tempo, das questões de higiene da infância e da delinquência e estabelecia a vigilância pública sobre a infância. Vigilância sobre a amamentação, os

expostos, os abandonados e os maltratados. Contudo, podendo retirar o pátrio poder (FREITAS, 2001).

De acordo com Freitas (2001), é datada de 1979 a criação de um novo Código de Menores com bases positivistas, a partir do qual, a exclusão era vista como doutrina de situação irregular, o que significava patologia social, ou seja, uma doença, um estado de enfermidade e, também, estar fora das normas.

Nessa perspectiva do Código, o tratamento no que se refere às crianças e adolescentes de classes sociais distintas, era diferenciado. A pobreza era considerada uma doença, assim como, as situações de maus-tratos, desvio de conduta, infração e falta dos pais ou de representantes legais.

Tendo em vista o exposto, pode-se considerar que a criança só tinha direito quando era julgada em risco, em uma situação de doença social, irregular.

Para Perez e Passione (2010), o nascimento da noção de direitos da infância e da adolescência, que inicialmente não existia e, o que havia, era relegada ao mundo do privilégio privado e religioso.

Posteriormente, foi incorporada por um Estado autoritário e monopolizador, o qual excluía qualquer forma de relação com a sociedade desarticulada politicamente de então; tem, paradoxalmente, representado uma pauta política e social que vem sinalizando o aprofundamento democrático das relações Estado-sociedade em torno da questão. (IDEM).

A conquista de direitos é fortemente marcada nas décadas de 80/90, momento em que protagonizam movimentos, que envolvem a contraposição e contestação das práticas vigentes e, que estava inserido em um contexto mundial de fortes transformações históricas e políticas que culminaram na emergência e consolidação das políticas sociais voltadas para esse público.

Toda essa efervescência de direitos neste período culminou na elaboração de vários documentos internacionais que colaboraram para a formatação do atual direito da criança e do adolescente, dentre eles que registraram força política e normativa capaz de impor mudança de paradigma no âmbito das Nações Unidas foram: a Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959 e a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, de 1989, incorporada ao ordenamento brasileiro por meio do Decreto Legislativo nº 28.

No Brasil, destacou-se a emergência da Constituição Federal em 1988 e a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA em 1990 e, da Lei Orgânica de Saúde- LOS, Lei 8080 – Sistema Único de Saúde - SUS, que significou uma importante conquista no âmbito da saúde.

A CF/88, através do seu Art 227, dentre outros, destaca a criança e o adolescente como sujeitos de direito, rompendo com a doutrina da situação irregular, na qual os menores eram tratados como delinquentes e por ações apenas no âmbito da filantropia, instituindo a doutrina da proteção integral.

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

Com a regulamentação do ECA, vieram as projeções para uma nova organização política societária de cunho democrático. Esse estatuto veio reafirmar os preceitos preconizados na CF/88, trazendo os parâmetros para a proposição de políticas públicas que possam culminar em estruturas de atendimento que garantam materialmente os direitos positivados. Valendo destacar o Art 4 do ECA em seu parágrafo único que traz o princípio da prioridade absoluta na proposição de políticas públicas para esse público.

Assim, a forma de se ver a questão mudou. Enquanto no Código de Menores o problema da infância e da adolescência era simplificado em menor pobre, abandonado,

delinquente, situação irregular, assistencialismo e controle estatal, representado, este, pela figura do todo-poderoso Juiz de Menores. O Estatuto da Criança e do Adolescente trabalha com a responsabilidade coletiva, participativa, complexa, articulada, em que a criança e o adolescente são credores de direitos, que devem ser assegurados, com absoluta prioridade, pela família, pela comunidade, pela sociedade e pelo Poder Público (KAMINSK, 2010, p. 5).

A doutrina da proteção integral preconizada proporcionou a inserção na agenda pública brasileira do direito integral resultante do conceito de Seguridade Social apresentado pela CF/88 – a qual constitui um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar direitos no âmbito da saúde, previdência e assistência social, não só reconhecendo a saúde como direito social, como também representando um novo paradigma para sua organização no Brasil.

No que tange aos direitos da criança e do adolescente na área da saúde, foi conseqüente, também, desse contexto histórico dos anos noventa a institucionalização, no Brasil, do Sistema Único de Saúde através da Lei 8080/90, preconizando um novo conceito de saúde. Assim, a nova CF/ 88 propôs transformação na meta que engloba desde um conceito mais ampliado de saúde até a gestão democrática dos serviços de saúde, através da participação popular, o que possibilitou o controle social por diferentes sujeitos coletivos que interagem entre si e o Estado.

De acordo com Nogueira e Miotto (2007) a nova concepção ampliada de saúde é decorrente do reconhecimento pela sociedade científica da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo do risco individual para responder aos processos de saúde-doença próprios da vida moderna. Nesta direção, os fatores determinantes de saúde, classificam-se em quatro grandes conjuntos:

O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo diz respeito ao acesso as grandes

tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar que, neste caso, o valor do uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa em cada momento. O terceiro bloco refere-se a criação de vínculos efetivos entre usuários e os profissionais ou equipes do sistema de saúde. (...) Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também, aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação. (CECÍLIO, 2004 p. 28 *apud* NOGUEIRA; MIOTO, 2007).

Segundo os referidos autores, partindo desse pressuposto, a saúde deverá ser compreendida como produto das relações sociais, e desta com os meios físicos, social e cultural.

As conquistas dos direitos das crianças e adolescentes avançou também neste mesmo período para o campo dos direitos sexuais e reprodutivos sob a perspectiva universal dos direitos humanos, o que compreende o livre exercício desses direitos sem discriminação, coerção ou violência. Exigindo-se, para tanto, políticas públicas que assegurem o acesso à saúde, informação, meios e recursos seguros e acessíveis.

O processo histórico de conquistas de direitos que envolvem a sexualidade das crianças e adolescentes passou por momentos muito distintos da atualidade. De acordo com os historiadores, por questões culturais, na idade média e parte da idade moderna o “sexo” entre os adultos não era um “tabu” entre as crianças. Uma vez que, não apenas presenciavam como, principalmente do sexo feminino, eram vítimas frequentes de abuso sexual.

Castro, Ribeiro e Busson (2010) reportando em Foucault, afirmam que antes da idade média, as casas eram minúsculas, não havendo privacidade sexual entre os casais, pouco importando se as crianças observavam o ato; já na idade moderna, o modelo de habitação afastou a criança de tais cenas, objetivando que a residência familiar se tornasse lugar de decência.

Contudo, ainda hoje, autores divergem acerca dos benefícios e dos males do afastamento das crianças do sexo que, principalmente na área da psicologia que classificam

tais modificações como repressão sexual gerando possíveis psicopatas do sexo futuramente. (IDEM).

Ainda de acordo com os autores supracitados, até então, os problemas com abuso sexual e maus tratos contra crianças eram vistos como fantasiosos ou mentirosos pela justiça. Apenas em 1860, com o médico legista francês Ambrosio Tardie, essa temática ganhou visibilidade ao descrever em suas obras todas as formas de maus tratos contra crianças tais como são vistas hoje. Todavia, até o século XIX as políticas públicas eram mais voltadas para a delinquência, problemas mentais e roubos.

É com o advento da psicanálise freudiana a partir da análise de Castro, Ribeiro e Busson (2010), que veio a preocupação com o desenvolvimento psicosssexual da criança e do adolescente. Este autor destacava a repressão sexual como fonte de psicopatologias futuras. Foi inicialmente com tais influencias que começou a se introduzir normas jurídicas em prol da infância e da adolescência.

De acordo com Leitão (2014), na primeira fase da vida, os direitos sexuais da criança estão voltados para o cuidado com o corpo, ressaltando a necessidade sexual que envolva um aprendizado sobre o seu corpo, seu sexo e gênero, respeitando cada faixa etária e maturidade sexual da criança.

Na adolescência, segundo a autora supracitada, caracterizada pelo processo de mudanças corporais, hormonais e psicológicos que marcam essa fase da vida, inclui-se também, o desejo sexual e o desenvolvimento de experiências afetivas com o outro, incluindo na pauta dos direitos sexuais a necessidade do autocuidado de um modo geral, como por se tratar de uma fase reprodutiva.

Castro, Ribeiro e Busson (2010) destacam que atualmente para o direito, crianças e adolescentes que possuem algum trabalho sexual ou sofreram alguma violência nesse sentido,

tiveram seus direitos a proteção, violados. Desde a promulgação do ECA e dos conselhos que surgiram, esse segmento populacional têm em mãos novos equipamento sociais de defesa e proteção que lhes direciona um novo olhar como sujeitos de direitos garantidos legalmente.

Na discussão acerca dos direitos sexuais quando a pauta é exploração sexual entra em debate uma realidade social que visualiza uma adolescente envolvida com a prostituição ora como vítima e ora um agente subversivo na sociedade.

Nesse sentido, de acordo com Almeida (*apud* LEITÃO, 2014) ao se pensar a sexualidade nos papéis de sujeição e submissão, deve-se ressaltar a importância do estudo de gênero para melhor compreendermos o debate em torno de construções como masculinidades e feminilidades que são comumente utilizadas como fatores de diferenciações em diversos aspectos do social.

Contudo, a constituição de direitos por si não garantem a sua plena efetivação. Surgem com o intuito de fiscalização de sua efetivação na prática os Conselhos Municipais, Estaduais e o Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente, órgãos dispostos dentro da política de atendimento, de caráter deliberativo e controladores das ações em todos os níveis, e o Conselho Tutelar, com a atribuição de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos no Estatuto.

Entretanto, segundo Ungarete (2010), o cumprimento desses direitos legalmente adquiridos vem assumindo várias formas em detrimento das diferentes conjunturas socioeconômicas, políticas e sociais tendo se prestado a diversas interpretações. A autora destaca a importância de se considerar alguns pontos essenciais para que se rompa com as constantes violações desses direitos no país. As categorias democracia e cidadania são destacadas como passos fundamentais nesse processo, tendo em vista os fundamentos politizados imbricados em seus conceitos.

Compreender a cidadania e a democracia no processo de consolidação dos direitos conquistados pelas crianças e adolescentes, nos direciona a retomar os contextos de conquista da proteção social que o Estado implanta através das políticas sociais que possui seu melhor conceito quando tratada sob a égide da cidadania.

Ungarette (2010, p. 104, citado por VIEIRA, 1997, p. 40):

Um Estado democrático é aquele que considera o conflito legítimo. Não apenas trabalha politicamente os diversos interesses e necessidades existentes na sociedade, como procura instituí-los em direitos universais instituídos formalmente. Cidadania, definida pelos princípios de democracia, constitui-se nos espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na definição de instituições permanentes para a expressão política (partidos, órgãos públicos), significado necessariamente conquista e consolidação social e política.

De acordo com Teixeira (1985), a política social gera uma pauta de direitos e deveres para os detentores da cidadania na medida em que asseguram os meios necessários para o exercício e gozo dos direitos sociais, civis e políticos na condição de cidadania, embora cada um desses elementos esteja inserido em um curso histórico distinto.

Diante da heterogeneidade no que diz respeito ao exercício desses direitos, distintos de acordo com seu contexto social e político, o autor identifica modalidades de proteção que culmina em três modelos de cidadania: cidadania invertida, cidadania regulada e cidadania plena.

A cidadania invertida teve origem em um contexto rigidamente liberal marcado pela negação da intervenção estatal nas questões de natureza social. Nesse contexto, as políticas sociais eram conhecidas pela designação de “Assistência Social” sendo a assistência pautada no apontamento das necessidades e, de se propor medidas para minora-la, ações de natureza compensatória e punitiva. “Essa condição política de cidadania invertida em que o indivíduo entra em relação com o Estado no momento em que se reconhece como um não-cidadão”. (TEIXEIRA, 1985, p. 401).

A cidadania regulada, segundo Teixeira (1985), emerge em um cenário marcado pelo advento de uma classe operária reconhecida como ator qualificado na administração política e econômica. As políticas são reconhecidas no contexto do “Seguro Social”, uma vez que se caracterizam por cobrir a população assalariada com a qual estabelece uma relação de contrato social. “A regulamentação das profissões, a carteira profissional e o sindicato público, definem, assim, os três parâmetros no interior dos quais passa a definir-se a cidadania”. (SANTOS, 1979, p. 69).

Finalmente, Teixeira (1985) destaca a cidadania plena, surgida em momento conhecido como “Estado de Bem-estar Social”, pautado no posicionamento do Estado em garantir ações que promovam o mínimo no que tange a saúde, educação, seguro desemprego e etc, rompendo com as concepções anteriores firmadas na evidência da necessidade ou em um efetivo contrato de trabalho.

Apesar de surgirem em contextos diferenciados, o autor enfatiza a prevalência nos dias atuais das três formas supracitadas enfatizando que sua existência concomitante sempre se dá em conflitos e contradições. Vale ressaltar o seguro social como predominante, uma espécie de estrutura medular a partir da qual, as outras modalidades a ela se acoplam.

Tendo em vista as particularidades do contexto brasileiro, Teixeira (1985) subjuga as três modalidades apontadas à base institucional previdenciária. “Seja pela incorporação das instituições assistenciais no sistema previdenciário, seja pela tendência a progressiva integração dos serviços de assistência médica, seja ainda pela existência de benefícios que rompem a estrutura contratual do seguro” (p. 403). Contudo, essa superposição institucional, não representou o imbricamento das modalidades de cidadania com a preservação do seu caráter político.

Nessa direção, a fim de romper com essa realidade, o autor propõe uma redefinição das políticas sociais, utilizando os princípios da equidade e da justiça social com o intuito de alcançar a universalização da condição de cidadania, enfatizando que, a estabilidade da transição política, apenas ocorrerá quando o dito sistema democrático levar em pauta as demandas da população.

Por se tratar de uma concepção de mundo, a cidadania e a democracia, como construções coletivas, efetivam-se por meio de debates na arena política, o que requer para tanto, a qualificação política da população com ênfase na emancipação. Todavia, as autoridades políticas no Brasil, trabalham em prol da despolitização dos menos favorecidos economicamente, o que implica no desafio atual da efetiva implementação dos direitos conquistados.

Convêm registrarmos, contudo, segundo Castro, Ribeiro e Busson (2010) que por ser a capacidade a medida da personalidade, apesar de todos possuímos a capacidade de aquisição e gozo de direitos, sua capacidade de fato, que consiste no direito ao seu exercício, que é a aptidão ou capacidade de ação, como os recém-nascidos e os loucos que precisam de representação de um adulto. Assim, o indivíduo necessita das duas capacidades (de direito e de fato) para constituir uma capacidade plena.

Diante do exposto, as conquistas no âmbito do direito das crianças e adolescentes passam sempre à margem das relações de poder e do contexto social e política em que estão inseridos. De acordo com Melo (2010), se analisarmos sua posição social frente às demandas na contemporaneidade e, da postura que tem assumido na família, nos movimentos sociais e relações de trabalho, perceberemos a urgência em se questionar sua suposta inferioridade diante do adulto, ressaltando a importância em serem ouvidos em meio as suas diferenças.

2.2 Políticas Públicas para o Enfrentamento da Violência Sexual em Manaus

Todo o processo de conquistas de direitos pelas crianças e adolescentes no Brasil representou um avanço em todos os aspectos, desde o ECA que trouxe consigo a doutrina da proteção integral, até as conquistas na saúde que proporcionou, além de outros pontos importantes, a possibilidade de um atendimento integral às vítimas de violência sexual. Contudo, o alcance da cidadania é essencial para a efetivação destas conquistas legais que necessitam de políticas públicas direcionadas para a sua realização concreta através de programas e projetos de execução.

De acordo com Fernandez (2012) os objetivos de uma política pública estão diretamente relacionados aos movimentos sociais organizados e comprometidos com a conquista da cidadania do segmento populacional, visando a atender os que se encontram com uma qualidade de vida desfavorável.

Vale destacar que a concepção de Política Pública aqui em foco, refere-se ao seu sentido mais recente apontado por Pereira (2009), referindo-se as ações do Estado face às demandas e necessidades sociais, tendo em vista a concepção clássica do conceito, através do qual a política é vista no âmbito das eleições, votos, partido e governo.

O aparecimento desse novo ramo da política denominado de *policy science* é explicado por Pereira (2009) como resultante da dinâmica nas relações entre governo e sociedade civil, ensejando uma intensa discussão sobre o papel do Estado, a natureza da sociedade, e os direitos e responsabilidades de cada um, com destaque para debates sobre justiça, equidade e desenvolvimento social. Tendo a política o papel do consenso, um instrumento para negociação e o entendimento entre as partes.

Nessa direção, a autora aponta quatro principais características das políticas públicas:

1) um marco de orientação para a ação pública sob a responsabilidade do Estado e controle da sociedade; 2) objetiva a efetivação de direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados pelas leis; 3) guia-se pelo princípio do interesse comum; 4) deve visar à satisfação das necessidades sociais e não da rentabilidade econômica.

Nesse entendimento, a emergência de políticas que possam direcionar e tornar possível um atendimento adequando às vítimas de violência sexual, principalmente quando se refere a crianças e adolescentes é primordial com destaque para a prioridade do atendimento em saúde.

Nesse sentido, para dar sustentação aos direitos da criança e do adolescente à saúde no enfrentamento da violência sexual, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens que busca trazer uma nova linha de reflexão da atenção à saúde do adolescente, evidenciando a importância da integralidade da atenção de acordo com os princípios do SUS, o que pressupõe o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das práticas assistenciais, e a organização de serviços para a execução dessas práticas de saúde, destacando a importância da promoção da saúde e a necessidade de estabelecer processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares.

Segundo essa Política, a inserção na agenda pública da atenção integral à saúde de adolescentes e jovens decorre da mudança de paradigma expressa na concepção ampliada de saúde como direito social e dever do Estado e na doutrina de proteção integral instituída pelo ECA. Com mudanças de conteúdo, método e gestão, o ECA acrescenta novos elementos às políticas públicas para a infância e juventude, com atendimento muito mais amplo, com o Estado, substituindo o então assistencialismo vigente, por intervenções socioeducativas.

Esse instrumento legal, no Artigo 13, preconiza a obrigatoriedade de notificação dos casos, mesmo que suspeitos, de maus tratos. O Artigo 245 estabelece a pena de multa para o profissional de saúde que deixar de comunicar à autoridade competente os casos, de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Essa diretriz, quando devidamente implantada, tem permitido uma intensificação da assistência e dos registros de base nacional dos casos de maus-tratos.

Reforçando essa determinação do ECA, o Ministério da Saúde estabeleceu a obrigatoriedade da notificação, para todas as entidades de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde do nosso país, através da Portaria nº 1968/GM, de 25 de outubro de 2001, publicada no DOU nº 206 de 26/10/01. O documento traz em anexo um formulário que deve ser utilizado pelas unidades para proceder à notificação.

No tocante às propostas específicas voltadas para o enfrentamento da violência sexual, destaca-se de acordo com o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes de 2010 que, antes da promulgação do ECA, o mundo já propugnava pela criação de planos para o enfrentamento dessa forma de violência, com foco, à época, para a exploração sexual, haja vista, a “Declaração e Agenda para Ação”, aprovada no I Congresso Mundial Contra Exploração Sexual Comercial de Crianças de 1996.

Como reflexo desses movimentos, o Brasil avançou nesse combate com a aprovação em 2000 pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), a criação do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil no Território Brasileiro (PAIR) que propõe a formulação de políticas públicas de forma integrada.

Com o objetivo de orientar as ações de cada município e Estado, foi criado esse Plano Nacional de enfrentamento da Violência, cabendo aos conselhos de direitos Estaduais e Municipais a avaliação local sobre as ações desenvolvidas.

O Plano parte dos seguintes objetivos geral e específicos:

Geral – estabelecer ações articuladas que permitam a intervenção técnico-política e financeira para o enfrentamento da violência.

Específicos- a) realizar intervenção científica, visando compreender, analisar, subsidiar e monitorar o planejamento e a execução das ações de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes; b) garantir o atendimento especializado às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual consumada; c) promover ações de prevenção, articulação e mobilização, visando ao fim da violência sexual; d) fortalecer o sistema de defesa e responsabilização; e) fortalece o protagonismo infanto-juvenil.

Para o alcance desses objetivos, o Plano estabelece os seguintes eixos estratégicos:

- Análise da situação- com o intuito de conhecer o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes, realizar o diagnóstico, analisar o financiamento do plano e seu monitoramento e avaliação.
- Mobilização e Articulação- fortalecer a articulação e todas as esferas do governo, comprometer a sociedade civil nesta causa, divulgar o posicionamento do Brasil nesta temática e avaliar os impactos e resultados das ações de mobilização.
- Defesa e Responsabilização- atualizar a legislação sobre crimes sexuais, combater a impunidade, disponibilizar serviços de notificação, capacitar profissionais e implementar os conselhos tutelares, o SIPIA e as delegacias especializadas.
- Atendimento- efetuar e garantir o atendimento especializado e em rede.
- Prevenção- assegurar ações preventivas e possibilitar que seja educados para o fortalecimento da sua autodefesa, atuar junto a frente parlamentar com o objetivo de implementar legislação referente à internet.
- Protagonismo Infanto-juvenil- promover a participação ativa e comprometê-los com monitoramento da execução do Plano.

Além da importância de observar os eixos estratégicos propostos pelo Plano, é necessário que os programas e projetos em funcionamento sigam também os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde que vão, desde normas técnicas para organização física institucional a protocolos jurídicos de atendimento. Quanto às normas técnicas e manuais publicados pelo Ministério da Saúde destaque para:

Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica, 2010. Esta norma tem como objetivo auxiliar os profissionais de saúde na organização dos serviços para atuarem de forma qualificada no atendimento a

vítimas de violência sexual. Para tanto afirma que para as unidades de saúde apresentarem uma atuação contundente, devem se basear em mecanismos de referência e contrarreferência.

Referencia-se para os serviços que atendem esses vitimizados o padrão adequado para as instalações físicas, os equipamentos e instrumentais apropriados, os recursos humanos pautados na interdisciplinaridade e a sensibilização e capacitação profissional necessária. Além do que, essa norma referencia normas gerais de atendimento e apoio psicossocial.

A partir do Plano Nacional de Enfrentamento às Vítimas de Violência Sexual e dos da norma do Ministério da Saúde supracitada se obtém um panorama geral dos principais elementos que envolvem o atendimento à saúde das vítimas de violência sexual e os procedimentos adequados para que atenda sob o princípio da integralidade.

No que se refere ao reordenamento institucional, à proteção e a promoção dos direitos humanos, assim como a compreensão da violência como assunto de saúde pública, deve compor suas diretrizes, além de exigir uma maior conexão entre as profissões com a questão e as instituições públicas e privadas.

Alguns programas nacionais como o “sentinela”, foram primordiais para a organização do atendimento às vítimas de violência sexual. Trata-se de um serviço financiado e co-financiado, respectivamente pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Prefeitura local.

Voltado ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, intra e extrafamiliar, o programa é uma iniciativa governamental, que visa além dos atendimentos técnicos, articular e divulgar os serviços sociais de atenção a crianças e adolescentes, e, promover campanhas que despertem a sensibilidades causas e consequências da violência.

No tocante aos serviços no âmbito da saúde, na cidade de Manaus dois projetos são pioneiros no atendimento às vítimas de violência no âmbito da saúde: O Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência e Abuso Sexual (SAVVAS), implantado no Hospital

Francisca Mendes. E o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS), pertencente à Secretaria Municipal de Saúde e implantado pioneiramente na Maternidade Dr^o Moura Tapajóz, e que será o objeto do nosso estudo.

Apesar da criação da Lei 12.845/2013, ainda em fase de implementação, que determina que todos os hospitais integrantes da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) são obrigados a realizar o atendimento emergencial, integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual.

Além do que o atendimento imediato nos hospitais integrantes da rede SUS inclua o diagnóstico e tratamento das lesões físicas; amparo médico, psicológico e social imediatos; facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual; profilaxia da gravidez; profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST; coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; e fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

Preconiza-se um atendimento humanizado com equipe multidisciplinar. Contudo, trata-se de uma realidade que necessita de um esforço coletivo no sentido de alcançar o sucesso na implementação, tendo em vista a necessidade de uma atenção especial necessária nessa espécie de atendimento.

Até a implantação do SAVVAS e do SAVVIS na cidade de Manaus, o atendimento a essas vítimas eram realizados sem qualquer protocolo, somente com a implantação destes, pode-se verificar uma real atenção adequada a esses vitimizados diante das particularidades no atendimento.

Diante da complexidade que envolve a temática da violência sexual contra crianças e adolescentes, a proposição de políticas públicas que possam contribuir para o combate desse fenômeno é uma exigência da atualidade.

2.3 O Cenário da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Manaus

De forma inovadora e seguindo o movimento reformista pelo qual passava a sociedade brasileira nos anos oitenta e noventa, emerge a doutrina da proteção integral às crianças e adolescentes com o advento da Constituição de 88 e do ECA redirecionando o olhar das autoridades políticas para esse segmento populacional.

O Artigo 86 do ECA traduz o que denominamos de Rede de Proteção, ao dizer que “a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

Antes de apresentarmos um breve cenário da rede de proteção em Manaus, é importante uma abordagem acerca do conceito de redes. Numa aproximação inicial da temática, os autores Motti e Santos (2006) realizam uma analogia das redes de pescar e de dormir com a rede de proteção.

De acordo com os autores, no que tange a rede de pescar, devemos observar a atitude do pescador, o seu cuidado em verificar se a rede tem furos, se está perfeita; valendo a informação de que o formato da rede é marcado por uma distribuição equitativa, sem noção real de início ou fim. A segunda rede, a de dormir, é muito forte e resistente e por isso nos transmite uma ideia de proteção e cuidado, distribui bem o peso da pessoa que a deita e ainda é muito confortável. Diante dessas características, essas redes nos permitem vislumbrar como deve ser a almejada rede de proteção.

Compreender o conceito de redes requer uma abordagem teórica abrangente que consiga traduzir temáticas muito importantes como globalização e território. Conquanto, a ideia de rede de proteção surgiu com o processo de redemocratização brasileiro nos anos 80, ao tratar de reivindicações que pautavam pelo desejo da cidadania plena, dos direitos coletivos e participação política.

Nesta conjuntura, Motti e Santos (2006) traduzem o conceito de rede de proteção como “uma articulação de pessoas, organizações e instituições com o objetivo de compartilhar causas e projetos, de modo igualitário, democrático e solidário”. Mais a frente, os autores complementam o conceito inicial ao declararam que a rede de proteção:

(...) é uma forma de trabalho coletivo, que indica a necessidade de ações conjuntas, compartilhadas, na forma de uma “teia social”, uma malha de múltiplos fios e conexões. É, portanto, antes de tudo, *uma articulação política*, uma aliança estratégica entre atores sociais (pessoas) e forças (instituições), não hierárquica, que tem na horizontalidade das decisões, e no exercício do poder, os princípios norteadores mais importantes (IDEM, p.4).

O pressuposto da articulação em rede é um trabalho participativo, pautado na horizontalidade, tendo sua eficácia mensurada no grau de cooperação, compartilhamento de informações, permitindo uma espécie de desconcentração de poder. O trabalho de combate ao abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes é um exemplo das ações em rede, uma vez que articulam desde as três esferas do governo (municipal, estadual e federal), até os três poderes de administração do governo (executivo, legislativo e judiciário), o Ministério Público, entre outros. (IDEM).

De acordo com Aquino (2004), na busca da efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes com absoluta prioridade, por se tratar de uma parcela da população em estágio de desenvolvimento, busca-se agrupar, nesse sentido, esforços que envolvem a família, o poder público e a sociedade como um todo.

O autor aponta que a integração desses grupos em prol dos interesses das crianças e adolescentes é traduzida no ECA, com destaque para três características importantes: primeiro sua abrangência, uma vez que incorpora tanto os direitos universais de todas as crianças e adolescentes brasileiros quanto a proteção especial a que fazem jus aqueles que forem ameaçados ou violados em seus direitos.

Depois, seu destaque se dá no âmbito organizacional, através desse sistema, há a junção interdependente de um conjunto de atores, instrumentos e espaços institucionais em geral que contam com seus papéis e atribuições definidos no estatuto. Por fim, a nova proposta de gestão, pautada nos princípios da descentralização político-administrativa e da participação social.

Segundo Ribeiro (2011) a partir dos estudos de Dhnet (2011) o trabalho em rede possibilita uma nova experiência de convívio político pautada na horizontalidade, descentralização e desconcentração de poder. Ressaltando que essa nova estrutura contribui para romper com o modelo tradicional, centralizador, de poder hierárquico, tendo como pressuposto de que as características do trabalho em rede são a cooperação, a articulação e circulação de informação e a horizontalidade.

De acordo com Ribeiro (2011), trabalhar para o combate ao abuso e exploração sexual requer um grande esforço coletivo em rede, a fim de se alcançar a eficácia das ações necessárias para o cessar da violência, a punição aos agressores e a proteção das vítimas. Tendo em vista que a exploração sexual na forma de tráfico, prostituição e pedofilia na internet se organizam em rede.

Diante disso, emerge a necessidade de um aparato organizacional que consiga envolver os principais aspectos necessários ao combate à violência. Para Aquino (2004), a expressão “sistemas de garantias de direitos” denota a necessidade da ação conjunta de todos os componentes desse sistema, com destaque para três frentes fundamentais, quais sejam:

promoção, defesa e controle das ações. E para se alcançar os anseios envoltos à garantia dos direitos conquistados no âmbito normativo, faz-se necessário a interlocução dos atores responsáveis em conformidade com os diferentes contextos em que se atua.

No processo de promoção de direitos legalmente conquistados, destacam-se os órgãos e serviços governamentais e não-governamentais que atuam na ampliação e aperfeiçoamento da qualidade desses direitos, o que se faz essencialmente por meio da formulação e execução de políticas públicas.

Quanto à defesa desses direitos, entram em voga os órgãos e instituições que buscam assegurar o cumprimento, permitindo a responsabilização, tanto civil como criminal e administrativa da família, do Estado e do poder público de acordo com a circunstância. No que tange ao controle social, entram em pauta as articulações em geral em prol do respeito aos direitos instituídos através de conselhos de direitos e setores organizados da sociedade em geral. (Aquino, 2004).

Os profissionais da área da saúde comprometidos com a promoção da saúde da população e preocupados com a garantia dos direitos da criança e adolescente, muitas vezes, têm dúvidas quanto à maneira correta de agir até mesmo quando esses trabalham diretamente com as vítimas de violência sexual.

O estabelecimento de normas técnicas e de rotinas de procedimento para orientação desses profissionais torna-se, portanto, um instrumento necessário para apoiá-los no diagnóstico, registro e notificação dos casos de violência e para implantação de medidas de proteção às vítimas e de apoio as suas famílias.

Para uma atuação eficaz dos serviços que atendem especificamente casos de violência sexual contra crianças e adolescentes e para que alcancem os objetivos propostos, devem estar atentos, primeiramente, ao Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e adolescentes.

Além desta importante observação, segundo Fuziwara e Favero (2011) para uma efetiva atuação frente a essa demanda, deve-se levar em consideração num primeiro momento, alguns pontos, a saber: a doutrina da proteção integral estabelecida pelo ECA, a existência de instituições devidamente preparadas e saberes interdisciplinares e transdisciplinares que superem a perspectiva autoritária ainda vigente. Adotar as ações e direções preconizadas pelo referido Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e adolescentes para uma ação mais comprometida é um procedimento primordial.

Assim, trabalhar em rede, principalmente no combate ao fenômeno do abuso e exploração sexual, requer um olhar atento ao papel de cada instituição, presente na rede de proteção, assim como as necessárias conexões entre elas, com vistas a alcançar os objetivos e diretrizes propostas no Plano de Enfrentamento e as demais normas supracitadas.

Tratar a violência sexual no âmbito da saúde é um dos maiores desafios dentro deste processo de constituição da promoção integral aos direitos da criança e do adolescente. Dentro do atendimento em rede, a saúde consiste no item de prioridade em face aos riscos em que estão submetidos os vitimizados, sendo necessário o primeiro atendimento nas primeiras 72h para a profilaxia das DST's e AIDS.

Todavia, para analisar o atendimento em saúde das vítimas é necessário conhecer o cenário da rede de proteção no qual se inserem. De acordo com o relatório do PAIR de 2012 para o município de Manaus, que teve por finalidade o mapeamento das redes locais em atenção aos direitos de crianças e adolescentes, permitiu-nos obtermos parâmetros gerais de como se configura e como está estruturada a rede de proteção atualmente.

Sendo Manaus a capital do Estado do Amazonas, é a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia com uma estimativa de 2.020.301 de habitantes de acordo com o

IBGE/2014, com uma área territorial de 11.401,092 km², e uma densidade demográfica de 158,06 hab/km². Classificada como sexta economia do país, entretanto possui um dos piores índices de desenvolvimento humano (IDH) entre as capitais brasileiras com 0,737 pontos, ficando na 23^o colocação entre as capitais estaduais do país.

O Projeto de Lei n.º 406/ 2009 de 14 de outubro de 2009 informa que na cidade de Manaus existem 63 bairros oficiais de acordo com os dados da ARSAM (Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Amazonas). Oficializou também a criação dos bairros Nova Cidade, Cidade de Deus, Novo Aleixo, Gilberto Mestrinho, Lago Azul, Tarumã Açu e Distrito Industrial II, divididos em seis zonas: sul, centro-sul, oeste, centro-oeste, leste e norte.

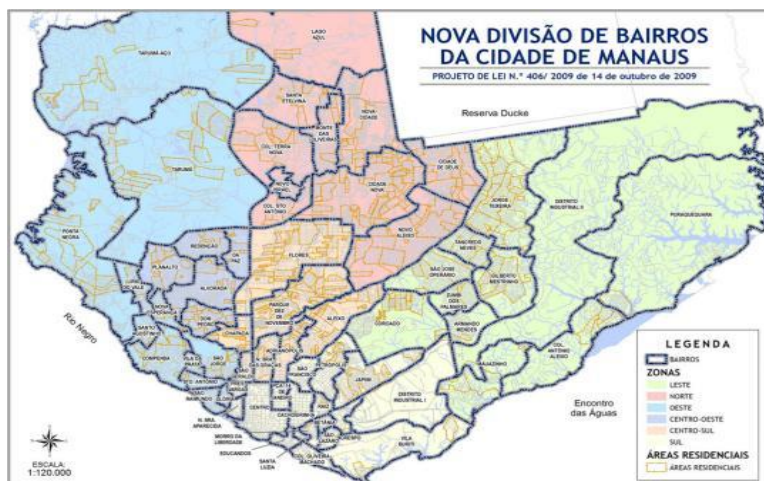


Figura 01 - Mapa da cidade de Manaus de acordo com a nova divisão por bairros
FONTE: Relatório do PAIR/2012.

Distribuídos em todas as zonas da cidade estão às instituições componentes do sistema de proteção integral do município que serão elencadas de acordo com os eixos estratégicos orientados no Plano Nacional de enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no relatório PAIR/2012. Este relatório apresenta um panorama geral das principais instituições governamentais e não-governamentais que compõem a rede:

ÁREA	INSTITUIÇÃO/PROGRAMA/SERVIÇO
MOBILIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA
	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDCA
	Secretaria de Turismo do Estado – AMAZONASTUR
	Fundação Municipal de Eventos e Turismo – MANAUSTUR
	Sindicato dos Empregadores em Turismo e Hospitalidade do Estado do Amazonas – SINETHEAM
DEFESA E RESPONSABILIZAÇÃO	Conselho Tutelar
	Ministério Público Estadual – Procuradoria de Justiça junto ao Juizado da Infância e Juventude 27ª e 28ª
	Superintendência Polícia Federal no Amazonas
	Ministério Público do Trabalho – Procuradoria Regional do Trabalho 11ª Região
	Delegacia Especializada em Proteção à Criança e Adolescente – DEPCA
	Delegacia Especializada em Crimes contra a Mulher
	Polícia Rodoviária Federal
	Capitania dos Portos da Amazônia Ocidental
	Comando de Policiamento Metropolitano – PMAM
	Secretaria de Estado da Justiça e Direitos Humanos – SEJUS
	Secretaria de Segurança Pública – SSP
	Instituto Médico Legal – IML
	Juizado da Infância e Juventude Cível
	Juizado da Infância e Juventude Infracional
Vara Especializada em Crimes Contra a Criança, Adolescente e Idoso	
ATENDIMENTO E PREVENÇÃO	Secretaria do Estado de Educação do Amazonas – SEDUC - Coordenação Distrital
	Secretaria Municipal de Educação – SEMED - Divisão Regional
	Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM
	Instituto da Mulher Dona Lindú (SAVVIS)
	Maternidade Ana Braga (SAVVIS)
	Hospital Francisca Mendes (SAVAS)
	Fundação Alfredo da Mata (Ambulatório DST's)
	Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA
	Fundação de Vigilância em Saúde
	Maternidade Municipal Dr. Moura Tapajóz (SAVVIS)
	Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos – SEMASDH
	Centro de Referência de Assistência Social – CRAS
	Serviço de Acolhimento Institucional de Emergência – SAIE
	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI
	PROJOVEM ADOLESCENTE
	Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS
	Secretaria de Estado da Assistência Social e Cidadania – SEAS
	Departamento de Proteção Social Especial – DPSE
Projeto Ame a Vida	
	Secretaria de Estado da Juventude e Desportos e Lazer - SEJEL
	SEJUS – Departamento de Direitos Humanos
	SEJUS – Departamento de Políticas sobre Drogas
	Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência – PROERD

COMUNIDADE	Associação Comunitária de Amigos do Bairro Colônia Santo Antônio
	Associação dos Moradores da Comunidade dos Franceses
	Associação de Moradores do Bairro da Betânia
	Associação Comunitária Núcleo 21
	Comunidade Lagoa Verde
	Associação dos Moradores e Amigos do Bairro da Chapada
ANÁLISE DA SITUAÇÃO	Universidade Federal do Amazonas – UFAM
	Univerdade Estadual do Amazonas – UEA
	Centro Universitário do Norte – Laureatte Internacional
	Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS
PROTAGONISMO JUVENIL	Programa Galera Nota 10
	Centro de Formação Vida Alegre
	Sociedade Espírita de Assistência Nosso Lar
	Programa Formando Cidadão
	PROJOVEM ADOLESCENTE
	Programa de Redução da Violência e Uso de Narcóticos e Entorpecentes – PREVINE
	PROERD
	CEDECA PÉ NA TABA
	Lar Fabiano de Cristo
	Aldeias SOS Infantil Amazonas
	Instituto de Assistência a Criança e Adolescente Santo Antônio – IACAS
	Projeto Ame a Vida
	Casa Mamãe Margarida
	Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - CEDECA Pé na Taba

QUADRO 02 - Principais instituições componentes da Rede de Proteção do Município de Manaus
 FONTE: Relatório PAIR/2012.

Trata-se de um quando produzido pelo PAIR utilizando os eixos discriminados pelo Plano Nacional de Enfrentamento, a partir dos quais foram inseridas todas as instituições de modo geral, programas, os projetos, secretarias, sindicatos, conselhos e etc, alocadas dentro do seu eixo correspondente.

Não que seja uma rede diferenciada, contudo, as instituições que compõem o atendimento em saúde das vítimas de violência sexual são geralmente as mesmas e receberam uma maior atenção. Trata-se de um recorte utilizado pelo SAVVIS, é mais simples e vamos ater a ele por compor o nosso objeto de estudo.



Quadro 03 - Rede de Atendimento em Saúde
 FONTE: Arquivos SAVVIS

Assim está estruturada a rede de atendimento às vítimas de violência sexual em saúde centrada no SAVVIS, com ações de referência e contrarreferência representada principalmente pelos órgãos e instituições apresentadas na figura acima.

Iniciamos mapeando as unidades dos Conselhos Tutelares no município. Os mesmos compõem um dos principais atores na rede de proteção em saúde principalmente pela obrigatoriedade de notificação estipulada pelo ECA. Em Manaus estão assim distribuídos:

Zona	Bairro
Centro-Oeste	Conjunto Juruá – Bairro Planalto
Centro-Sul	Aleixo
Leste I	São José I
Leste II	Jorge Teixeira, 1ª Etapa
Norte	Cidade Nova I
Oeste	São Jorge
Rural	São Geraldo
Sul I	Cachoeirinha
Sul II	São Lázaro

Quadro 04 - Conselhos Tutelares de Manaus

FONTE: <http://sistemas.tjam.jus.br/coij/>

Os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) consistem em unidades públicas de base territorial, em um total de 1.000 famílias/ano, deve-se estar localizado em áreas de vulnerabilidade social, voltado para o desenvolvimento de ações nos serviços de proteção social básica, com o objetivo de organizar e coordenar a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. Sua equipe deverá realizar ações socioeducativas com a população de sua área de abrangência, articulando com a rede de proteção social para garantir os direitos de cidadania. Realiza o mapeamento e a organização da rede socioassistencial de proteção básica em busca de promover a inserção das famílias nos serviços oferecidos pela rede (PNAS, 2004).

A proteção social especial estipulada na PNAS é a modalidade destinada a famílias em situação de risco pessoal ou social, também, o perfil como de crianças, adolescentes e idosos que tiveram seus direitos violados e/ ou ameaçados tornando a convivência familiar

prejudicial “por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócioeducativa, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras” (PNAS, 2004, p.37).

Diferente dos CRAS, a PNAS não determina quantidade de CREAS por habitante, enfatiza, contudo, que os municípios de grande porte e as metrópoles devem possuir uma rede socioassistencial mais complexa e diversificada, com uma rede de proteção básica, além de uma rede de proteção especial bem ampla nos níveis de média e alta complexidade. Contudo, segundo informações do site do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), as implantações do CREAS devem seguir as seguintes orientações:

Porte do Município	Número de habitantes	Parâmetros de referência
Pequeno Porte I	Até 20.000	Cobertura de atendimento em CREAS Regional; ou Implantação de 01 CREAS, quando a demanda local justificar.
Pequeno Porte II	De 20.001 a 50.000	Implantação de pelo menos 01 CREAS.
Médio Porte	De 50.001 a 100.000	Implantação de pelo menos 01 CREAS.
Grande Porte, Metrópoles e DF	A partir de 100.001.	Implantação de 01 CREAS a cada 200.000 habitantes.

Quadro 05: Quantos CREAS podem ser implantados em cada município?

FONTE: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse> protecao-social-especial/creas-centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social/creas-implantacao

Vale ressaltar as determinações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) quando afirma que os CREAS devem ser implantados em localidades centrais, de grande circulação e facilidade de acesso.

No quantitativo, de acordo com o quadro supracitado, levando em consideração a população da cidade de Manaus, deve haver no mínimo 10 CREAS distribuídos dentre as zonas da cidade. Diferente dessa realidade, contamos atualmente com 03 CREAS localizados nos Bairro Cidade Nova, Nossa Senhora das Graças; e o CREAS População de Rua situado no bairro Presidente Vargas.

Quanta à Delegacia Especializada Proteção de Crianças e Adolescentes (DEPCA) fica localizada no Conjunto Boa vista, Planalto- zona centro-oeste, e atende demanda de toda a

cidade. Como o SAVVIS constitui o polo central no atendimento a vítimas de violência sexual em saúde na cidade de Manaus. Localizado no bairro Compensa, também na zona centro-oeste da cidade, que contribui para um melhor relacionamento com a DEPCA.

Os CAIC`s(Centro de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes) são parceiros indispensáveis do SAVVIS no atendimento das crianças no acompanhamento psicológico. Os encaminhamentos são realizados de acordo com o local de residência das mesmas. São 12 assim distribuídos nas zonas da cidade de Manaus:

CAIC Paulo Xerez	Novo Israel/ zona norte
CAIC Moura Tapajóz	Monte das oliveiras/zona
CAIC Alexandre Montoril	Petrópolis/ zona sul
CAIC Crisólita Torres	Col. Oliveira Machado/zona
CAIC Edson Melo	Zumbi II/ zona Leste
CAIC Corina Batista	São José/ zona Leste
CAIC José Contente	Jorge Teixeira/Zona Leste
CAIC Alberto Carreira	Compensa I/ zona oeste
CAIC Afrânio Soares	Shangrilá - Parque 10/ zona
CAIC José Carlos Mestrinho	Alvorada II/zona centro-oeste
CAIC Rubim Sá	Planalto/ zona centro-oeste
CAIC Dr. Gilson Moreira	Mundo Novo/Zona Norte

Quadro 06 - CAI'S em Manaus.

FONTE: <http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=caic>

As policlínicas e UBS's da cidade participam do atendimento às vítimas de violência tendo o SAVVIS como referência. A parceria de contrarreferência é mínima e pontual.

Nesse sentido, o SAVVIS se apresenta como essencial na rede de proteção como centro para o atendimento em saúde e profilaxias de emergências e acompanhamento das vítimas, recebendo transferências de toda a rede.

É inegável a transformação e o crescimento do panorama da rede de proteção municipal. Contudo, a complexidade que envolve a compreensão do debate em torno da sua real funcionalidade merece destaque. Fernandez (2012) em seus estudos sobre rede de proteção classifica duas características importantes para a formação da agenda local no Estado

do Amazonas: uma foca o aparato institucional com ênfase na construção estrutural para o atendimento de crianças e adolescentes; a outra, a inserção dos autores com enfoque para a interação entre eles sem desconsiderar as condições institucionais.

A autora declara que a concepção de rede está mais para um discurso político, uma vez que reproduz a necessidade da rede de proteção, concluindo na sua real fragilidade ou até mesmo sua inexistência. Essa afirmação se faz pautada em análises das três primeiras Conferências Estaduais da Criança e do adolescente no Amazonas que traziam reiteradas propostas de construção do trabalho em rede, além de entrevistas com os atores da mesma.

Como mostra o relatório da PAIR/2012 acerca das instituições que compõem a rede de proteção na cidade de Manaus podemos identificar um importante avanço no que tange o caráter estrutural da rede desde os estudos da autora.

Contudo, suas conclusões quanto à inexistência de uma discussão aprofundada entre os integrantes da rede ainda se faz muito atual, apesar das grandes mudanças na atualidade.

2.4 O SAVVIS e o Perfil do Atendimento da Equipe

De acordo com o relato da Dra Zélia Campos, coordenadora do SAVVIS, que relatou esse histórico inicial do serviço por não haver um documento interno que trouxesse detalhes desse momento, houve uma tentativa primeira de implementação do SAVVIS ainda na Maternidade Nazira Daon no final do ano de 2005. Contudo, foi tudo muito incipiente, não havia coordenação, os profissionais ainda estavam despreparados para lidar com uma temática de tal complexidade e, havia uma enorme resistência destes profissionais em aceitar o funcionamento do serviço.

Por diversas vezes, nessa fase inicial, a mesma já havia sido convidada para assumir a coordenação desse serviço, por já possuir uma visibilidade dentro da maternidade com o seu trabalho pioneiro de abortamento por sucção manual. Então, por um período considerável,

houve uma resistência da Dra Zélia para assumir esse serviço por questões que envolvem principalmente os seus conflitos éticos com o aborto legal.

Com a inauguração da Maternidade Moura Tapajóz em dezembro de 2005, já havia uma pressão do movimento municipal de mulheres e uma determinação do MS para que o então prefeito municipal, Serafim Corrêia, implantasse um serviço especializado para o atendimento de vítimas de violência sexual na instituição.

Neste período, a diretoria da MMT delegou a coordenação do planejamento familiar à Dra Zélia Campos que condicionou o seu aceite à reserva na maternidade de uma sala que para as mulheres em situação de abortamento, separando-as do pré-parto, a fim de tratá-la de forma humanizada nesse momento tão delicado no qual estão expostas.

A sala foi cedida e foi chamada de “Acolhimento 02”, esse modelo que proporcionou a separação dessas mulheres em um espaço, proporcionou uma menor exposição das mesmas e, diante do sucesso alcançado foi amplamente copiado nas maternidades do Município de Manaus e em várias cidades pelo país.

Como condicionante à reserva dessa sala, a direção solicitou que além de assumir a coordenação do planejamento familiar, a mesma assumisse também o SAVVIS, dando-lhe liberdade para planejar o funcionamento do serviço e a disposição das salas, reservando o corredor inicial da maternidade para isso.

Em 03 janeiro de 2006 o SAVVIS iniciou os seus atendimentos. O corredor inicial da MMT que foi reservado para tanto, possui quatro salas, sendo duas com banheiro, ficando ocupadas da seguinte forma: a do final corredor pelo planejamento familiar, a seguinte pela psicologia e ao lado a sala do SAVVIS, lugar estrategicamente escolhido primeiramente por ter banheiro, e também por está localizada em uma posição de menor visibilidade dentre as demais.

Ressaltando que, ficando ao lado da sala de psicologia, pode facilitar o atendimento dos familiares, enquanto o paciente é atendido pelos demais membros da equipe na sala do SAVVIS; na ponta do corredor ficou o Serviço Social.



Figura 02 - Localização do SAVVIS dentro da MMT

FONTE: Banco de dados do SAVVIS

Segundo o protocolo de atendimento interno (2006), o SAVVIS funciona 24h com equipe multidisciplinar. O trabalho é inter e intra-setorial, e é formada por uma equipe de funcionários plantonistas da MMT, como médicos (pediatras, ginecologista), enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos etc. O ambulatório de violência é composto por 01 ginecologista, 01 pediatra, 01 médico perito; 06 enfermeiros plantonistas 24h, 01 assistente social; 03 administrativos. O acompanhamento é feito pelo período médio de 06 meses pela equipe do ambulatório.

Contudo, no decorrer da pesquisa, observou-se uma realidade diferenciada na composição dessa equipe. Ela é composta, como padrão de rotina, por uma coordenadora, que também é a médica ginecologista do serviço, uma pediatra, que realiza atendimento ambulatorial no período vespertino, 01 médico perito, 06 enfermeiras plantonistas, 03 farmacêuticos, 04 psicólogos e 02 administrativos. Atualmente a equipe não dispõe de

assistente social, recebendo apoio em casos pontuais das profissionais da área plantonistas da maternidade.

Pesquisando o perfil dos atendimentos de crianças e adolescentes no serviço, foi utilizado o período de janeiro a julho de 2014 para estudo dos prontuários. Inicialmente, a proposta era realizar a pesquisa correspondente ao ano de 2014, no entanto, não foi autorizada tendo em vista os prontuários referentes ao segundo semestre do ano estarem envolvidos em segredo de justiça. Foram analisados 255 prontuários correspondentes ao total de atendimentos de crianças e adolescentes no período correspondente, valendo ressaltar que apenas 15 atendimentos restantes correspondiam à violência sexual de adultos, totalizando 270 atendimentos no período.

Quanto à média de idade das vítimas nesse período de atendimento é de 13 anos.

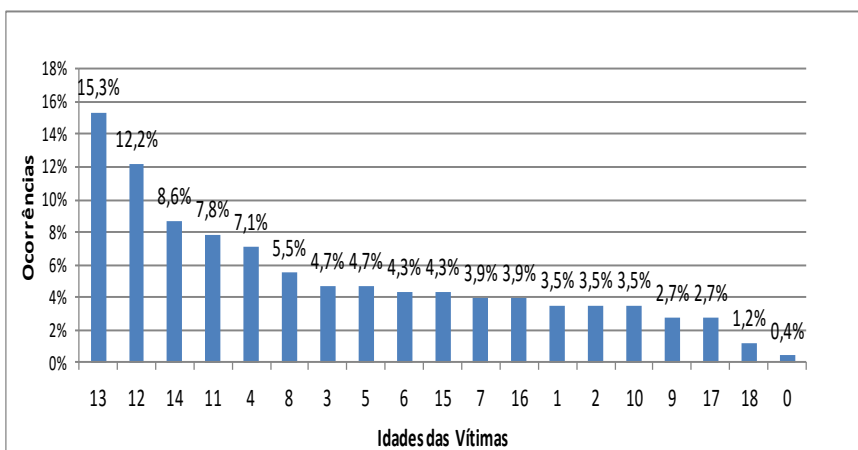


Gráfico 01- Idade das Vítimas
FONTE: Pesquisa de campo, 2015.

Para caracterizar os casos de violência sexual em crianças e adolescentes atendidas no SAVVIS, buscamos inicialmente identificar o perfil das vítimas, cujos dados revelam que são menores de 01 ano até a idade de 18 anos. Entretanto, os dados indicam que as crianças nas idades de 12 e 13 anos foram as mais violentadas sexualmente no período da investigação.

A idade de 13 anos corresponde a 15,3% dos atendimentos. Segundo vários autores que debatem a temática, como Furniss (1993), a prevalência da violência sexual em crianças e adolescentes acontece em função da sua imaturidade biopsíquica. Uma vez que é um ser humano em processo de desenvolvimento e ainda não possui condições para compreender ou mesmo evitar se sujeitar a uma relação de dominação como é o caso da violência sexual.

Observou-se que essa demanda significativa dos atendimentos pode ser justificada pelos encaminhamentos das crianças e adolescentes atendidas no Instituto da Mulher (local onde já se implantou o SAVVIS) para a Moura Tapajóz, uma vez que o SAVVIS da Moura não realiza mais o abortamento e, em contrapartida, o Instituto da Mulher encaminha as crianças e adolescentes que dão entrada por lá para o acompanhamento.

O cuidado dispensado pelos profissionais quando a vítimas está abaixo dos 18 anos de idade são devidamente comunicados ao CT como preconiza o ECA. Além do que, a equipe está preparada para esses atendimentos, com destaque para alguns profissionais que tentam, utilizando didáticas apreendidas com a experiência ou talvez por treinamentos no serviço, para minimizar ao máximo o sofrimento da vítima e dos familiares nesse momento tão delicado.

Como exemplo do supracitado, em um caso atendido durante a pesquisa de campo, o médico que realizou o primeiro atendimento da criança de 03 anos de idade, diante da situação física na qual apresentava algumas lacerações na vagina, resolveu interná-la. A criança e sua mãe, inicialmente muito assustadas, após o processo de acolhimento realizado pela equipe, teve o atendimento envolto por distrações como pendurar uma boneca no teto para distraí-la durante punção venosa e medicações.

Diante da rotina dos atendimentos de crianças e adolescentes, a equipe percebeu a grande quantidade de casos de doenças sexualmente transmissíveis o que culminou na

implantação de um projeto específico para essa demanda, com a distribuição das medicações para os tratamentos e acompanhamento ambulatorial nas terças-feiras à tarde.

Quanto aos agressores, em descontração a vários estudos nacionais que apontam o pai como maior incidência, o SAVVIS destaca o padrasto como principal agressor, seguido de desconhecidos e conhecidos da família.

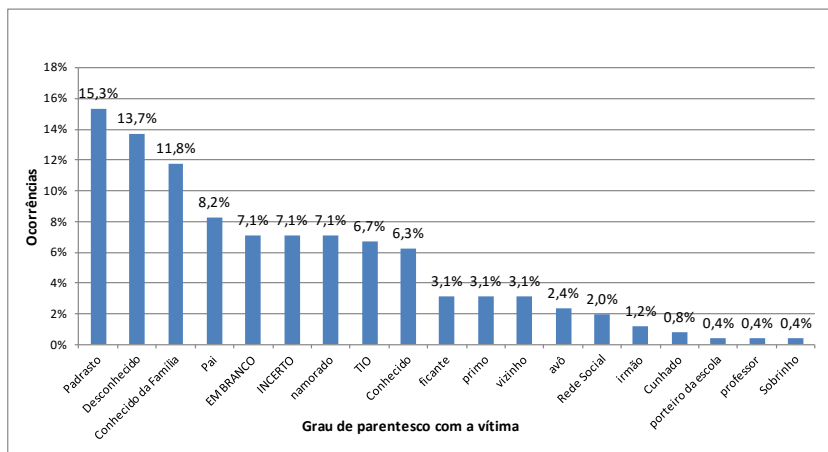


Gráfico 02- Grau de Parentesco com a Vítima
FONTE: Pesquisa de campo, 2015.

De acordo com Furniss (1993) essa proximidade com o agressor prejudica de forma substancial as vítimas, contribuindo para agravar as consequências psicológicas do ato, ocasionando danos diferenciados, que variam de acordo com a idade da criança no início do abuso, duração do abuso, a diferença de idade entre a pessoa que cometeu o abuso e a vítima, aumentando o dano quanto mais velho for o agressor, o grau de violência utilizado, e por fim, a importância da relação entre abusador e vítima, sendo potencializada as consequências quanto maior a proximidade com o agressor. Nesse sentido, o incesto ocasionam maiores danos às vítimas diante da pressão psicológica que os envolvem marcada pelo segredo.

Nesse sentido podemos inferir que essa realidade traz à tona o quão delicadas são as consequências da violência sexual, e ainda mais delicadas, quando praticadas por um membro

da família, por quem deveria proteger a criança ou o adolescente, levando a necessidade de tratar a problemática familiar também.

Nessa realidade, muitas vezes a criança é que termina sendo acusada de ter causado a desagregação familiar. Em vez de ser o adulto apontado como culpado, a criança é que termina com este sentimento de "culpa", chegando, em muitos casos, a negar o acontecimento violento, numa tentativa de suprimir essa culpa, o que proporciona a continuidade da violência.

Na pesquisa de campo, os profissionais destacaram a importância de a equipe conseguir identificar, juntamente com o CT, a situação de vulnerabilidade em que a vítima se encontra a fim de colaborar para que a justiça tome as medidas legais cabíveis.

Muitas vezes o próprio agressor é que traz a vítima para o atendimento, e em alguns casos conseguimos identificar essas situações e ajudar o CT. Em muitos casos em que o padrasto ou o pai é o agressor, a mãe sabe de tudo e por inúmeros motivos, em cada caso uma situação diferente, não denunciam, preferindo o silêncio, negando a realidade que está diante dos seus olhos. (Entrevistado 08).

Um dado novo e de acordo com a realidade social em que estamos inseridas, marcada pela globalização e o crescimento das redes sociais, traz a tona casos de violência sexual de crianças e adolescentes através destes novos meios de comunicação. Sem destacar os casos de pedofilia e tráfico de pessoas que são organizados em rede, já se visualizou que 2% dos casos atendidos no SAVVIS são de adolescentes que conheceram o agressor no *facebook* ou *whatsApp*. Nos casos relatados no serviço, a vítima era seduzida, e no primeiro encontro, violentada.

Esta discussão remonta à necessidade de se trabalhar a família, tendo em vista o perigo atual em que uma criança e um adolescente estão sujeitos nas redes sociais. Observa-se, a demanda por um trabalho socioeducativo nas comunidades com o intuito de alertá-los dessa realidade que tende a crescer com a popularização a nível mundial das redes sociais.

Outro destaque importante é referente à idade do agressor. Em sua grande maioria, os adultos prevalecem como agressores; contudo, não se deve deixar de destacar a quantidade de menores visualizados na pesquisa. Esse é um dado que não se dá a devida relevância nos estudos atuais. De acordo com os relatos dos prontuários, em sua maioria, esses menores são primos, sobrinhos, amiguinhos; enfim, crianças e adolescentes do convívio da vítima.

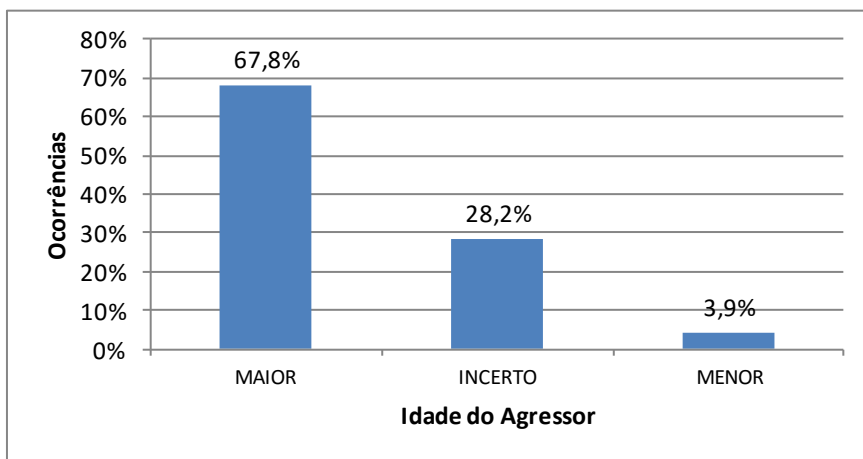


Gráfico 03 - Idade do Agressor
FONTE: Pesquisa de campo, 2015.

A grande maioria dos agressores de violência sexual são maiores de idade, porém, existe uma quantidade significativa de menores que merece destaque. Este modelo de agressão é ainda pouco explorado, quando procuramos referências na literatura com o objetivo de entender um pouco melhor sobre o assunto. Sabemos que a violência não deixa de acontecer independente de cor, raça ou gênero em todo o mundo.

Antes de tratar essa questão se faz necessário compreender que, de acordo com o debate realizado acerca dos conceitos de abuso e exploração sexual, podemos afirmar que é notificado como abuso sexual qualquer prática genital entre adultos e crianças ou adolescente, diretamente relacionado às relações de poder estabelecidas.

Quando a relação se dá entre duas crianças com idades cronologicamente semelhantes, Silvia e Lins (2013) citando Furniss (1993) afirma que nenhum dos dois se caracterizam como

abusadores, e que é inadequado utilizar o termo abuso, sendo o termo correto a utilizar “Síndrome de João e Maria”, personagens que, segundo as histórias infantis, eram duas crianças que foram postas para fora de casa pelos pais, que se perderam na floresta, e que tinham apenas a companhia, o conforto, o cuidado um do outro para sobreviver.

Os autores ainda ressaltam a partir de Furniss (1993) que o abuso sexual por irmãos quase da mesma idade, geralmente, é parte de uma síndrome geral de privação emocional, em que ambas as crianças também podem ter sido abusadas, física ou sexualmente, por figuras parentais.

O abuso de crianças da mesma idade, geralmente, é muito mais um relacionamento sexual igual em que ambas as crianças tentam dar e receber uma forma distorcida de mútua satisfação, conforto e cuidado. O abuso sexual é uma forma de cuidado emocional pervertida e confusa, em que a estimulação e excitação sexual é um pobre e triste substituto do cuidado emocional parental. (SILVIA E LINS 2013, p. 13 citando FURNISS, 1993, p. 314).

Nos relatos identificados na pesquisa, verificamos que esse tipo de relação se dá, em sua maioria, no meio familiar, entre primos, irmão e parentes próximos em geral. Neste modelo de abuso, Silvia e Lins (2013) citando Furniss (1993) concluem que a menina e o menino devem ser tratados como vítima, assumindo cada um, sua parcela de responsabilidade pelo envolvimento sexual inadequado cometido. As meninas devem se tornar capazes de lidar com qualquer comportamento sexualizado, resultante das suas confusões emocionais e sexuais.

A quantidade de agressores por ocorrência de violência sexual é outro destaque na pesquisa em pauta. Trata-se de um enfoque em alta na mídia atual, tendo em vista o crescimento considerável dos casos. A grande maioria ainda prevalece com apenas um agressor, tendo em vista a prevalência do padrasto como principal agressor e da grande quantidade de incesto. Contudo, quando a violência acontece fora do âmbito familiar, é considerável o registro de violência coletiva marcada por dois ou mais agressores.

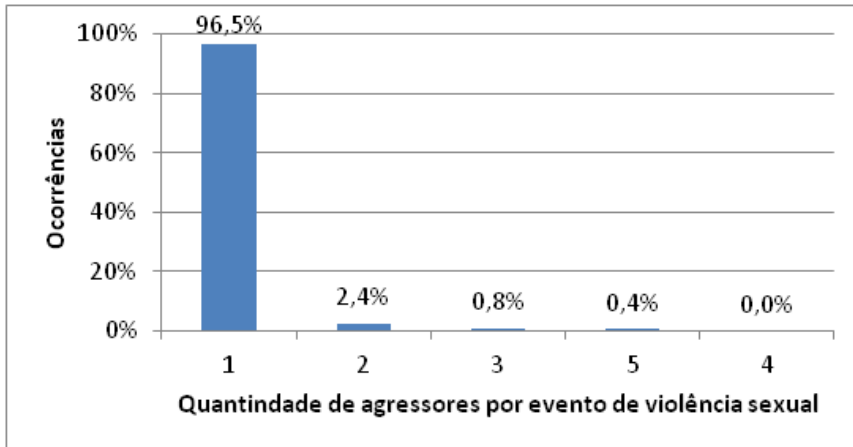


Gráfico 04 - Quantidade de agressores por evento de violência sexual.
FONTE: pesquisa de campo, 2015.

Ficou evidenciado que 96% das ocorrências realizadas por apenas 01 agressor, 2,4% por dois agressores, 0,8% por 03 e 0,4% por 05 agressores. Vale ressaltar, que são dados internos do SAVVIS que apontam a baixa expressividade dos casos que envolvem dois ou mais agressores, constatando a maior prevalência dos casos intrafamiliares. Apesar da grande expressividade dos casos intrafamiliares, essa realidade ainda é subnotificada dificultando uma visão correta dessa realidade.

De acordo com Santana (2011) esse fenômeno é dificultado pela “lei do silêncio” imposta pelo medo ao agressor, que culmina no silêncio da vítima, conquistado por meio de ameaças; o silêncio dos demais parentes não agressores, que se omitem de qualquer atitude de proteção da vítima ou de denúncia do agressor, por questões econômicas; o silêncio dos profissionais que, em nome da ética e do sigilo profissional se refugiam muitas vezes numa atitude defensiva, negando ou minimizando os efeitos da violência dificultando a denúncia; a mãe que por vezes passa por conflitos, principalmente quando constata que o abusador de sua/seu filha/filho é o seu marido ou companheiro.

Principalmente pelos aspectos apresentados, de modo geral, as pessoas têm receio de denunciar os casos de violência que presenciam, principalmente nos casos de violência

sexual, cujos autores podem se rebelarem contra seus denunciantes. Os casos notificados que correspondem a dois ou mais agressores são mais comuns nos estupros coletivos, mas também, é comum a ocorrência concomitante de abusos praticados por padrastos e tios, pai e avô, tios e primos, e assim por diante.

É importante enfatizar, porém, que é a notificação de casos que dá visibilidade ao fenômeno da violência, permitindo estabelecer uma dimensão epidemiológica do problema e criar políticas públicas para o seu enfrentamento e prevenção.

A grande ocorrência de reincidências dos casos de violência sexual se deve ao pacto de silêncio supracitado e merece uma atenção especial da equipe, pois pode ser resultante de inúmeros problemas principalmente de ordem familiar, e que necessita de uma intervenção profissional a fim de que os direitos das crianças e dos adolescentes sejam resguardados.

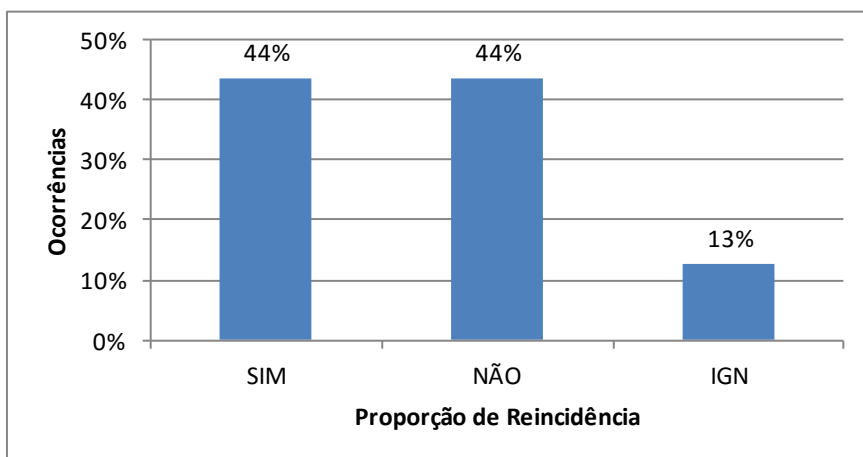


Gráfico 05 - Proporção de Reincidência
 FONTE: Pesquisa de Campo, 2015.

Na amostra estudada, não foi possível identificar um padrão rígido de repetição ou evolução dos casos de violência. Entretanto, é possível perceber certa regularidade nas ocorrências, como a repetição do mesmo tipo de violência na grande maioria dos casos, principalmente as de ordem intrafamiliar. Um acompanhamento de qualidade dessas vítimas,

com ênfase para as relações familiares, pode contribuir para identificação das causas e posterior intervenção.

Fonseca *et al* (2012) destaca algumas características que envolvem o fenômeno da reincidência. Segundo a autora trata-se de um fenômeno de repetição intergeracional, no qual os adultos que sofreram violência durante a infância tendem a repetir os comportamentos com seus próprios filhos, mediados positiva ou negativamente por certos determinantes.

As violências que se reproduzem no âmbito intrafamiliar, na maioria das vezes, sobrepõem-se e dificilmente acontecem isoladamente. Em uma dinâmica familiar na qual se detecta algum tipo de abuso, frequentemente, existe uma inter-relação que expressa múltiplas manifestações de violência. Essa característica do fenômeno deve constituir-se um importante indicador de vulnerabilidade para a violência nas famílias.

Diante disso, nota-se a importância de o SAVVIS estudar possibilidades de intervenção que possam contribuir para a diminuição dos casos reincidentes no serviço, com uma abordagem que envolva, também, aspectos preventivos.

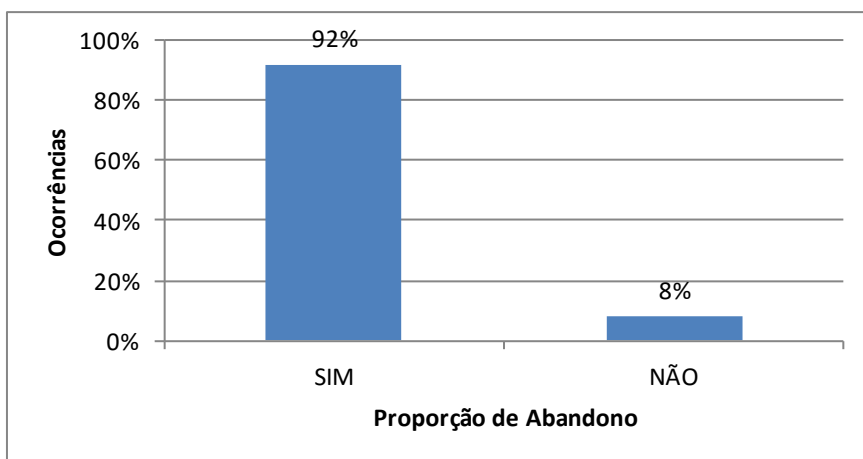


Gráfico 06 - Proporção de Abandono
FONTE: Pesquisa de Campo, 2015.

A proporção de abandono está relacionada às faltas nos retornos do acompanhamento do serviço, o que implica em um indicador importante da funcionalidade dos atendimentos

dispensados. O acompanhamento dos casos é preconizado com o tempo de seis meses; mas, muitos casos terminam antes e depois do tempo determinado de acordo com as suas particularidades.

As vítimas recebem o atendimento imediato e a equipe já marca o retorno do mesmo no cartão do SAVVIS. Nesse retorno, realiza-se exame médicos e laboratoriais complementares. No que tange ao uso de retrovirais, o *kit* é entregue semanalmente na farmácia da unidade e o não comparecimento do mesmo, não é registrado nos prontuários pelo farmacêutico. A dita “busca ativa”, acontece quando os exames apresentam alguma alteração.

Essa questão de evasão do tratamento e o não comparecimento para os exames necessários, precisa de uma atenção mais especial da equipe do serviço, tendo em vista a importância desse acompanhamento para a conclusão do tratamento e integralidade no atendimento. Vale ressaltar que, a evasão do tratamento medicamentoso inutiliza todo o trabalho dispensado no atendimento imediato, ficando a vítima vulnerável a contrair o vírus HIV.

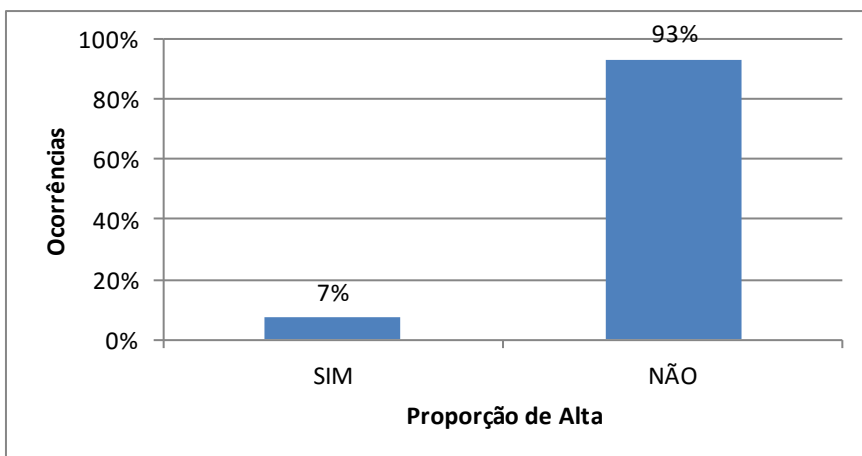


Gráfico 07: Proporção de Alta
Fonte: Pesquisa de Campo, 2015.

A alta corresponde à liberação médica da vítima de violência depois de cumpridas às várias etapas do acompanhamento. Esta variável está diretamente relacionada à proporção de abandono, correspondendo apenas 7% dos casos. Esse quadro implica em inferir que 93% dos casos atendidos no serviço não concluem a proposta de acompanhamento da equipe, comprometendo de forma contundente a visualização do sucesso dos atendimentos prestados.

No entanto, devemos considerar a questão qualitativa que envolve o processo do atendimento no serviço. Observou-se que os profissionais conseguem visualizar a fragilidade do acompanhamento das vítimas, principalmente no que tange ao tratamento com os retrovirais, falha justificada diante da falta de profissionais em quantidade suficiente para realização dos acompanhamentos.

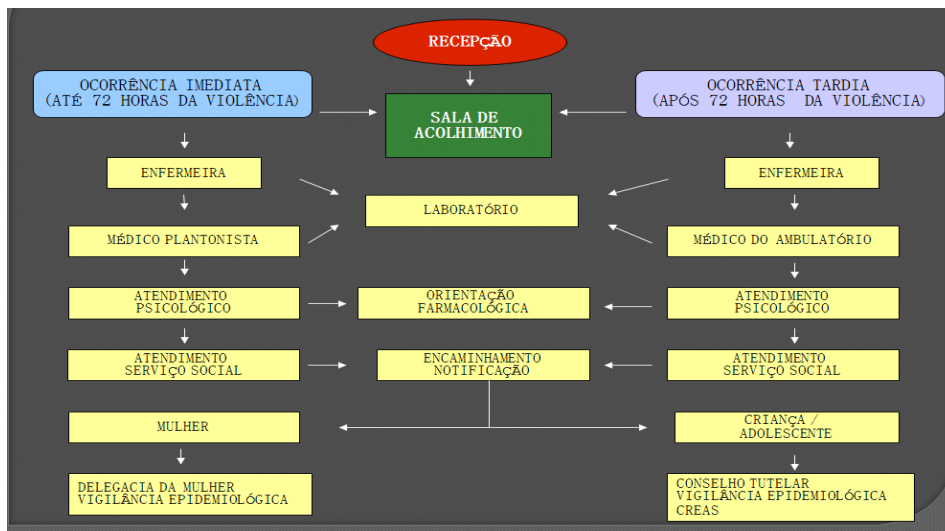
Verifica-se a existência de uma equipe qualificada e comprometida, além de possuírem um caráter propositivo diante das falhas identificadas. Existem projetos que propõem melhoras, como em relação ao tamanho da sala, aguardando o apoio das autoridades para implementação.

Outro ponto muito importante está relacionado ao apoio dos assistentes administrativos para a organização burocrática do serviço. A organização dos prontuários, lançamento no banco de dados, organização dos casos para notificação, além do apoio dispensado às respostas solicitadas pela justiça, além da mediação, em muitos casos entre os profissionais. São, portanto, primordiais para o equilíbrio do serviço.

Apesar das qualidades identificadas e por ser um serviço de extrema relevância para a população do Estado do Amazonas, diante dos dados, podemos inferir que o atendimento imediato é seu ponto forte, necessitando de uma atenção mais efetiva quanto ao acompanhamento pós-atendimento imediato e no tratamento com os retrovirais.

Se a proposta do SAVVIS consiste em atender as vítimas de violência sexual no âmbito da saúde, urge que se intervenha para que se desenvolva um serviço de qualidade que ultrapasse a importância do atendimento imediato das vítimas, no qual a criança e o adolescente sejam vistos em suas particularidades e de modo integral.

2.5 Fluxograma Descritor do SAVVIS:



Quadro 07: Fluxograma do SAVVIS
FONTE: Banco de dados do SAVVIS, 2006.

A recepção é o primeiro contato do usuário e familiar que procura o atendimento do SAVVIS na MMT. Os funcionários da recepção foram devidamente capacitados em um treinamento que contempla todos os funcionários da Maternidade. Existe uma espécie de pacto de discrição que envolve o processo de atendimento. A sala do SAVVIS é comum entre as demais; contudo, sem identificações que possam “constranger” de alguma forma o usuário.

Durante o período de quatro semanas foi observado esse fluxo de atendimento totalizando 40 casos que envolveram atendimentos ambulatoriais para o acompanhamento e os de primeira vez. Dentre os casos observados, será relatada uma breve descrição,

primeiramente de um atendimento de primeira vez, verificando sua adequação com o fluxograma disponibilizado pelo serviço e depois um caso ambulatorial.

Primeiro caso:

A vítima adentra a sala com a sua mãe como acompanhante (o acompanhamento geralmente é um familiar). Adolescente relata ter sido violentada por um desconhecido na noite anterior. O atendimento é realizado pela enfermeira plantonista que prescreve todos os exames necessários no protocolo do primeiro atendimento. Após esse primeiro passo, por ser uma quinta feira, dia do plantão do perito, a perícia foi logo solicitada.

A psicóloga foi a segunda profissional a participar do atendimento em sua sala, passando a adolescente e sua acompanhante para as devidas orientações com o farmacêutico que explica detalhadamente a necessidade da medicação e suas reações adversas. Não houve a participação do serviço social nesse atendimento. Vale ressaltar que a notificação é quase sempre realizada pelo enfermeiro plantonista, independente do profissional que realizou o atendimento.

Outro aspecto importante é o não acompanhamento do psicólogo no caso de crianças e muitas vezes de adolescentes também, realizando o encaminhamento para os CAIC's mais próximos de suas residências, no caso dos adolescentes, alguns são encaminhados para unidades de saúde para o acompanhamento.

Segundo caso:

Uma criança de mais ou menos um ano e sete meses, em companhia de sua genitora adentram a sala para um atendimento de primeira vez. Criança ativa, comunicativa, alheia a situação que vivenciava. As duas sentam nas cadeiras preparadas para recebê-las e sua mãe

começa a responder o questionário realizado pela enfermeira. Mãe relata que a criança estava apresentando “região genital com orifício maior, vermelho como se estivesse rasgado” (SIC). A enfermeira conduz o atendimento com contribuições substanciais da médica obstétrica que logo após a entrevista, que é detalhadamente relatada no prontuário, realiza o exame físico da criança.

Após a análise da criança, médica solicita os exames previstos no protocolo de atendimento. Por não ter confirmação do abuso, o atendimento foi encerrando nesse ponto. Mãe foi orientada e foi marcado retorno para novos exames físicos e nova avaliação. O serviço social e a psicologia não participaram desse atendimento.

Terceiro caso:

Adolescente de 16 anos compareceu ao SAVVIS acompanhada do pai para atendimento após as 72h do ocorrido. Segundo a adolescente, há algum tempo vinha sendo violentada pelo padrasto com quem morava, juntamente com sua mãe. Nesse atendimento a enfermeira conduziu a primeira entrevista, que em alguns momentos foi solicitado que seu pai que a acompanhava esperasse lá fora. A enfermeira solicita todos os exames do protocolo de primeiro atendimento. Foi realizado o exame físico pela médica ginecologista.

Após coleta dos exames a adolescente é encaminhada para o psicólogo que após uma longa conversa volta à sala do SAVVIS. É remarcado o seu retorno. Nesses casos que ultrapassam às 72h do momento da violência, as medicações retrovirais são dispensadas e o protocolo é aguardar resultados de exames para tratar possíveis DST's ou hepatite B.

Acerca da funcionalidade do fluxograma estabelecido pela instituição, podemos afirmar, de um modo geral, que o primeiro quadro, com o início dos atendimentos na recepção, enquadra-se nos padrões estabelecidos pelo MS. Após esse momento, as vítimas são direcionadas ao primeiro corredor da maternidade, onde se encontra a sala do SAVVIS.

No corredor, a vítima e seu acompanhante aguardam o atendimento. É uma espécie de sala de espera em que aguardam os pacientes do planejamento familiar, serviço social, psicologia e SAVVIS. Como a grande maioria dos atendimentos são voltados para crianças e adolescentes, esse momento poderia ser marcado por alguma recreação, ou atividade que tornasse essa espera menos dolorosa nos casos de acompanhamento ambulatorial.

O padrão nos atendimentos do SAVVIS são, em sua maioria, atendimentos da enfermagem, médicos e psicológicos, sendo o serviço social solicitado em casos esporádicos. Em todos os casos descritos a enfermeira realiza o primeiro atendimento; contudo, nem sempre tem médicos no setor, sendo os exames solicitados pela enfermeira plantonista.

Nos atendimentos de primeira vez, como nas demais unidades de saúde, a importância é destacada para os procedimentos médicos de emergência, principalmente quando a ocorrência se deu antes das 72hrs. Nos casos em que o enfermeiro se encontra sozinho na sala, o médico plantonista é solicitado para os exames físicos, quando a ocorrência se deu depois das 72hrs, o enfermeiro apenas solicita os exames laboratoriais.

Assim, podemos inferir que o fluxograma utilizado como padrão no serviço apresenta ainda algumas incoerências pontuais com a realidade. Com exceção do serviço social na equipe, todo o fluxo é seguido, com destaque para a importância delegada à saúde como ausência de doença (diante da prioridade ou quase atenção integral dada à prevenção de DST's e AIDS e gravidez) vale ressaltar que essa é a maior preocupação da vítima; contudo, acaba por deixar em um plano bem distante, a importância de um olhar para o conceito ampliado de saúde.

Por fim, acreditamos que apesar do SAVVIS representar uma pequena parte da rede de proteção a vítimas de violência sexual, o trabalho dispensado em saúde é prioritário e tem desempenhado um papel fundamental não apenas para as vítimas, mas também para os

profissionais e para a rede por ter um serviço deste porte como parceiro nessa tarefa de atender o complexo problema da violência sexual.

CAPÍTULO III - VIOLÊNCIA SEXUAL E O CUIDADO EM SAÚDE NO ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O SAVVIS E OS SERVIÇOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE

Tratar acerca do atendimento às vítimas de violência sexual em saúde em um serviço público requer que consideremos aspectos no trabalho da equipe que serão essenciais para um atendimento de qualidade e que produza resultados positivos naquilo que lhe é proposto. As principais categorias levantadas na análise do agir da equipe e que estão diretamente relacionadas são: o Cuidado em Saúde, a construção da interdisciplinaridade e a necessidade do atendimento dentro do princípio da integralidade. Além dessas categorias, os preceitos éticos que devem pautar um atendimento dessa natureza são de extrema relevância e receberão o devido destaque.

3.1 Trabalho, Ética e os Preceitos Legais que Norteiam o Atendimento a Vítimas de Violência Sexual.

Antes de adentrarmos diretamente na discussão do cuidado, interdisciplinaridade e integralidade em saúde, Merhy (2013) destaca a importância de compreendermos a dinâmica do trabalho e da ética, visto que se trata de uma discussão que envolve violência sexual, e da micropolítica do trabalho em saúde.

Uma vez que, apesar de todas as conquistas proporcionadas com o advento do SUS, uma mudança efetiva no modo de se fazer saúde apenas se concretiza diante do trabalho coletivo dos trabalhadores de saúde objetivando modificações no dia-a-dia no modo de se operar esse trabalho, levando em consideração as relações de poder que circundam o agir profissional no cotidiano.

Além dessas ponderações, a importância de um agir profissional alicerçado na ética é primordial, dentro dos pressupostos éticos e legais que permeiam o atendimento a vítimas de violência sexual.

Inicialmente, o autor realiza um debate acerca do trabalho vivo em ato. Para compreender o trabalho vivo em ato e o trabalho morto descrito, o autor faz referência aos estudos de Marx sobre os conceitos de trabalho numa perspectiva teleológica. A partir destes conceitos, foi realizada uma breve discussão a fim de fundamentar o debate para a compreensão da ética e da micropolítica.

Methy (2013) inicia seus estudos realizado o famoso comparativo entre o trabalho da abelha e do um arquiteto na construção de uma moradia. Enquanto a abelha constrói sua colmeia utilizando uma espécie de código que é invariável e que culmina sempre no mesmo resultado. O arquiteto, antes de construir um prédio, por exemplo, já tem tudo pensado e construído mentalmente. Essa capacidade de pensar e planejar o agir que é característica do homem, que Marx chama de teleologia. O homem, diferente da abelha, não tem um código fixo e nem os materiais são os mesmos, enquanto as abelhas utilizam sempre o mesmo material, o homem utiliza o material que está de acordo com os seus interesses.

Outra ilustração utilizada por Methy (2013) é sobre o trabalho do artesão-marceneiro. Essa ilustração é utilizada para melhor exemplificar em que se constitui o trabalho vivo em ato e o trabalho morto.

No trabalho do artesão-marceneiro, quando se possui toda a matéria prima necessária para a produção de uma cadeira, por exemplo, uma parte desse trabalho esta sempre presente como a matéria prima e as ferramentas utilizadas. Contudo, existe uma particularidade no modo de organizar e produzir esse objeto que se constitui na qualificação do artesão-marceneiro, na sua sabedoria, seu saber fazer que o autor denomina de trabalho vivo em ato.

Os meios utilizados para a construção do objeto, como a matéria prima, chamaram-se de trabalho morto nesse processo.

Conhecer esses conceitos é primordial para a continuidade da discussão, tendo em vista a utilização de alguns termos no decorrer da obra de Merhy. A partir da compreensão do trabalho vivo em ato e do trabalho morto, dá-se para adentrarmos na discussão acerca da micropolítica do poder.

A micropolítica abordada por Merhy (2013) refere-se ao arranjo organizacional composto por um organograma da instituição, mas também, reconhecendo que a vida produtiva se organiza pelas relações através das quais são formadas linhas de fluxos horizontais dentro destas organizações.

O autor propõe a construção de redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde através de uma espécie de sistemas abertos a fim de produzir um meio/ determinado espaço onde cada profissional seria inserido, tendo nesse processo, a hegemonia do trabalho vivo. Merhy (2013) afirma que existe uma multiplicidade de redes nos serviços de saúde que operam entre si com muitas conexões, e abrem múltiplas direções. Essa rede utiliza o trabalho vivo como formador destes fluxos:

(...) O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde (MERHY, 2013, P. 228).

O trabalho vivo em ato, dentro dessa micropolítica, é autogovernável. Essa afirmação revela que os profissionais não devem se prender a rigidez do organograma de organização das instituições, deve-se utilizar sua criatividade para criar linhas de fuga que lhes proporcionem melhores relações com a equipe de trabalho, a instituição e por fim os usuários.

Destaca-se o grau de autonomia que os trabalhadores na área da saúde possuem no processo de trabalho, enfatizando a singularidade do profissional pautada no modo específico de cada ser conforme as representações simbólicas que definem o modo de agir em um dado tempo e espaço. (MARHY,2013).

Para o autor o conceito de autogestão está associado a outro, o de autoanálise. Essa associação significa que o processo de autoconhecimento, compreender melhor os seus medos e desejos, coloca o sujeito em uma situação de melhor condição de intervir na realidade em busca de realizar os seus desejos e na construção de serviços que estabeleçam vínculos com os usuários.

Neste contexto, buscando apreender a discussão realizada pelo autor, podemos inferir que é importante compreender que existe uma rede horizontal operante na micropolítica do processo de trabalho em saúde, rede formalizada a partir do trabalho vivo em ato. Dentro da micropolítica, o profissional possui uma autogestão no agir profissional que é melhor aproveitado quando associado ao conceito de autoanálise, tendo em visto que o autoconhecimento propicia uma melhor qualificação para construir um trabalho que possa proporcionar um acolhimento e contribuir para a construção de vínculos com o usuário

A compreensão da ética está diretamente relacionada ao entendimento do conceito de trabalho tendo em vista sua centralidade ontológica na vida do homem como afirma Barroco (2010) citando Lukács quando diz que o trabalho é, antes de qualquer consideração, o ponto de partida para a humanização do homem, seu refinamento e o seu domínio próprio.

De acordo com Barroco (2010) para apreender os fundamentos da ética é necessário buscar o momento de surgimento do ser social, na sua história e suas formas de ser como categorias objetivas, ou seja, sócio-históricas. De acordo com a autora, quando compreendida como modo de ser socialmente determinado, a ética emerge no processo de autoconstrução do ser social. Neste sentido, compreende-se que esse ser social e suas capacidades são

construídos por ele no seu processo de humanização, através desse viés, o homem é resultado de sua história, produto de si mesmo, excluindo o que transcenda a isso.

Barroco (2010) realiza um estudo da ética a partir das obras de Marx sobre trabalho. A autora afirma que embora o ser social seja impensável sem a natureza, o início do seu processo de autoconstrução como ser específico se dá a partir de um salto ontológico que assinala o momento desta diferenciação diante da natureza, marcada pelas mediações que estabelecem, respondendo de forma consciente e criativa, tendo em vista que é universal e livre sendo capaz de produzir sem utilizar o físico, evoluindo, neste sentido, sua autoconsciência.

Outro ponto importante que Barroco (2010) trouxe dos estudos de Marx é a respeito da sociabilidade como constitutiva da gênese do ser social. A sociabilidade é vista como um traço que envolve todas as atividades do indivíduo com ênfase para a sua relação com o outro, relação chamada de reciprocidade social, sendo expressa no fato ontológico que o homem só é constituído como tal em sua relação com o outro. Assim, constituir-se socialmente significa dominar a natureza, criando novas alternativas e transformando os sentidos humanos, dando à devida importância a consciência no trabalho e na *práxis* humana, subtraindo o pensamento de que sua intenção prática não implica subjetividade.

Outro ponto importante nessa discussão da autora diz respeito ao duplo movimento que o trabalho, como *práxis*, realiza: por exigir a capacidade teleológica do sujeito, cria uma realidade nova e objetiva, sendo o produto do trabalho constituinte da objetivação do sujeito que durante o processo, modifica-se e pode se autoconhecer como sujeito de sua obra. Contudo, o produto passa a ter uma existência que independe do sujeito que o criou, mas não da *práxis* da humanidade, visto que é resultante do acúmulo de conhecimento e da prática social do homem.

Com o desenvolvimento da *práxis*, pode-se perceber a ampliação das capacidades humanas, uma vez que se refere à totalidade das objetivações do ser social constituída e constituinte. Outras formas de *práxis* citadas pela autora seria a arte, a filosofia e as praticas religiosas como práticas sociais conscientes, nas quais os objetos de intervenção do homem é o próprio homem. Nesse sentido, a capacidade do ser social se objetivar como um ser ético emerge das capacidades humanas desenvolvidas pela *práxis*.

Historicamente foi construído pelos homens um conjunto de modos de ser éticos morais a partir de determinado estágio de organização do trabalho e da vida social que são denominadas objetivações ético-morais advindos de polos como o sujeito ético-moral, o conhecimento ético, a moral em si e a *práxis* ético política (BARROCO, 2010).

Nesse prisma, o sujeito ético-moral responde por seus atos em termos morais, uma vez que a moral supõe o respeito ao outro e agir conscientemente significa ser capaz de discernir entre valores e ter responsabilidade em relação ao resultado das ações. Assim, consciência é uma exigência mínima nas deliberações e escolhas de valor. Além da consciência, Barroco (2010) destaca a liberdade como aspecto central na prática dos indivíduos e para todas as realizações ético-morais, visto que as capacidades humanas desencadeadas pela *práxis* como a liberdade, consciência, sociabilidade e universalidade fundamentam as realizações ético-morais.

Toda essa reflexão acerca da ética nos estudos de Barroco a partir das teorias marxistas gera a indagação acerca da sua viabilidade prática na sociedade burguesa atual. Barroco (2010) afirma que o homem determina o destino da humanidade e a ética desempenha uma função mediadora nesse processo. Essa ética busca orientar uma reflexão diante da liberdade do homem para emancipação, o que somente será possível em outra estrutura social que possa considerar valores e uma nova ética.

Compreender a ética profissional no tratar cotidiano com as pessoas requer que consigamos refletir acerca da complexidade que envolve a temática. O trabalho profissional com vítimas de violência sexual requer uma postura ética, principalmente no que tange ao sigilo profissional, tendo em vista a gravidade que envolve uma situação de violência. Neste prisma, todos os profissionais integrantes da equipe multidisciplinar que compõe o SAVVIS, estão respaldados por seus respectivos códigos de ética profissional quanto aos seus direitos e deveres e as vedações necessárias para uma conduta ética.

O trabalho com vítimas de violência sexual requer uma atenção especial quando o tema é aborto legal. A gravidez, dentre as consequências da violência sexual, destaca-se pelas complexidades das reações psicológicas, sociais e biológicas que culmina.

De acordo com o Decreto-Lei n 2.848, de 07 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. O MS (2011) esclarece sobre a importância da prevenção da gravidez como prioridade para os profissionais de saúde. Contudo, deve ser garantido o acesso a informações, ao abortamento legal, em atenção especializada no caso de complicações derivadas do aborto. Assim como, devem ser esclarecidas dos direitos e da possibilidade de manterem a gestação até seu término, com as possibilidades de escolha entre permanecer com a criança após o nascimento ou proceder com os mecanismos legais de adoção.

Vale ressaltar, de acordo com o MS (2011), o CP não exige qualquer documento para a prática do abortamento, a palavra da mulher que afirme ter sofrido a violência sexual, deve ter credibilidade e ética, devendo ser recebido com presunção de veracidade. Nesse sentido, o CP também respalda no seu artigo 20 como isento de pena, o profissional que, nestas circunstâncias, realizar o procedimento. Entretanto, não há indicação para a interrupção da

gravidez após 20 semanas de idade gestacional, devendo-se orientar quanto as possibilidades e o pré-natal especializado.

O SAVVIS realizou o abortamento legal até o ano de 2013, quando o procedimento centrou-se no Instituto da Mulher. A partir de então, a equipe recebe a demanda, orienta, e realiza o encaminhamento, conforme afirma a equipe.

Não é uma rotina enviarmos o paciente para o aborto sem uma avaliação prévia, primeiro fazemos a avaliação para depois encaminharmos para o Instituto da Mulher. Paramos de realizar esse procedimento, principalmente, pela falta de pessoal. A questão do aborto legal é muito complicada porque quando internava um paciente acontecia que eu tinha que me responsabilizar porque os plantonistas acabavam deixando para o outro plantão e assim a acolhida não era como almejávamos. Não é que fosse uma má acolhida, mas os plantonistas tratavam os casos como um “caso qualquer” e isso ficava muito estressante pra mim. Então eu exigi que tivesse uma pessoa diretamente responsável por isso. Esse assunto sempre foi muito estressante desde o processo de avaliação, quando vinham os familiares divididos, uns contra e outros a favor, e o profissional tem que lidar com essa situação como mediador para que entrem em um consenso. Eu cheguei a um ponto que não quero mais trabalhar com isso, se depender disso pra eu trabalhar com vítimas de violência sexual, eu não trabalho mais. (Entrevistado 06).

Fica evidente que as questões éticas interferem diretamente no andamento do serviço no que tange a realização do abortamento no serviço. Os profissionais que não estão oficialmente escalados no SAVVIS não se veem como responsáveis pelo atendimento das vítimas de violência. De acordo com a equipe, este é um problema interno que acompanha o serviço desde sua implantação, os profissionais escalados para a equipe, antes da entrada da enfermagem como plantão, sentiam muita dificuldade com os médicos quando precisavam de atendimento.

De acordo com o MS (2011) todas as unidades voltadas para a saúde da mulher devem ter um profissional que não possui conflitos para os casos de aborto legal. No caso do SAVVIS, a equipe realiza a avaliação da demanda que surge, o acolhimento inicial, encaminhando para realização do procedimento.

A gente faz todo o protocolo do primeiro atendimento, não o específico do aborto, mas o protocolo inicial, todas as orientações quanto aos direitos. Damos uma semana para retornarem porque sabemos que essa decisão não deve ser tomada de forma impulsiva, tem várias questões que podem influenciar nessa escolha e nós

temos que respeitar, colocando todos os direitos, todas as possibilidades, daí sim fazemos o encaminhamento (Entrevistado 07).

Podemos inferir que os conflitos éticos são fatores presentes quando o tema é violência sexual, com ênfase para debate estabelecido em torno do aborto legal, exigindo uma atenção especial das instituições que abordam essa temática, com o intuito de respeitar os direitos adquiridos por meios legais independente dos conflitos éticos pessoais do profissional. Destaca-se, que os códigos de ética profissional, principalmente quando se trata dos ditos “profissionais liberais”, dão a devida ênfase quando ao respeito à privacidade do outro e ao sigilo profissional.

3.2 O Cuidado em Saúde, a Construção da Interdisciplinaridade e o Princípio da Integralidade no Atendimento.

Quanto à abordagem acerca do cuidado em saúde, sua compreensão surge com o advento do SUS e das políticas de saúde no Brasil, que, apesar de contribuírem para a evolução da saúde introduziram, também, um modo de produzir saúde centrada no que Merhy (2013) chama de tecnologias pesadas. As tecnologias pesadas segundo Merhy (2013) consistem em um modelo pautado em uma organização do trabalho centrada na consulta médica, sendo o saber médico estruturante do trabalho de outros profissionais.

Às tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura (estrutura, e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado. (MERHY, 2013 *apud* MERHY 1997).

Nesse sentido, nos processos de trabalho em saúde, além das várias ferramentas e máquinas utilizadas para intervenção como o aparelho de raio-x, por exemplo, mobiliza-se saberes profissionais bem estruturados

Contudo, a necessidade de construção de uma nova maneira de se produzir saúde não é recente. A proposta de muitos estudiosos sempre esteve pautada no novo conceito ampliado de saúde defendido nas legislações do SUS, tentando construir um agir que procurasse enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde. Tal mudança tiraria a centralidade dos atendimentos do médico e passaria para o usuário.

Para iniciar essa discussão, Merhy (2013) destaca a importância de compreendermos que o conjunto dos trabalhos em saúde produzem “atos em saúde”, que são construídos em um processo de relações entre duas pessoas, operando um jogo de expectativas e produções como, por exemplo, momentos de comunicações com a produção de acolhida e a satisfação das expectativas que essas pessoas colocam nesse encontro. O autor ressalta que essas relações produzem qualidade no sistema e resultados satisfatórios, quando conseguem atingir de forma efetiva as relações do cuidado, como: maior defesa da vida do usuário, do risco de adoecer, gerar autonomia do usuário com o seu modo de estar no mundo.

Merhy (2013) afirma que todos os trabalhadores em saúde fazem clínica. Realizar clínica seria o ponto principal no qual operam as tecnologias leves, servindo como articuladoras das demais configurações tecnológicas. E em que se baseia o autor para realizar essa afirmação?

Primeiramente o autor justifica que, ao procurar uma unidade de saúde, o usuário tem interesse por um espaço de acolhimento, responsabilização e vínculo. Depois, pautado no entendimento de que a clínica vai além de trabalhar as disfunções biológicas, mas também, um espaço no qual coexistem relações e intervenções de modo partilhado entre os trabalhadores de saúde, cada um dentro do seu modo tecnológico de agir. Valendo ressaltar, que um espaço pautado nas relações fica impossibilitado sem um trabalho clinicamente implicado.

E como produzir um trabalho centrado nos usuários? Antes de responder a essa questão, deve-se ressaltar a importância das tecnologias leves no interior do sistema de saúde. Baseado em algumas constatações no dia-a-dia do trabalho como a busca dos usuários de soluções para os seus problemas, busca essa, pautada numa relação de confiança, através da qual o usuário seja posto como centro do atendimento.

Outro destaque dá-se diante da análise dos parâmetros utilizados para se avaliar ou analisar um modelo assistencial, sendo, em sua grande maioria, voltados para a compreensão de como a tecnologia leve opera nos sistemas de saúde, as mediações que realiza, buscando resoluções para os problemas identificados e a conquista de autonomias.

Para transformar o usuário no centro do atendimento do trabalho em saúde como proposto em detrimento da estrutura atual centrada no atendimento médico, Merhy (2013) propõe transformar o saber médico, subordinando-o à lógica das tecnologias leves. Essa mudança:

[...] passa pelo reordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras, mediadas pelas leves-duras, e considerando que o território das tecnologias leves na é campo específico de nenhum profissional, mas base para a atuação de todos, temos na mediação que os saberes estruturados realizam para incorporar estratégias de intervenção, como no caso de profissões tipicamente de saúde, um elemento vital para a ação dos diferentes profissionais de saúde (MERHY 2013, p.78).

Para alcançar tal objetivo, o autor destaca algumas propostas como a criação de mecanismos no interior dos serviços de saúde que possam impactar a maneira de agir utilizada no dia-a-dia no acolhimento dos usuários que represente um movimento combinado entre o atendimento singularizado e uma publicidade no que tange a gestão organizacional do processo de trabalho.

Propostas importantes são enfatizadas como a criação de responsabilidades entre as equipes e os profissionais e destes com os usuários. Como produto deste processo, o autor

destaca uma nova modalidade de assistência centrada no usuário e operando com recursos reduzidos tendo em vista sua característica de evidenciar as tecnologias leves.

Por fim, o autor enfatiza que para alcançar tal fim, o cuidado em saúde deve estar alicerçado em uma rede básica de serviços forte, que busque uma combinação entre as tecnologias em saúde que permitam alcançar uma relação de confiança e responsabilidade entre o trabalhador e o usuário, promovendo uma otimização nas intervenções e um maior controle dos riscos de adoecer, contribuindo, também, para uma melhora no acesso aos distintos níveis do sistema.

O termo cuidado em saúde possui uma interpretação pouco precisa tendo em vista que o seu significado depende de um conjunto de fatores que derivam de princípios científicos, questões individuais e valores sociais. A presente pesquisa tomara como base a abordagem de Merhy que aponta a necessidade de considerar a junção das tecnologias duras e leves, com destaque para as tecnologias leves centradas no usuário. Conquanto, além dos estudos de Merhy sobre cuidado, é importante considerar a ação profissional sobre o prisma da interdisciplinaridade e integralidade em saúde, que são dimensões essenciais ao centrar no usuário o atendimento.

Todas as teorias que tratam sobre cuidado em saúde perpassam por um aspecto essencial para o processo de humanização no atendimento chamado de acolhimento e faz parte do agir dos profissionais em geral.

De acordo com o MS (2010) o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também,

a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (MS, 2010, p.18).

Ao se observar o acolhimento, de acordo com o MS (2010) podemos analisar, no processo de trabalho em saúde, as relações profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

Contudo, o acolhimento apenas será abordado como uma dimensão do cuidado em saúde, mas de um modo mais geral, não foram mensurados os seus parâmetros específicos particularmente. Na pesquisa com a equipe do SAVVIS com a equipe, o acolhimento foi apontado como primeira ação por todos os pesquisados.

Primeiramente o acolhimento, explicando sobre o SAVVIS, o que fazer, orientações em geral, importância da denúncia, perícia. Dependendo do caso gera a demandas, idade, situação familiar, a partir daí se dá os encaminhamentos. (Entrevistado 06).

A gente basicamente faz o acolhimento, a psicoterapia. Esse acolhimento se dá de forma que se a vítima precisar ser internada, ou em caso de afastá-la do agressor. Esse acolhimento num primeiro momento é muito importante porque geralmente chegam muito nervosas e ser bem recebida, dar algumas respostas para as suas inquietações, já ameniza a angústia da vítima. (Entrevistado 13).

Quando a vítima chega ao SAVVIS, geralmente vem com muito medo do que aquela violência vai trazer como consequência em sua vida, por isso, receber essa vítima com um acolhimento bem estruturado, com sensibilidade para a sua dor, as orientações necessárias, respeito. Após esse primeiro contato acolhedor, a vítima percebe que ela não está sozinha naquele momento que ela tem um apoio naquele momento difícil. Quando se trata de crianças, esse apoio é dispensado a mãe, geralmente. (Entrevistado 01).

Assim, o acolhimento é posto como prioridade no primeiro contato com a vítima, o que confirma a sua importância no processo de atendimento. De acordo com o MS (2010) o

ato de acolher o usuário implica uma postura ética, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” o outro em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos.

A equipe do SAVVIS recebe, também, muitos treinamentos sobre humanização no atendimento, que é um viés da Política Nacional de Humanização-PNH. Essa capacitação na forma de educação em saúde promovida pela coordenação do serviço, contribui de forma efetiva para o agir profissional pautado numa postura que considere a vítima de violência dentro das suas especificidades, valorizando o acolhimento como essencial tendo em vista que a saúde no âmbito emocional é fortemente abalada.

Neste prisma, diante do olhar da equipe acerca do processo de atendimento, o acolhimento dentro do cuidado em saúde, foi apontado por todos os entrevistados como primeira ação. Vale ressaltar, que quando as vítimas chegam ao serviço demandando uma intervenção médica de emergência, nada impede que se tenha uma postura acolhedora, uma vez que essa postura envolve, além dos aspectos éticos e de sensibilização, os parâmetros técnicos são essenciais.

Além da importância do acolhimento, uma intervenção profissional de qualidade, que busca o cuidado em saúde, preconiza a necessidade de um trabalho conjunto, que busque romper com a fragmentação do conhecimento, retomando o conceito de interdisciplinaridade.

De acordo com Saupe *et al* (2005) na perspectiva contemporânea, a interdisciplinaridade busca um olhar pluralizado, que respeita as particularidades profissionais, mas propondo um trabalho em conjunto para solucionar as demandas apresentadas com o objetivo de alcançar a integralidade no atendimento.

Como se pode observar são bem amplos os conceitos utilizados pela grande maioria dos autores que debatem a interdisciplinaridade dificultando a fundamentação de práticas e formação de equipes interdisciplinares. Diante disso, Fazenda (2008) propõe uma decodificação na forma de perceber esse conceito pautado em dois pontos que a autora denomina de ordenação científica e ordenação social.

Primeiro a científica, deve-se compreender que a organização dos saberes deve estar alicerçada no conhecimento científico de cada disciplina, como a estruturação hierárquica, organização, mobilidade. Nesse entendimento, a análise de cada disciplina precisa ocorrer não apenas “no lugar que ocupa ou ocuparia na grade, mas nos saberes que contemplam, nos conceitos enunciados e no movimento que esses saberes engendram, próprios de seu lócus de cientificidade” (FAZENDA, 2008, p.18).

Nessa direção, a cientificidade que são originárias das disciplinas, ao proporcionar aos profissionais a revisão de suas práticas e a busca de novas formas de proceder, a disciplina culmina no status de interdisciplina.

A ordenação social traz a proposta de uma incorporação dos saberes científicos interdisciplinares às questões de ordem política, econômica e social. Esta visão é uma forma diferenciada de conceber o conhecimento tentando abranger a complexidade das interações que envolvem a realidade, tendo em vista o enfoque nos impasses enfrentados pelas disciplinas ao lidarem com problemática de tal amplitude e complexidade.

De acordo com Fazenda (2008) o primeiro passo para uma pesquisa interdisciplinar deve reunir em torno de uma determinada situação-problema, através da qual nasce uma consciência comum de como proceder dentro de um projeto que traga uma proposta de apoio convergente, destacando a necessidade da disponibilidade em redefinir o projeto diante das dúvidas e respostas encontradas. O autor enfatiza, ainda, a necessidade de competências

dentro das exigências demandadas, sendo o desenvolvimento destas, resultado da conjugação de diferentes saberes disciplinares. Saberes esses que devem envolver experiência, técnica e teorias.

Avançando na discussão acerca da temática, o autor nos esclarece sobre as principais terminologias utilizadas e que muitas vezes são confundidas ou utilizadas como sinônimos. Esse debate é realizado por Saupe *et al* (2005) a partir de Japiassú (1976).

Inicia-se com o conceito de multidisciplinaridade que é o mais incipiente dentre os conceitos. Sua principal característica é pautada na execução de diversas atividades por diversas disciplinas sem visar um projeto específico e sem articulação.

O segundo conceito na escala de cooperação é o de pluridisciplinaridade. Neste, já existe um grau de colaboração entre as disciplinas, um núcleo em comum, mas sem uma ordenação ou um objetivo em comum.

Na sequência, o conceito de interdisciplinaridade. Nesta vertente já aparece o trabalho em conjunto em busca soluções e que respeite especificidades das categorias profissionais, uma proposta que busca romper com as arrogâncias pessoais e manter o controle sobre as relações de poder.

Por fim, já existe a proposta emergente de atendimento em uma dimensão da transdisciplinaridade. Essa nova dimensão contempla um atendimento coletivo, através do qual as especificidades das disciplinas não são consideradas, visto que são construídas em conjunto desde teorias e conceitos, até formas de abordagem diante de um determinado problema.

No debate acerca da temática realizado por Miranda (2008) esses conceitos, desde de 1960, vem sofrendo vários movimentos na busca de uma unidade conceitual. A mesma traz

discussões de autores como D’Ambrósio, Zabala, Morin, Fourez e Fazenda que contribuem de forma contundente para uma melhor compreensão do assunto.

Os autores trabalhados por Miranda abordam os conceitos de mult, pluri, inter e transdisciplinaridade como etapas evolutivas e Machado afirma que são uma espécie de “subtipos” de interdisciplinaridades:

Interdisciplinaridade do tipo pluridisciplinar (que também poderia ser chamada de interdisciplinaridade centrífuga ou fraca): aparecerá quando o predominante nas equipes multidisciplinares for a transferência de métodos de uma disciplina para outra ou uma série de monólogos justapostos.

Interdisciplinaridade forte (ou centrípeta) aparecerá quando o predominante não for a transferência de métodos, mas sim de conceitos, e quando cada especialista não procurar apenas “instruir os outros, mas também receber instruções” e “em vez de uma série de monólogos justapostos” como acontece no caso da interdisciplinaridade de tipo pluridisciplinar, houver um verdadeiro diálogo (MIRANDA 2008, p. 117 Citando MACHADO)

Interdisciplinaridade do tipo transdisciplinar: aparecerá quando também estiverem presentes nas equipes multidisciplinares “uma modelização epistemológica nova para compreensão de fenômenos” (MIRANDA 2008, p.117 citando LA MOIGNE, 2002).

Miranda (2008, p.119) citando Fazenda (2000) afirma que a interdisciplinaridade é uma espécie de interpretação e ação.

Interdisciplinaridade é uma nova atitude diante da questão do conhecimento, de abertura à compreensão de aspectos ocultos do ato de apreender e dos aparentemente expressos, colocando-os em questão. Exige, portanto, na prática uma profunda imersão no trabalho cotidiano.

Neste sentido, a interdisciplinaridade é uma atitude, uma intencionalidade, pensando em atitude frente ao conhecimento sem deixar de considerar as ligações entre os saberes e o reconhecimento da importância do trabalho do outro, trazendo um olhar que nos permite ler nas entrelinhas, tentando incorporar de forma crítica o movimento de construção e desconstrução do saber.

Por fim, deve-se considerar a posição de Tavares (2008) citando Fazenda (2002) de que a inclusão da interdisciplinaridade na intervenção profissional nas diferentes instituições é uma exigência da contemporaneidade, auxiliando na compreensão e na busca do

conhecimento das transformações contemporâneas, tendo como principal característica o diálogo reflexivo e crítico.

No atendimento desenvolvido pela equipe do SAVVIS diante da observação na pesquisa de campo é importante à compreensão de algumas dimensões apontadas por Saupe nos estudos sobre interdisciplinaridade.

Nos estudos de Saupe *et al* (2005) sobre a interdisciplinaridade são identificadas três dimensões necessárias para concretizar o trabalho na modalidade interdisciplinar, quais sejam: o conhecimento, as habilidades e as atitudes. Tendo em vista que no agir profissional nessa modalidade é necessário dominar o conhecimento quanto aos conceitos, ter habilidades para a prática e atitudes que possam contribuir para o acolhimento do outro.

No que tange a categoria conhecimento tem como subcategorias para intervenção: reforma do sistema, parcerias, papel de cada disciplina, sua aplicação prática, a saúde, educação, suas vantagens e desvantagens e a equipe.

A reforma do sistema abordada por Saupe *et al* (2005) está relacionada a proposição de políticas públicas para mudanças no modelo de atenção, com destaque para a necessidade de conhecer os princípios da reforma sanitária, com ênfase para a integralidade, que justifica o trabalho em equipe. Pode-se incluir nesse contexto, a categoria saúde e educação, tendo em vista a necessidade de conhecer os conceitos para ação mais efetiva.

As parcerias emerge com a necessidade de conhecer os parceiros para otimizar a intervenção, podendo correlacionar interdisciplinaridade e intersetorialidade (caracteriza a interdisciplinaridade no nível institucional). Conhecer os conceitos (mult, pluri, inter e trans) contribui para uma análise reflexiva. Quanto ao conhecimento do papel de cada disciplina, que consiste em conhecer as competências específicas do outro, contribuindo para o despertar

acerca da importância de cada profissional e melhorar a relação interdisciplinar. É importante, também, conhecer a equipe e suas diferenças.

Os autores enfatizam a importância ao conhecimento de como realizar a aplicação prática da interdisciplinaridade, exemplo: Que objetivos alcançar com a interdisciplinaridade? Por que trabalhar com a interdisciplinaridade? Vale destacar, que conhecer a aplicabilidade da prática, é um desdobramento para o conhecimento das vantagens e desvantagens da intervenção nesse viés.

Quanto as habilidades necessárias para a aplicabilidade da interdisciplinaridade, Saupe *et al* (2005) destaca a necessidade de envolver a comunidade como membro da equipe. A capacidade profissional em reconhecer situações interdisciplinares e a partir da identificação reconhecer problemas e dificuldades e propor soluções.

De acordo com Saupe *et al* (2005) as atitudes como terceira dimensão da interdisciplinaridade foram identificadas como as condições necessárias para os desdobramentos das habilidades e conhecimentos, considerada competência-mãe, nutridora para as demais dimensões. Essas atitudes são a tolerância, respeito às competências, aceitação de sugestões, respeito à disciplina do outro e as diferenças, ética, empatia limitações e autoridade.

Essas dimensões apontadas por Saupe *et al* em sua pesquisa demonstram a complexidade que envolve o agir no âmbito da interdisciplinaridade e como essa competência contribui para a integralidade no atendimento em saúde, identificada como um dos elementos necessários ou um dos caminhos para o atendimento integral.

Apesar de não compor os objetivos da pesquisa em questão verificar a interdisciplinaridade da equipe no serviço é uma pauta que merece o devido destaque diante da sua relevância e elemento indispensável do cuidado em saúde.

A atuação profissional da equipe no âmbito interdisciplinar pode identificar, na dimensão conhecimento, no que se refere aos conceitos principais abordados no atendimento, um domínio importante para uma abordagem reflexiva e que possa envolver a complexidade do trabalho com vítimas de violência sexual.

Primeiro ponto identificado na pesquisa, nos trabalhos descritos como interdisciplinares, foi possível perceber a intenção, mas a ação relatada estava mais direcionada à atividade pluridisciplinar, do que à interdisciplinar.

Essa dificuldade em compreender conceitualmente a interdisciplinaridade é identificada por Fazenda (2008) devido à formação acadêmica tradicional que esses profissionais receberam durante seus cursos de graduação, baseados em modelos e estáticos, com currículo rígido e pouco conectados com as reais necessidades da população. Assim, entendemos que esse processo de integração, através de práticas verdadeiramente interdisciplinares, é um processo em construção que depende basicamente do tipo de profissional a ser formado nas Universidades.

Quanto à interação profissional entre os integrantes da equipe, pode-se constatar um nível ascendente de pluridisciplinaridade concentrada em reuniões que acontecem nas sextas-feiras no auditório (não são todas as sextas) da MMT. A pesquisa identificou que essas reuniões são com o intuito de dirimir questões referentes a três pontos, a saber: usuário, profissional e o serviço.

Contudo, ainda não comportam um debate acerca de casos individuais em busca de soluções em equipe. Foram encontradas afirmações que destacam que existe pouco diálogo acerca dos casos atendidos entre a equipe no serviço, entretanto, os profissionais ressaltam a necessidade da abordagem interdisciplinar no trato com a violência sexual. É preciso deixar explícito que uma das principais características que envolvem a interdisciplinaridade é o

diálogo entre as disciplinas, sendo necessário que haja uma harmonia entre a equipe de modo que diminuam os entraves para um atendimento de qualidade.

As reuniões tratadas para discussão de casos individuais foram apontadas apenas por um profissional entrevistado:

É muito difícil acontecer reunião nesse sentido, mas pontualmente acontece uma necessidade de uma decisão, aí procuramos envolver os profissionais nesse processo. (Entrevistado 07).

Os debates voltados para a educação em saúde por meio dos treinamentos da equipe profissional são muito comuns, assim como para a atualização do serviço. A coordenação realiza vários treinamentos internos na MMT, além de promover um debate que envolve os profissionais da rede de proteção, na unidade, com palestras e atualizações de vários profissionais. As demais visam esclarecimentos acerca das novas demandas. Dez dos treze entrevistados dão destaque para essas ações.

Nas sextas-feiras a gente nem agenda atendimento. É um dia voltado para debater alguns temas trazidos pelos profissionais. A gente vai para o auditório debater temas. Todos os residentes de medicina são designados a trazer alguns temas que envolvem o nosso trabalho. É uma coisa que nem sempre acontece, mas o contato entre os profissionais é constante (Entrevistado 02).

São realizadas principalmente quando surge à necessidade sexta-feira é o dia em que se para a organização da casa, são programados seminários, aulas e se tiver alguma questão em pauta é o dia de se reunir (Entrevistado 03).

Existem reuniões que são realizadas em cima da demanda, muitas vezes quando algum profissional da equipe aponta alguma dúvida, então a coordenadora reúne para dirimir essas questões. Essas reuniões são tanto para esclarecer dificuldades em geral, como também para condutas em relação a alguns pontos como o aborto legal (Entrevistado 06).

O campo das habilidades destacadas pelos autores supracitados no que tange ao envolvimento com a comunidade não comportam o atendimento no serviço pesquisado. Conquanto, vale destacar a importância do profissional conseguir identificar uma situação interdisciplinar. Tendo em vista que nem todo o agir profissional requer essa intervenção.

A interdisciplinaridade é uma prática dinâmica e processual. Nem todos os momentos vividos numa unidade de saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os

membros da equipe. Há espaço para o trabalho disciplinar quando o realizo dentro das especificidades do meu coletivo de pensamentos. Por outro lado, sobre determinadas circunstâncias, o trabalho interdisciplinar fica restrito ao projeto comum de dois coletivos de pensamento e envolve, por exemplo, um médico e um enfermeiro. Às vezes o projeto demanda a participação cooperativa de todos os membros da equipe. A capacidade de reconhecer situações interdisciplinares é que contribui uma habilidade a se desenvolver (SAUPE *et al*, 2005, p. 531).

A interação pensada como disposto acima é uma característica presente na observação do serviço. Como profissionais de rotina na sala do SAVVIS ficam no horário comercial um médico (pela manhã obstetra e à tarde uma pediatra), juntamente com uma enfermeira e, quando necessário, são chamados a intervir a psicologia e o serviço social. Contudo, vale ressaltar, que a maioria desses atendimentos que são solicitados, não é uma chamada para uma decisão em conjunto, mas sim para que cada profissional realize suas atividades dentro das suas especificidades.

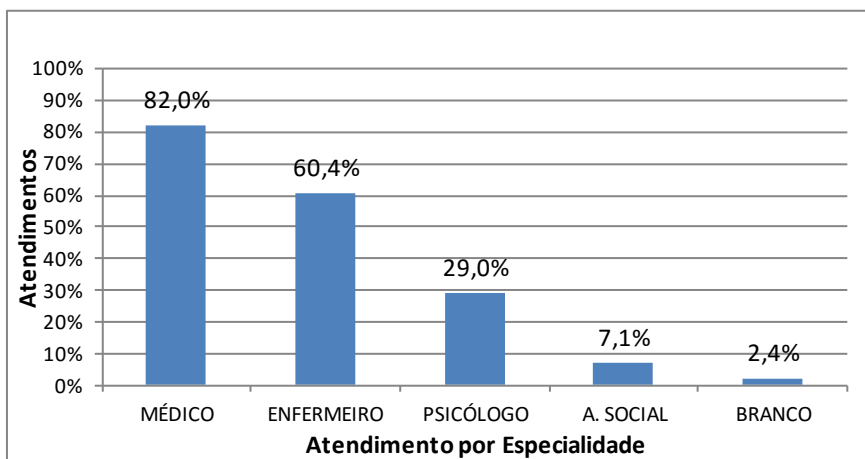


Gráfico 08 - Atendimento por Especialidade
FONTE: Pesquisa de campo, 2015.

Os atendimentos geralmente são realizados pelos médicos e enfermeiros que fazem a frente do serviço, com apoio, quando solicitados, da psicologia e, eventualmente, serviço social. O profissional da farmácia não possuía registros nos prontuários analisados.

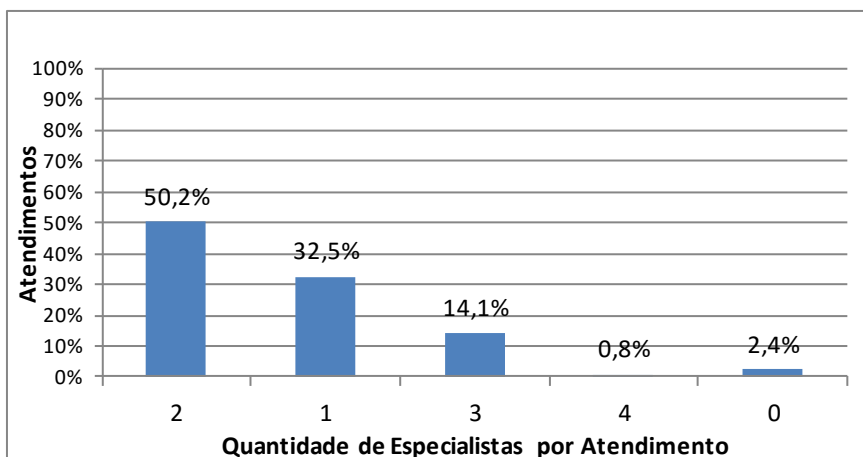


Gráfico 09 - Quantidade de Especialistas por Atendimento
 Fonte: Pesquisa de Campo, 2015.

Nesse sentido, dentro das dimensões da interdisciplinaridade, o SAVVIS pode ser classificado com o atendimento pluridisciplinar, tendo em vista que ainda não possui um planejamento para intervenção, apesar das normas e protocolos que conduzem o agir da equipe. Mas, podemos afirmar que isso pode ser justificado pela grande rotatividade de alguns profissionais na equipe por falta de identificação com o serviço, o que compromete a interação e o planejamento da equipe.

Outro ponto que merece destaque é a centralidade do serviço na sua coordenação. Os profissionais da equipe demonstram a existência de uma centralidade do serviço na coordenadora, vista como uma espécie de “porto seguro”, uma pessoa a quem podem recorrer no caso de dúvidas nos atendimentos. Nesse sentido, a interdisciplinaridade ainda é um processo em ascensão dentro do serviço.

De acordo com kuziemy *et al* (2009) enfatiza que equipes interdisciplinares, em instituições de saúde, têm se tornado essencial na organização de trabalho, uma vez que essa forma de abordagem tem representado um importante facilitador na obtenção de resultados positivos e custo-benefício em várias configurações organizacionais. Pois, sua natureza

complexa requer experiência e conhecimento de diversos indivíduos para que possam trabalhar em conjunto e resolver os problemas do paciente em toda a sua complexidade.

Todavia, como já ressaltado, a interdisciplinaridade não será uma solução para todos os problemas da prática profissional, mas como uma possibilidade de contribuição para a clareza, e, talvez, para elucidar melhor um objeto que é comum a vários profissionais.

Percebe-se que as equipes trabalham de forma pluridisciplinar, mas, existe uma tentativa de ampliar a relação da equipe para interdisciplinar. Em relação ao posicionamento de todos os profissionais sobre o trabalho interdisciplinar, há, no entanto, uma vontade para atuar interdisciplinarmente. Cada um levanta a importância de cruzar informações e de desenvolver um trabalho conjunto, inclusive, de pesquisa. No entanto, o interesse pela interdisciplinaridade é, ainda, conceitualmente vago e fragmentado, sem qualquer respaldo teórico fundamentado.

Outro aspecto importante do processo do cuidado em saúde se refere ao princípio da integralidade. Para Zoboli (2009) o cuidar é um ato integral que busca apreender a saúde como um direito de ser, recebendo o outro com respeito e acolhida e tendo uma visão geral do mesmo que envolva desde sua fragilidade no momento até às sociais, aceitando-o como ele é buscando sempre a construção integral da saúde como projeto de cidadania.

Para Silva e Sena (2005) a integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado.

De acordo com Cecílio e Merhy (2003) a integralidade consiste em uma atenção integral, por meio do trabalho de equipe multiprofissional inserida na rede do sistema de

saúde com uso de todas as tecnologias possíveis e necessárias, e tendo como estratégia da gestão micropolítica compartilhada por todos os atores envolvidos na produção do cuidado de forma horizontal.

Contudo, trata-se de um conceito polissêmico, e autores como Mattos (2009) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: como modo de organizar as práticas e como traço da boa relação entre profissional e usuário, e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

O primeiro deles está relacionado à organização dos serviços de saúde. Tendo em vista que a integralidade é um dos princípios do SUS conquistados com a reforma sanitária que consiste em colocar o usuário no centro das discussões sobre quais seriam os melhores arranjos para o serviço e para o usuário de modo que propicie a realização de encontros pautados na integralidade.

O outro prisma acerca da integralidade diz respeito aos encontros entre profissionais e usuários. Mattos (2009) afirma que nesse contexto a integralidade consiste em compreender os significados das ofertas de cuidados que se fazem necessários em um determinado momento do usuário, para, a partir daí, traçar um adequado plano de cuidados individualizado. Tal abordagem deverá compreender as ações e serviços que o usuário necessita para promoção, proteção e recuperação da sua saúde com certa racionalidade.

Por último, há o conjunto de sentidos sobre a integralidade e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional.

Nesse sentido, a integralidade se constrói na *práxis* do conjunto dos profissionais dos serviços de saúde e nas diferentes formas de encontro desses profissionais com e no serviço. As práticas em saúde enfrenta o desafio cotidiano de imprimir uma nova lógica à organização

do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade por meio das interações que se estabelecem.

A presente pesquisa não pretende oferecer subsídios para a reflexão sobre as diversas dimensões que a integralidade pode assumir nas práticas em saúde no SAVVIS, nem se pretende analisar nenhuma experiência concreta no serviço. Trata-se antes, de uma reflexão sobre as manifestações ou os signos da integralidade na prática em saúde, no intuito de facilitar o reconhecimento de experiências que estejam avançando nesse sentido, o que pode contribuir para uma pesquisa futura, assim como, para que os profissionais se engajem na construção dessa prática.

A pauta da integralidade surgiu como uma dimensão do cuidado e se caracterizou, na análise da prática, com o caráter de conversação, através da qual os profissionais utilizam os conhecimentos para identificar as necessidades do usuário em particular.

O que coaduna com os estudos de Mattos (2009), segundo a qual, a integralidade que pressupõe uma abertura para o desenvolvimento de múltiplas possibilidades do cuidado, vem sendo utilizada como princípio orientador das práticas, seja para organização do trabalho ou de políticas de saúde. Implica, em sua essência, na recusa ao reducionismo e à objetividade dos sujeitos, o que a conduz numa abertura para o diálogo.

Nos discursos dos participantes identificam-se algumas falas que remetem a integralidade como um princípio do SUS relacionado à organização do serviço, apontando a exigência de uma reorganização do modelo de atenção à saúde para solucionar os problemas:

A integralidade consiste em atender a vítima de violência e realizar todos os encaminhamentos necessários para o atendimento completo. Contudo, o serviço deveria possuir toda essa estrutura interna para uma garantia de se cumprir as etapas. (Entrevistado 01).

Por muitas vezes a vítima procura o SAVVIS e precisamos encaminhá-la para garantir a integralidade no atendimento, e por vezes, esse prosseguimento não acontece por inúmeros fatores que vai desde a falta de condições financeiras para

continuar de um lado para o outro, até por encontrar barreiras em algumas unidades da rede, dificultando completude das necessidades do usuário. (Entrevista 07).

É importante advertir quanto à competência profissional necessária para a verdadeira tradução das necessidades do usuário, tendo em vista a importância de se ter um olhar para além das demandas apresentadas pelo sujeito cuidado, sabendo reconhecer suas potencialidades, autonomia e responsabilização.

Trata-se de um ponto fundamental quando se analisa a construção da integralidade do cuidado, visto que este supõe redefinição de práticas no sentido de se criar vínculos, acolhimento e autonomia que valorizem as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos como ponto de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário.

Verificando a integralidade do SAVVIS na organização do serviço no sentido de perceber as necessidades do usuário para um atendimento em sua completude, deve-se destacar que o referido não possui todos os recursos que uma vítima de violência sexual irá utilizar, para tal, existe o aporte da rede de proteção. No entanto, os profissionais devem se mostrar preparados na intervenção para realizar os encaminhamentos e orientações necessárias para um atendimento integral.

No que tange as necessidades de saúde dos usuários, o SAVVIS consegue envolver quase a totalidade dos atendimentos com algumas ressalvas. Primeiramente quanto ao encaminhamento nos casos de abortamento. O serviço desde 2013 deixou de realizar procedimento, encaminhando os casos recebidos para o Instituto da Mulher que também possui o serviço do SAVVIS.

Outro ponto que merece destaque é a falta de um profissional de serviço social fixo na equipe, uma vez que de acordo com o novo conceito ampliado de saúde, saúde deixou de ser

considerada apenas nos casos de ausência de doença física e passou a ser considerado o estado físico, psíquico e social do paciente.

Neste prisma, os atendimentos realizados tem priorizado a saúde no aspecto físico e psíquico. Ressaltando que o serviço da psicologia não possui estrutura física para o atendimento de crianças, encaminhando os casos para os CAIC's, o que em muitos casos, pode comprometer a continuidade do tratamento, visto que se constitui na quebra de um vínculo de confiança.

De acordo com Ayres (2004) a integralidade do cuidado durante o processo de formação pode ser desenvolvida em diversos cenários de aprendizagem e nos campos de saberes e práticas do cuidado integral à saúde. Assim, a integralidade se dá a partir da mudança de postura do profissional no ato de cuidado ao ser humano, por meio de conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre o paciente e o profissional de saúde que lhe atende, ficando evidente a inseparabilidade deste plano individual do plano social e coletivo, na perspectiva de um horizonte ético, na construção de identidades individuais e de projetos de felicidade humana.

Assim, podemos constatar que no processo para a construção da integralidade do cuidado, ressalta-se a relação que se estabelece entre o individual e o coletivo, como perspectiva no reconhecimento das necessidades e subjetividades individuais e coletivas. Essa premissa aparece nos discursos dos participantes da pesquisa que reconhecem o ser humano biopsicossocial, espiritual como sujeito do cuidado.

Pode-se perceber, também, a importância de uma maior discussão no âmbito acadêmico sobre a integralidade das ações em saúde, visto que essa deve ser precedida pela integralidade do pensamento e do ensino em saúde. Defender a integralidade é, antes de tudo, defender que as práticas em saúde sejam intersubjetivas, ou seja, que levem em consideração

as singularidades de cada sujeito e que, a partir da relação dialógica, sejam construídos os projetos terapêuticos individualizados.

Diante do abordado podemos concluir que o cuidado em saúde requer uma intervenção competente, que considere as tecnologias leves com destaque para o acolhimento, interdisciplinaridade e integralidade no atendimento, com uma prática profissional sempre centrada no usuário.

O SAVVIS possui uma equipe competente, comprometida, mas com alguns pontos que precisam de um ajuste para um cuidado em saúde pautado nas dimensões identificadas (acolhimento, interdisciplinaridade ascendente e uma proposta de integralidade no atendimento). Contudo, trata-se de um serviço que faz o diferencial no atendimento às vítimas de violência sexual, não apenas pela equipe comprometida que possui, mas também, pelo suporte institucional, servindo de referência para qualquer proposta que vise à implantação de serviços voltados para violência sexual em saúde.

Na observação da pesquisa, dentre as dimensões identificadas, o acolhimento foi o que mais obteve destaque pelo tratamento humanizado identificado. Os profissionais, realmente, identificam-se com o trabalho desenvolvido, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes. A didática empregada, a delicadeza ao tratar os casos, o amor ao que faz.

Conclui-se que a busca da interdisciplinaridade e da integralidade do cuidado perpassa pela necessidade de uma revisão do cuidado em saúde por sua equipe, o que implica no reconhecimento das limitações que cada profissional agindo sozinho apresenta, assim como, um maior rigor no que tange ao planejamento das ações com base em uma maior compreensão conceitual acerca dos principais temas trabalhados, para obtenção de uma equipe preparada para o trabalho interdisciplinar com vistas a alcançar a atenção integral no atendimento.

3.3 O SAVVIS e a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”.

Os serviços voltados para o atendimento de vítimas de violência sexual e doméstica no Brasil devem seguir os protocolos de atendimento preconizados pelo Ministério da Saúde. São diversas as normas existentes de acordo com as especificidades de cada atendimento, o SAVVIS segue a proposta da norma “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”.

Como o nosso estudo é voltado para o cuidado em saúde da equipe sem adentrar as especificidades das áreas profissionais, uma significativa parte da norma, que é voltada para os tratamentos médicos adequados para: anticoncepção de emergência, doenças sexualmente transmissíveis não virais, hepatites virais, acompanhamento laboratorial e os procedimentos para a interrupção da gravidez, não se enquadram na proposta.

A primeira parte aborda acerca da organização da atenção que envolve a instalação física, recursos humanos, equipamentos e instrumental e a sensibilização e capacitação da equipe.

Quanto à instalação física, apesar de ser apenas uma pequena sala, foi observado que há uma organização minuciosa da disposição dos recursos materiais utilizados para autonomia e resolutividade no atendimento. Quando se necessita do exame de ultrassonografia, é utilizado o aparelho da unidade. Apesar de uma das principais reclamações da equipe está no tamanho da sala.

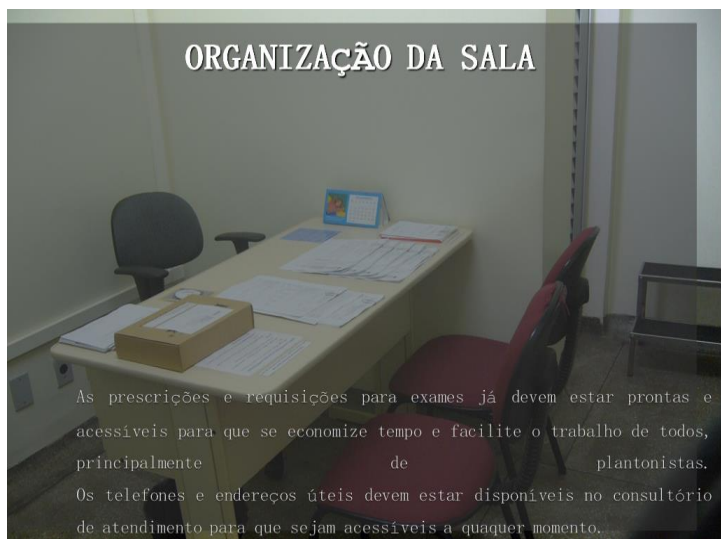


Figura 03: Organização da Sala do SAVVIS
 FONTE: Banco de dados do SAVVIS

Registro dos Atendimentos nos Prontuários dos Usuários:

A norma preconiza que se devem registrar todos os dados obtidos durante as entrevistas, exames físicos e ginecológicos, resultados de exames complementares, além da necessidade de fazer relatórios dos atendimentos.

Durante a pesquisa nos prontuários para o levantamento de dados acerca do perfil das vítimas atendidas no serviço, foram observadas algumas fragilidades no preenchimento do mesmo. O prontuário foi bem pensado e estruturado para o uso de todas as áreas profissionais; contudo, dependendo muito de quem realiza o atendimento, muitos campos importantes ficam em branco, nos retornos dos usuários as anotações ficam restritas aos novos exames prescritos e aos já realizados. Em muitos casos, não se identifica nem qual o profissional realizou o atendimento dificultando a pesquisa.

No caso de profissionais como o serviço social que não há na equipe no momento, os campos socioeconômicos no período pesquisado se encontravam em branco, fato que culminou na reformulação do modelo dos prontuários e sua retirada. Outro ponto que merece uma maior atenção dos profissionais que realizam o atendimento se refere à descrição do

relato versus preenchimento do formulário de entrevista do usuário e familiar, em muitos casos se identificou uma discordância entre o relato do profissional e campo assinalado acima de quem foi o agressor, por exemplo.

A Sensibilização e Capacitação da Equipe:

A norma destaca a relevância de atividades que possam favorecer a reflexão sobre a temática da violência sexual, além da necessidade de capacitação continuada da equipe para agir nos casos de emergência para a saúde das vítimas, assim como, os aspectos essenciais para um atendimento humanizado, com atenção para o respeito aos seus direitos, incluindo-se a decisão de interrupção de gravidez.

A pesquisa no SAVVIS demonstrou que os profissionais que integram a equipe se mostram conhecedores dos principais conceitos que envolvem a violência sexual (abuso e exploração). Quando questionados acerca do que diferencia os dois conceitos, apenas dois profissionais, do total de 13, não conseguiram abordar o principal diferencia entre eles:

O abuso envolve, na verdade, todos os conceitos de violência sexual. Já a exploração, é mais complicado, temos muita dificuldade em identificar uma vítima de exploração, de se reconhecer porque muitas vezes nem a pessoa se reconhece como explorada sexualmente. A exploração envolve a questão de ter algo em troca, o dinheiro, um prato de comida, mas até isso é difícil para nós, enquanto profissionais, reconhecemos e agirmos em cima dessa informação. (Entrevistado 01).

A exploração envolve ganhos financeiros, a vítima é usada apenas para fins lucrativos de alguém. Já o abuso está relacionado com a satisfação sexual do agressor. (Entrevistado 02).

O abuso é quando se tem uma pessoa que possui um empoderamento em relação à outra, relação de poder. A exploração muitas vezes é tão sutil que muitas vezes nem parece violência, como por exemplo, a denuncia de uma quadrilha que se dizia publicitária e tirava foros de crianças de calcinha para comercializar aos pedófilos. (Entrevistado 03).

Esse resultado positivo quanto ao conhecimento da equipe acerca dos conceitos pode ser facilmente explicado pelos inúmeros treinamentos realizados. Primeiro, com destaque para as sextas-feiras que são reservadas para debates entre a equipe e apresentações importantes realizadas pelos residentes de medicina que passam pelo serviço, contribuindo

consideravelmente para a educação permanente. Além, dos treinamentos internos realizados para todos os funcionários da MMT e os anuais que envolvem a rede de proteção.

Os recursos humanos apontados como desejável na norma são: médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, contanto, ressalta que a falta de um ou mais profissionais na equipe, com exceção do médico, não inviabiliza o atendimento.

Vale destacar que o trabalho em saúde desenvolvido pelos profissionais do SAVVIS na presente pesquisa apresenta uma equipe multiprofissional que se propõem a uma abordagem de cunho interdisciplinar como preconiza a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, norma do MS utilizada como parâmetro no serviço.

Contudo, a norma apresenta uma exigência fragmentada do que seja e a complexidade da abordagem de cunho interdisciplinar ao apontar como essencial apenas a equipe médica. Primeiramente ao desconsiderar o conceito ampliado de saúde, assim como pela perceptível discordância quanto ao conceito de interdisciplinaridade.

A humanização no Atendimento:

No aspecto humanização, o SAVVIS se destaca diante da equipe e dos treinamentos que recebe com destaque para o acolhimento no processo do cuidado em saúde.

Os Aspectos Éticos e Legais:

Como a atenção a violência requer uma abordagem com importantes interfaces com vários aspectos como as questões policiais, de justiça, segurança pública e direitos humanos, os profissionais envolvidos devem sempre buscar novos conhecimentos para um atendimento integral ao usuário.

A norma aponta a necessidade de conhecer algumas legislações que são essenciais no processo de atendimento, a saber: a Lei Maria da Penha n 11.340, de 07 de agosto de 2006, a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003 que estabelece a notificação compulsória, em território nacional, nos casos de violência contra a mulher.

O Estatuto da Criança e do Adolescente também preconiza a obrigatoriedade da notificação compulsória que, geralmente, é realizada pela enfermeira plantonista independente de quem tenha realizado o atendimento. O novo sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é utilizado para notificação de qualquer caso de suspeita ou confirmação de violência doméstica, sexual e/outras violências. No caso de crianças e adolescentes, uma cópia deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar. Esse processo é uma rotina nos atendimentos do SAVVIS.

Princípio da Universalidade e Integralidade no atendimento:

A norma enfoca o acesso universal a saúde, a necessidade de assegurar cada etapa do atendimento que reporta diretamente aos princípios da universalidade e integralidade em saúde. Contudo, vale ressaltar que a norma em questão não é voltada para um serviço de atendimento específico, mas sim a todas as unidades de saúde que agora tem a obrigatoriedade de ter um suporte físico e profissional para realizar esse tipo de atendimento. No SAVVIS, a integralidade, conforme a análise realizada no cuidado a saúde da vítima, é um princípio em ascensão e que precisa de um olhar com afinco dos integrantes da equipe para sua futura consolidação no serviço.

A falta do atendimento nos casos de abortamento legal se constitui no fator principal para o comprometimento da integralidade no serviço. Visto que a norma determina que esse procedimento seja realizado pelos serviços específicos de atendimento a vítimas de violência.

Validação das Experiências:

Neste aspecto do atendimento, identificaram-se as maiores falhas no atendimento do SAVVIS. Este tópico refere-se ao apoio psicossocial da equipe no que se refere à busca, através de espaços de escuta nas unidades de saúde, nas escolas, nas comunidades, de situações de risco para traçar medidas preventivas e de promoção de relações respeitadas e igualitárias. Essa postura preventiva não foi identificada, até mesmo por falta de profissionais específicos do serviço social e psicologia para o comprometimento e tempo que tais atividades exigem.

Destaca-se que, esta norma é voltada para todas as unidades de saúde, o que nos leva a refletir quanto dificuldade desta realidade se concretizar, uma vez que nem um serviço que é especializado para atender a demanda de violência, possui suporte profissional exigido.

Autonomia, Individualidade e Respeito:

É destaque neste tópico o respeito à individualidade e autonomia das pessoas em situação de violência, resguardando sua identidade e sua integridade moral e psicológica, na instituição e nos meios de comunicação em geral. No respeito inclui o sigilo ético e profissional quanto à vontade da vítima nos diversos aspectos, desde o aborto legal, se estiver no prazo exigido por lei, até o conhecimento familiar quanto à ocorrência da situação de violência. Vale destacar, que no que tange a crianças e adolescentes a lei determina a notificação, pelo profissional de saúde, ao conselho tutelar os casos de suspeita e de confirmação.

Avaliação de Riscos:

Esta avaliação é preconizada que se faça com o usuário, a fim de identificar situações de maior vulnerabilidade, principalmente no que tange aos riscos de ocorrência de novos episódios, para elaborar ações ou estratégias preventivas. Esta é uma etapa do atendimento que necessita da atuação presente do assistente social e da psicologia em conjunto. Contudo,

com a falta do serviço social na equipe, a equipe médica e a psicologia ficam encarregadas dessa função, que não será vista em sua complexidade e a necessidade de observar o viés social, como a observação da estrutura e funcionamento da família, a história da pessoa agredida e seu histórico de violência.

Adesão ao Tratamento:

A adesão ao tratamento consiste em uma etapa primordial para o sucesso da proposta do serviço. Trata-se da adesão ao esquema de profilaxia antirretroviral como redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV. A norma alerta que são vários os fatores que afetam a capacidade de adesão que vão desde questões socioeconômicas, de escolaridade até a qualidade do serviço de saúde prestado.

A relação estabelecida entre o usuário e o profissional de saúde é muito importante neste processo de adesão diante da seriedade e das complicações decorrentes destas medicações, sendo sugerido um planejamento do profissional com o usuário a fim de verificar a rotina do usuário para identificarem os melhores horários e formas diferenciadas para tomar as medicações sem esquecer.

A responsabilidade por realizar ligações para os usuários que não retornam para pegar os *kits* retrovirais, tendo em vista que são semanais, é de realizada pelos farmacêuticos. Contudo, o acompanhamento direto acerca do desenvolvimento desse tratamento não é realizado. Os profissionais identificam essa falha no serviço e justificam diante da falta de profissionais para um trabalho efetivo nesse sentido.

O controle do uso dos retrovirais é o nosso “calcanhar de Aquiles” no atendimento. Precisaríamos de uma equipe de assistentes social que ficassem responsáveis por isso para realizar um controle em lócus, através de visitas domiciliares (Entrevistado 06).

Esta é uma pauta que precisa ser repensada diante da sua relevância dentro do serviço. Se o serviço visa atender vítimas de violência de violência sexual em saúde com o objetivo tratar e prevenir maiores prejuízos para a mesma, caso o usuário não dê continuidade ao tratamento profilático, grande parte do trabalho dispensado terá sido em vão.

De um modo geral, a análise acerca do processo de atendimento do SAVVIS, de acordo com os pontos abordados, foram identificados os seguintes pontos:

Dificuldades no Atendimento

- Físico:
 - a) 12 profissionais dos 13 entrevistados concordam que o grande entrave para um atendimento que comportem uma maior qualidade e que seja condizente com a importância do serviço está no espaço físico reservado na unidade para tanto. Outro ponto ressaltado no aspecto físico consiste na falta de recursos para transporte, por exemplo.

As principais dificuldades que nós enfrentamos nos atendimentos são, em sua maioria, em decorrência do tamanho das salas, falando não somente da sala específica do SAVVIS, mas, por exemplo, da sala da psicologia porque os nossos atendimentos não são exclusivos do SAVVIS, nós também atendemos planejamento familiar e toda a demanda da maternidade, nós fazemos visitas no leito e muitas vezes precisamos trazer esses pacientes pra sala. (Entrevistado 13).

A principal dificuldade, na verdade, é a estrutura mesmo, porque às vezes alguns profissionais precisam esperar lá fora enquanto outro faz o atendimento, questão de espaço físico mesmo. (Entrevistado 01).

No que se refere à estrutura física do serviço, já existe um projeto para ampliação do mesmo, inclusive com uma planta pronta apenas esperando a operacionalização. Quanto ao quantitativo de profissionais:

- PESSOAL:

A maior dificuldade é com os médicos plantonistas. É sempre muito difícil quando precisamos chamar algum médico para realizar o atendimento no SAVVIS, um problema que com a entrada dos enfermeiros como plantonistas na equipe melhorou muito. Fora do horário comercial quem atende são os médicos plantonista. (Entrevistado 08).

A equipe multiprofissional está incompleta em alguns horários, e outros profissionais, como o serviço social, simplesmente não compõe a equipe. (Entrevistado 07).

Avanços no Processo de Atendimento

- b) FÍSICO: Nesse tópico 02 dos 13 entrevistados deram destaque para a inclusão do sistema online para notificação dos casos de violência, o que melhorou muito a agilidade do processo de atendimento.

A inclusão do sistema diminuiu muito o tempo do atendimento nos proporcionando uma maior disponibilidade para o acolhimento do paciente, apesar de a grande maioria das notificações serem realizadas pelas enfermeiras plantonistas, independente de quem tenha realizado o primeiro atendimento. (Entrevistado 12).

- c) PESSOAL: Todos os membros da equipe elencaram alguns avanços muito importantes no serviço com destaque para a inserção da enfermeira plantonista na equipe (10 respostas), inserção do perito (06 respostas), interação com a rede de proteção (03 respostas), capacitação constante dos profissionais da equipe (13). Ressaltando que todos citaram mais de um avanço em questão.

A formação da equipe própria do SAVVIS com médicos e enfermeiros e até peritos próprios facilitou muito no atendimento. O funcionamento de alguns profissionais em regime de plantão facilitou muito no período noturno facilitou muito por sempre haver um profissional preparado para um atendimento adequado. (Entrevistado 04).

A principal conquista do SAVVIS no decorrer dos anos foi esse espaço e essa referência na sociedade de que existe esse atendimento e que as pessoas tem um bom acolhimento. Temos uma equipe muito comprometida, que trabalha exclusivamente com isso e que está completamente envolvida nesse processo. O serviço social e a psicologia funcionam basicamente no horário comercial, funcionando eventualmente fora desse horário. Agora o enfermeiro fica sempre, em regime de plantão. (Entrevistado 10).

Um avanço significativo foi à vinda dos enfermeiros para o regime de plantão, porque no início foi muito difícil, todos os profissionais que vinham não se identificavam ; somente em 2013 é que vieram os enfermeiros. Contudo, coincidiu a vinda dos enfermeiros com a saída do assistente social da equipe devido a saída de alguns profissionais de serviço social por aposentadoria e por outros motivos e também porque a assistente social daqui estava saturada com a temática e a direção pediu como temporário e a saída do serviço social ficou definitiva por enquanto. (Entrevistado 03).

Sugestões da Equipe para Melhorar o Serviço:

- Estabelecer critérios para diagnosticar o abuso e a exploração sexual para realizar as medidas cabíveis, treinando a equipe com técnicas para entrevistar as vítimas;
- Abranger o atendimento para nível familiar, a fim de envolver a vítima de modo integral;
- Realizar treinamentos com vistas a construir a interdisciplinaridade no atendimento;
- Sistematizar os registros de dados nos prontuários com maiores critérios para o seu preenchimento, a fim de subsidiar o processo de monitoramento a avaliação do serviço de modo geral;
- Estabelecer estratégias para o acompanhamento dessas vítimas após atendimento imediato, reforçar a busca ativa para quem não retornou ao tratamento e desenvolver um estudo mais aprofundado sobre o abandono que contempla a grande maioria das vítimas atendidas;
- Fortalecer parcerias mais consistentes com setores da rede de proteção, com intuito de obter um maior controle do acompanhamento das vítimas na rede, além de conhecer com afinco as instituições para um encaminhamento mais eficaz;
- Debater com equipe suas ideias para torná-las propostas em forma de projetos de intervenção;

- Estabelecer indicadores que possam conduzir avaliações periódicas do atendimento dispensado, sendo necessário que a equipe elabore relatórios que apontem as fragilidades existentes;

SUGESTÕES DA EQUIPE DO SAVVIS:

- ✓ A maioria não depende mais da equipe que está aqui, mas da contratação de no mínimo 10 assistentes sociais para realizar o acompanhamento dessas pacientes principalmente nos casos de aborto porque a grande maioria que procura os nossos serviços pedindo o aborto não irão abortar diante do estágio avançado da gestação, então necessita de um acompanhamento dessas crianças, elas merecem acompanhamento como acontece em outros países. Também necessita de uma equipe de assistentes sociais exclusivas para garantir a conclusão do uso das medicações, pois é um problema sério nos atendimentos a vítimas de violência sexual. A farmácia já fica responsável por ligar pros pacientes, contudo não se tem uma real amostragem dos pacientes que finalizam os medicamentos retrovirais. (Entrevistado 04).
- ✓ Sugiro um espaço físico que possa contemplar todos os serviços da rede. Uma espécie de “PAC do SAVVIS” para um atendimento das vítimas no âmbito da totalidade em um único local. (Entrevistado 02).
- ✓ Existe a necessidade de uma equipe completa que atenda 24hrs. Precisa-se incluir o profissional de serviço social na equipe, por questões que são peculiares à profissão. Quanto aos finais de semana, fica apenas o enfermeiro plantonistas que, por muitas vezes, por receberem pacientes em crise, sentem a necessidade de um profissional de psicologia plantonista nos finais de semana. (Entrevistado 12).
- ✓ Os integrantes da equipe necessitam de um acompanhamento psicológico para aprenderem a tratar essa questão tão polêmica. Um acompanhamento que vise manter o equilíbrio da equipe. (Entrevistado 11).

De modo geral podemos inferir que o cuidado em saúde dispensado pelo serviço, apesar das limitações quanto à integralidade e interdisciplinaridade no atendimento, apresenta um acolhimento que contribui de forma considerável para o bem estar da vítima de forma a amenizar os conflitos psicológicos causados pela violência.

Contudo, apesar das dificuldades apresentadas pela equipe e identificadas na pesquisa, os avanços demonstram que o serviço está em processo de aperfeiçoamento, reforçando a necessidade de uma avaliação periódica que possa contribuir nesse processo.

CONCLUSÕES

A compreensão do fenômeno da violência sexual exige diferentes abordagens e intervenções que deem conta das diversas dimensões e expressões que apresentam, uma vez que se trata de um tema determinante de múltiplos fatores como sociais, econômicos, políticos e culturais.

Ao término deste trabalho ao longo do processo de construção de conhecimento, cujo objetivo foi analisar o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e Doméstica, bem como se desenvolve o cuidado em saúde no atendimento às vítimas de violência sexual no SAVVIS, apresentamos os resultados obtidos que poderá contribuir para melhorar o referido serviço.

A análise realizada traz luz para o planejamento da atuação frente à violência sexual contra crianças e adolescentes, e de outros tipos de violência praticado, visto que a problemática enfrentada pelos profissionais é comum a todos os atendimentos; abrir caminho para a implementação de outros serviços que vem se estruturando com características semelhantes e principalmente a equipe de profissionais deve ser completa e ampliada, se os governantes de plantão cumprirem as normas referentes existentes.

Verificamos que o SAVVIS se encontra legitimado no Hospital Maternidade Moura Tapajóz, ocupando um espaço no referido estabelecimento, com aumento crescente de atendimentos prestados às vítimas de violência da população de Manaus.

Observamos que os profissionais deste Serviço conseguem perceber as peculiaridades que envolvem a violência sexual em crianças e adolescentes, como pessoas em situação peculiar de desenvolvimento e, merecedores de um atendimento condizente com suas

peculiaridades.

Apontaram alguns pontos de fragilidades no processo de atendimento que merecem destaque. Muitos são de conhecimento da equipe, como a falta de estrutura física da sala do SAVVIS, que representou o ápice de reclamação da equipe.

Esse ambiente restrito contribui para a pouca privacidade no atendimento e, a falta de materiais específicos no consultório de psicologia para o atendimento de crianças, bem como a falta do profissional de serviço social fixo na equipe como aspecto que merece destaque, visto que a proposta de interdisciplinaridade do serviço, e a importância desse profissional quando se almeja traçar o perfil social do usuário.

Fato esse que impossibilitou levantar perfil fidedigno desse usuário, bem como o trabalho que seria realizado no acompanhamento das vítimas, que poderia contribuir para o acolhimento no desenvolvimento das ações específicas do serviço social e na proposição de melhorias no atendimento através do planejamento. As visitas domiciliares também ficaram em segundo plano, sendo solicitadas dos assistentes sociais plantonistas apenas em casos pontuais.

A falta de padrão e rigor, no preenchimento dos prontuários, em muitos casos, principalmente quando se trata de retorno dos usuários para acompanhamento se mostrou frágil. Muitos profissionais não se preocupam em preencher todos os campos presentes, além de haver casos, em que não se consegue identificar o profissional que realizou o atendimento.

Ao identificar os processos dos serviços realizados nos atendimentos no período pesquisado, aponta que necessitam de aprofundamentos teórico-prático dos profissionais envolvidos para realmente formarem uma equipe para atender os casos mais frequentes. Os

dados alcançados em muito se assemelham às pesquisas nacionais, podendo contribuir para o debate entre a equipe acerca da necessidade de um maior planejamento interno sobre as formas de proceder, assim como, os requisitos de monitoramento e avaliação interna do trabalho desenvolvido para a percepção das deficiências e proposições de melhoras.

A falta de definição clara das metas a serem alcançadas com o atendimento e o não estabelecimento de parâmetros pelos profissionais da equipe para avaliar a evolução dos casos, são questões que limitam a identificação dos resultados alcançados com o trabalho deles.

Além disso, o elevado índice de abandono do acompanhamento pelas vítimas, impede que os próprios profissionais tenham noção mais precisa sobre a evolução dos usuários por eles atendidos, ou seja, fica pela metade o serviço (questão para outra pesquisa).

O cuidado em saúde dispensado pela equipe é permeado por contentamento no trabalho realizado. A violência sexual desperta uma mobilização familiar e profissional que, por vezes, se sentem comovidos e envolvidos nas situações vivenciadas, e finalizam por relatarem a satisfação em poderem contribuir na minimização da dor da vítima, uma vez que humanização no acolhimento é algo presente nos atendimentos realizados.

Contudo, as variedades das situações que se apresentam mostram a necessidade de uma abordagem que considere a família nos atendimentos, devido a grande quantidade de reincidências dos casos atendidos o que caracteriza a necessidade de um trabalho interdisciplinar que envolva o âmbito familiar.

A equipe pode ser definida como pluridisciplinar, caracterizando uma etapa importante para se alcançar a interdisciplinaridade no atendimento. A integralidade ainda é uma realidade em ascensão, encontrando fragilidade no pouco contato do serviço com a rede,

relacionamento que não inclui um *feedback* dos encaminhamentos realizados e recebidos, contribuindo para a fragmentação do atendimento do serviço.

Para que se possa investir em ações de cunho interdisciplinar urge que exista um investimento em capacitação dos profissionais da equipe nesse sentido. São muitos os treinamentos e capacitações realizadas, porém, ainda não se estuda sobre a interdisciplinaridade e sua importância para um atendimento de qualidade às vítimas de violência.

Quanto à integralidade, é um aspecto mais complexo ainda, tendo em vista a necessidade de inúmeros fatores e instituições na rede para a concretude. Dentro do serviço, a falta do serviço social e a grande quantidade de abandono nos atendimentos sem que se tenha um suporte que consiga resolver essa deficiência, compromete que se alcance a integralidade. Em nível de rede de proteção, o SAVVIS se insere como responsável no atendimento em saúde, entretanto, tendo em vista o novo conceito ampliado de saúde, necessita de uma maior atenção nos aspectos psicossociais.

Como avanços nos serviços dispensados, podemos identificar sua afirmação na cidade de Manaus como referência no atendimento às vítimas de violência sexual, a inserção na rotina do serviço dos atendimentos ambulatoriais às crianças e adolescentes com presença de DST's e AIDS, como demanda que surgiu no processo de atendimento, os treinamentos constantes existentes em busca de atualização das normas de atendimento, discussões de temas diversos, além do encontro anual promovido na Maternidade Moura Tapajóz para discutir a violência com os integrantes da rede de proteção.

No que tange a adequação do SAVVIS a norma “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, de um modo geral

podemos inferir que o serviço atende as exigências impostas pelo MS com pequenas exceções, que são identificadas pela equipe e que fogem das suas competências, como o espaço físico, os problemas identificados no preenchimento dos prontuários dos pacientes e o não atendimento nos casos de aborto legal. No entanto, nos demais tópicos analisados, o serviço consegue atingir aos termos requisitados.

Por fim, podemos inferir que o SAVVIS é um serviço primordial e indispensável para um Serviço de atendimento de qualidade às vítimas de violência sexual. E que, apesar das deficiências identificadas, a existência de um serviço específico ,que consiga envolver a vítima nas diversas nuances que um atendimento desse porte requer, é primordial. Faz-se necessário, apenas, que se invista em maiores pesquisas e planejamentos que possam melhorar os problemas identificados.

Diante da proposta do MS em que todos os serviços de saúde estejam capacitados para os atendimentos das vítimas de violência sexual. Essa realidade nos leva a seguinte indagação: Se um serviço específico, com uma equipe comprometida, treinada e capacitada, ainda apresenta problemas sérios que podem comprometer os resultados positivos acerca do trabalho dispensado, imaginem uma unidade que realize atendimentos em geral, sem uma equipe separada para tal fim.

Esperamos que esse trabalho, ao proporcionar uma maior visibilidade à complexidade que envolve os serviços que atendem vítimas de violência sexual como o SAVVIS, possa contribuir para auxiliar em uma reflexão da equipe sobre o trabalho realizado, uma vez que compreender onde estão os erros, constitui-se no primeiro passo para a busca de melhoras.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência), 1997. **Abuso sexual - Mitos e Realidade**. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados.

ABRAPIA, 1999. **Relatório de Atividades 1998** (2ª ed – revisada). Rio de Janeiro: ABRAPIA.

ARENDT, Hannah. **Da Violência**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004 (10ª ed.); On Violence. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as Práticas de Saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf/>. Acesso em: 03.03.2015 às 16:00hrs.

AQUINO, L. M. C. **A rede de proteção a crianças e adolescentes, a medida protetora de abrigo e o direito à convivência familiar e comunitária: a experiência em nove municípios brasileiros**. In: SILVA E. R. A. (orgs.). O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: Ipea/Conanda, 2004.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. **Crianças Vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder**. São Paulo: Editora IGLU, 1988.

BARBALHO, Célia Regina Simonetti. **Guia para Normalização de Teses e Dissertações**./Célia Regina Simonetti Barbalho, Suely Oliveira Moraes. – Manaus: UFAM, 2003.

BARDIN, Laurebce. **Análise de Conteúdo**. 3. Ed; Ed. Edições 70, 2004.

BARROCO, Maria Lúcia S. **Ética: fundamentos Sócio-Históricos** – 3. Ed – São Paulo: Cortez, 2010.

BENAION, Noval. **A Subordinação Reiterada: imperialismo e subdesenvolvimento no Brasil**. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2006.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**- Lei Federal nº 8.069/90, Imprensa Oficial, CONDECA, 2000.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil**. Brasília: MJ / SEDH / DCA, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 05 de outubro de 1988.

BRASIL, Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro**.

BRASIL, Lei 12.845 de 01 de agosto 2013. **Dispõe sobre o atendimento integral a vítimas de violência sexual**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 12/08/14 às 21:00hrs.

BRASIL, Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro – PAIR **Diagnóstico Rápido Participativo – DRP O Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Município de Manaus-AM MARÇO/2012**.

BRASIL/ Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília, novembro de 2004.

CASTEL, Robert. **As transformações da questão social**. In: BOGUS, L.; YASBEK, M.C. & BELFIORI-WANDERLEY, M.(Org). *Desigualdade e a Questão Social*. São Paulo: EDUC, 1997.

CASTRO, Mary Garcia; RIBEIRO, Ingrid; BUSSON, Shayana. **Norma e cultura: diversificação das infâncias e adolescências na sociedade brasileira contemporânea de acordo com os direitos sexuais e reprodutivos**. In: *Criança e Adolescente. Direitos, Sexualidades e Reprodução* Edição 1ª. Edição, São Paulo/SP. Ed. ABMP, 2010.

CAVALLI, Miclele. **Violência Estrutural Enfrentamentos para o Serviço Social?** Disponível em: <http://pt.shvoong.com/humanities/1730418-express%C3%B5es-da-viol%C3%A2nciassexual-contra/> Acesso em: 15/05/2013 às 15:20 min. De PAULA, Rhadamila Valeska Pereira da Silva. *A Problemática da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes*. Interfece- UFRN, V.2, 2005.

CECILIO, Luiz Carlos De Oliveira. MERHY , Emerson Elias.

Integralidade do Cuidado como eixo da Gestão Hospitalar. Campinas, março de 2003.

<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf> . Acesso em: 22.12.2014 às 14: 00hrs.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 05 de outubro de 1998.

DA MATTA, R. **As Raízes da Violência no Brasil.** In: Da Matta et. alli, *Violência Brasileira.* São Paulo, Brasiliense, 1982.

DUARTE, Luciana da Silva. **Curso Nacional de Enfrentamento à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.** Brasília – DF – Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENAS/MJ, atualizado em 14/09/2009. Disponível em:

(http://senaspead.ip.tv/modulos/educacional/conteudo/01021/paginas/EnfrentamentoExploracaoCriançasAdolescentes_completo.pdf). Acesso em: 10.02.2015 às 15:30min.

ENCICLOPÉDIA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS. Disponível em:
<www.dhnet.org.br>. Acesso em: 30 de julho de 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula. 1998. **Violência intra-familiar: um estudo preliminar.** In: *Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial da crianças e adolescentes*(M.L.P. Leal & M.A. César, org), pp.07-17, Brasília: CESE - MJ/SNDH/DCA - FCCCECRIA.

FALEIROS, V. P. **Violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário.** Ser Social, Brasília, v. 2, n. 2, p. 37-56, 1998. Disponível em:<<http://www.cecria.org.br>>. Acesso em: 23 Out. 2013.

FALEIROS, Eva T. Silveira; CAMPOS, Josete de Oliveira. **Repensando os Conceitos de Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e de Adolescentes.** Brasília: CECRIA / MJ – SEDH – DCA / FBB / UNICEF, 2000.

FAZENDA, Ivani. Org. **O que é Interdisciplinaridade?** SP. ED. Cortez, 2009.

FERNANDEZ, Cristiane Bonfim. **Infância Violada – Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil no Amazonas**. Manaus: EDUA, 2012.

FERREIRA, Ana Lúcia. **O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público**. 2002. Tese de Doutorado em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz). Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2002.

FRANCO, Túlio Batista. MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. Ed. Hicitec, 2013.

FOUCAULT, Michel. **O sujeito e o poder**. In: DREYFUS, Hubert L. e RABINOW, Paul. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; EGRY, Emiko Yoshikawa; NÓBREGA, Caroline Rife; APOSTÓLICO, Maíra Rosa; OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes de. **Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero**. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):895-901.

FREITAS, M.C. **História Social da Infância no Brasil**. 3.ed. Cortez: 2001.

FUZIWARA, Aurea Satomi, e FÁVERO, Eunice Terezinha. **A Violência Sexual e os Direitos das Crianças e do Adolescente**. In- Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes – Porto Alegre: Artmed, 2011.

FURNISS, T., 1993. **Abuso Sexual da Criança - uma abordagem multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas

Guia de Atuação frente aos Maus-Tratos na Infância e na Adolescência. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1999.

IAMAMOTO, MARILDA V. **Estado, Classes Trabalhadoras e Política Social no Brasil**. In.: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine R.; SANTOS, Silvana M. M.; MIOTO, Regina C.T.(orgs) **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2009.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Síntese de Indicadores Sociais. IBGE, 2014.

KAMINSK, André. **Conselho Tutelar no Estatuto da Criança e do Adolescente**. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/areas/infancia/arquivos/ctnoeca.pdf>. Acesso em: 26.08.2014

KUZIEMSKY, C; BORYCKI, E; PURKIS, M. E; BLACK, F; BOYLE, M; CLOUTIER-FISHER, D; FOX, L. A; MACKENZIE, P; SYME, A; TSCHANZ, C; WAINWRIGHT, W; WONG, H. **An interdisciplinary team communication framework and its application to healthcare 'e-teams' systems design**. BMC Medical Informatics and Decision Making, v. 43, n. 9, v. 43, p. 1-15, 2009. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19754966>.

LEAL, M.L.P., 1998. **Violência intrafamiliar: um estudo preliminar**. In: **Indicadores de violência intrafamiliar e exploração sexual comercial da crianças e adolescentes** (M.L.P. Leal & M.A. César, org), pp.30-38, Brasília: CESE - MJ/SNDH/DCA -FCCCECRIA.

LEITÃO, Consuelena Lopes. **Exploração Sexual de Adolescentes no Espaço Urbano de Manaus**. In: **Abuso e Exploração Sexual – Notas para um debate Multidisciplinar**. Organizado por Raquel Wiggers e Natâ Souza Lima. Manaus: Ed. Valer, 2014.

MATTOS, Ruben Araújo de. Repensando a Organização da Rede de Serviços de Saúde a partir do Princípio da Integralidade. In : **Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: cuidado como valor**. 2 ed. ABRASCO, 2009.

MERHY E, CHAKKOUR M, STÉFANO E, SANTOS CM, RODRIGUES RA, OLIVEIRA PCP. **Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 113-50.

MELO, E. R. et al. **Criança e Adolescente: direitos, sexualidade, reprodução**. São Paulo: ABMP, 2010.

MIRANDA, Raquel Gianolla. **Da Interdisciplinaridaade**. In: FAZENDA, Ivani. Org. **O que é Interdisciplinaridade?** SP. ED. Cortez, 2009.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria de Estado de Direitos Humanos. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde** 2ª edição 5ª reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

Acesso em: 07.08. 2014

MINAYO, M. C. **A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública, v.10, supl.1, p.07-18, 1994.

MINAYO, M.C.S, & SOUZA, E.R., 1998. **Violência e Saúde como um Campo Interdisciplinar e de Ação Coletiva**. *História, Ciência, Saúde* – Manguinhos, IV (3): 513-531.

MINAYO, M. C. **Violência: um Problema para a Saúde dos Brasileiro**. 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).

MS (Ministério da Saúde), 1999. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. *Norma Técnica*. Brasília: Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 2002. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 167. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.

NETO, O. C. e MOREIRA, M. R. **A Concretização de Políticas Públicas em Direção à Prevenção da Violência Estrutural**. *Ciência e saúde coletiva*. V. 4, n. 1, pp. 33-52, 1999.

NOGUERIA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. In: MOTA, A.E. (orgs.) et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde**, 2002.

OPAS, 2004. **Resolución XIX: Violencia y Salud**. Washington: OPAS

PAIVA, Leila. **Violência sexual – Conceitos**, 2013. Disponível em: http://www.nre.seed.pr.gov.br/toledo/arquivos/File/Diversidade%20e%20violencia/Violencia_Sexual_Conceitos.pdf. Acesso em: 15/07/2014 às 16:00hrs.

PASCOLAT, G. SANTOS, C.F.L.; CAMPOS, E.C.R.; VALDEZ, L.C.O.; BUSATO, D.; MARINHO, D.N. **Abuso Físico: o Perfil do Agressor e a Criança Vitimizada**. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 77, n.01, p. 35-40, 2001.

PEDERSON, Jaina Raqueli, e GROSSI, Patrícia Krieger. **O Abuso Sexual Intrafamiliar e a Violência Sexual**. In- *Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes – Porto Alegre: Artmed*, 2011.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social: Temas e Questões**. 2. Ed – São Paulo: Cortez, 2009.

PFEIFFER, Luci; SALVAGNI, Edila Pizzato. **Visão Atual do Abuso Sexual na Infância e Adolescência**. Rio de Janeiro: *Jornal de Pediatria*, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700010. Acesso em: 12 agosto de 2014 às 19:00hrs.

RIBEIRO, Joaquim Hudson de Souza. **Espaços violados: uma leitura sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes em Manaus**. Manaus: UEA Edições, 2013.

SANDERSON, Christiane. **Abuso sexual em Crianças: fortalecendo Pais e Professores para Proteger Crianças contra Abusos Sexuais e Pedofilia**. São Paulo: M. Books, 2008.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: A Política Social na Ordem Brasileira**. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1979.

SANTANA, Judith Sena da Silva. SANTANA, Rebeca Pinheiro de. LOPESC, b Mariana Lima. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: Análise De Notificações dos Conselhos Tutelares e Departamento de Polícia Técnica**. Revista Baiana de Saúde Pública, Disponível em: 2011.iles.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSup11/a2299.pdf /

Acesso em: 05.05. 2014 às 20hrs.

SAUPE, Rosita. CUTOLO, Luiz Roberto. BENITO, Gladys Amélia Velez. **Competência dos Profissionais da Saúde para o Trabalho Interdisciplinar**. Interface – Comunic, Saúde. EDUC, V. 09, 2005.

SILVA, Ana Clara Almeida. LINS, Mara Regina Soares Wanderley. **Quando Crianças Abusam de outras Crianças**. Rev. Psicologia em Foco Frederico Westphalen v. 5 n. 6 p. 48-65 Dez. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Lilian/Downloads/1117-5099-1-PB.pdf>

Acesso em: 22.03.2015 às 07:30 min.

SILVA DE PAULA, Rhadamila Valeska Pereira da /Rosana Mireille Barbosa da Silva. **A Problemática da violência Sexual contra Crianças e Adolescentes Interface - Natal/RN - v.2 - n.1 - jan/jun 2005**.

TAVARES, Dirce Encarnacion. **A Interdisciplinaridade na Contemporaneidade – Qual o Sentido? In: O que é Interdisciplinaridade?** Ivani Fazenda (org.) – São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, S.M.F. **Política Social e Democracia: reflexões sobre o Legado da Seguridade Social**. Cadernos de Saúde Pública, RJ, out/dez, 1985.

UNGARETTI, Maria America. **Fluxos Operacionais Sistêmicos: instrumento para Aprimoramento do Sistema de Garantia dos Direitos no Contexto dos Direitos Humanos**. In: Criança e Adolescente. Direitos, Sexualidades e Reprodução Edição 1ª. Edição, São Paulo/SP. Ed. ABMP, 2010.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância**. New York: UNICEF, 1996.

WANDERLEY, L. E. W. **A Questão Social no contexto da globalização: o caso Latino-Americano e o Caribenho.** In: **Desigualdade e a Questão Social.** São Paulo: EDUC, 2000. p. 51 – 16.

WENCESLAU, Carminatti. STRAUSS, José Francisco André. **O tabu do Incesto e a Bioantropologia.** Cadernos de campo, São Paulo, n. 21, p. 1-360, 2012.

<http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/viewFile/53904/57848>

Acessado em: 14.02.2014 às 23hrs.

ZOBOLI, Elma. **Cuidado: práxis Responsável pela Cidadania Moral.** In: **Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: cuidado como valor;** 2 ed. RJ; ABRASCO, 2009.

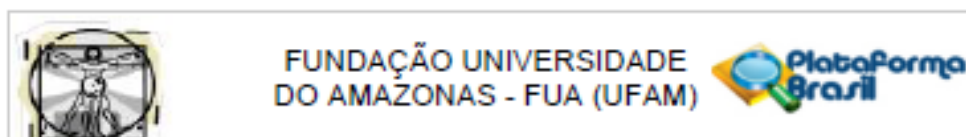
APÊNDICE

Roteiro de Entrevista com a Equipe:

- 1) Quais as principais dificuldades enfrentadas pela equipe no dia-a-dia dos atendimentos?
- 2) Quais os principais avanços e conquistas do SAVVIS nos últimos anos?
- 3) Como a equipe diferencia os conceitos de abuso e exploração sexual?
- 4) São realizadas reuniões com a equipe para dirimir questões evidenciadas nos atendimentos?
- 5) O SAVVIS consegue desenvolver todos os atendimentos em saúde que uma vítima de violência necessita? (integralidade)
- 6) Quais as principais ações que sua área profissional desenvolve no atendimento imediato e no acompanhamento das vítimas de violência?
- 7) Existe um acompanhamento das vítimas que decidem realizar o abortamento antes de encaminhá-las?
- 8) Como se dá a relação do SAVVIS com a rede? Existe um feedback dos encaminhamentos recebidos e realizados?
- 9) Quais os pontos positivos e negativos do SAVVIS?
- 10) Proponha sugestões para melhorar a atuação da equipe no serviço.

ANEXOS

ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA SEXUAL EM MANAUS E CUIDADO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA(SAVVIS).

Pesquisador: LILIAN AUGUSTA ROSA MACHADO MACIEL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45067215.4.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.134.317

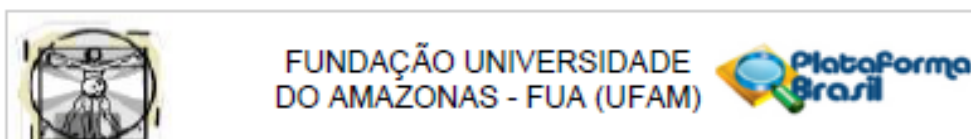
Data da Relatoria: 01/07/2015

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Objetivando analisar um serviço de saúde que atende crianças e adolescentes vítimas de violência, tomou-se como objeto de estudo. O serviço analisado será o Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência sexual e Doméstica- SAVVIS, em funcionamento na Maternidade Moura Tapajós desde 2006. Realizar-se-á pesquisa de cunho quantitativa e qualitativa através da triangulação dos métodos. Os dados quantitativos serão obtidos através dos prontuários e banco de dados dos pacientes, e os qualitativos utilizando as seguintes técnicas: pesquisa bibliográfica, análise documental, entrevista estruturada e semiestruturada com os integrantes da equipe do SAVVIS, observação participante nas reuniões da equipe e o Fluxograma descritor que constitui-se de uma representação gráfica do processo de trabalho, a fim de perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços. A análise de conteúdo será utilizada para sistematizar e interpretar as informações obtidas através das entrevistas. A análise terá como referência a seguinte questão norteadora: "Como ocorre o atendimento às vítimas de violência sexual no SAVVIS na cidade em Manaus?". Pode-se inferir que estudar um serviço público de atendimento a vítimas de violência sexual, aumenta-se consideravelmente a possibilidade de uma atenção mais contundente das autoridades

Endereço: Rua Teresina, 4950
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (02)3305-5130 Fax: (02)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.134.317

competentes na proposição de ações capazes de amenizar a problemática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no (SAVVIS) voltado à Crianças e Adolescentes. .

Objetivo Secundário:

- Identificar os serviços desenvolvidos pelo SAVVIS na rede de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em Manaus.
- Verificar a adequação as principais normas do Ministério da Saúde para o processo do cuidado às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.
- Descrever as ações profissionais no processo de atendimento.
- Refletir acerca do cuidado em saúde da equipe e a construção da integralidade no atendimento.

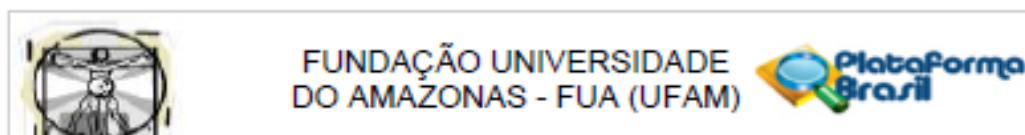
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos decorrentes dessa pesquisa são mínimos uma vez que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis psicológicas e/ou sociais dos indivíduos que participam do estudo, visto que não se identifica e nem se é invasivo na intimidade do participante. Contudo, como toda pesquisa com seres humanos, está possui os seus riscos tais como: desconforto diante da responsabilidade em demonstrar conhecimento de suas atividades profissionais, e possível conflitos éticos com questões levantadas. Vale ressaltar que se tentará amenizar o máximo possível essas considerações, sendo o participante livre a retirar o que não o agrada e se recusar a responder o que não achar necessário ou constrangedor. Se algo acontecer que, de alguma forma, o faça se sentir prejudicado, as formas legais possíveis serão rapidamente providenciadas para reparar o dano, desde acompanhamento psicológico ou indenização se assim for necessário.

Benefícios: Analisar um serviço de saúde contribui para o aperfeiçoamento dos serviços prestados à população, aumenta-se consideravelmente a possibilidade de uma atenção mais contundente das autoridades políticas para o problema, podendo acelerar esforços para compreendê-lo, ampliar o espectro das estratégias para enfrentá-lo e criar mais esperanças sobre a possibilidade de preveni-lo.

Endereço: Rua Teresina, 4050		CEP: 69.067-070
Bairro: Adrianópolis		
UF: AM	Município: MANAUS	
Telefone: (02)3305-5130	Fax: (02)3305-5130	E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.134.317

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. Metodologia Proposta:

A pesquisa é de abordagem crítica, na modalidade de pesquisa básica a nível analítico-explicativo através da triangulação dos métodos quantitativo e qualitativo que se insere no campo da pesquisa social de acordo com Minayo (2006). Utilizar-se-á de várias técnicas, como análise documental, formulário e entrevista e na sua sistematização e análise se utilizará de triangulação de dados e informações a luz da análise de conteúdo.

• Locus da

pesquisa de campo: Esta pesquisa será desenvolvida na Maternidade Municipal Doutor Moura Tapajóz onde funciona o SAVVIS.

• Critério de Inclusão: O critério de inclusão consiste em ser integrante da equipe do SAVVIS, nível superior, os mais antigos na categoria profissional atuando no serviço, aceitar participar da pesquisa. Critério de Exclusão: Profissional de nível médio e técnico, profissionais de nível superior integrantes recentes da equipe do SAVVIS, recusar-se a participar da pesquisa.

• Fontes de dados e instrumentos de coleta de dados: Esta pesquisa tomará como parâmetro o Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA, que considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

1. Para a pesquisa quantitativa: Utilizar-se-á a pesquisa documental através de duas fontes de dados:

1.2 Prontuários dos pacientes: os pacientes atendidos pelo SAVVIS possuem um prontuário individual com o registro de todo o percurso do atendimento. A partir desses dados serão quantificados e tabulados através de gráficos e tabelas, utilizando EXCEL 2007, a fim de identificar e analisar:

• Tipos de violência sexual; • Idade das vítimas; • Classe social a que pertence; • Perfil do agressor; • Proporção de reincidência; • Proporção de

abandono; • Proporção de altas. A partir dessas informações, proceder-se-á com a análise dos dados.

1.3 Banco de dados do SAVVIS: Esses dados darão suporte à escolha dos prontuários. Uma amostra probabilística de análise de 3% dos prontuários decada ano, partindo da informação interna de que o SAVVIS atende em torno de 500 casos por ano, sendo essa porcentagem em torno de 15 prontuários/ano, totalizando em torno de 105

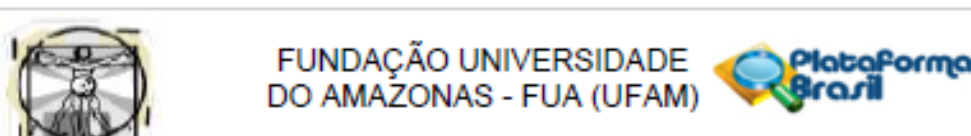
prontuários correspondente a junho 2006 a dezembro de 2013, para a tabulação dos dados supracitados.

• Técnica de análise dos dados quantitativos: 2. Análise Descritiva: • Comportamento gráfico em tabelas (para série temporais) a fim de identificar algum padrão ou tendência. • Cálculos dos momentos - medidas de posição e dispersão: média, moda, mediana, variância, assimetria, curtose; entre idade das vítimas, tipo de violência sexual, dispersão entre as diferentes classes sociais. Através do histograma.

3. Quanto à pesquisa qualitativa: Buscando atender aos objetivos desta pesquisa foram selecionados os seguintes instrumentos:

• Análise

Endereço: Rua Teresina, 4060
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.067-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (02)3305-5130 Fax: (02)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.134.317

Documental- Entrevistas-Observação participante 3.1

Análise Documental: Para tanto, Serão analisados os principais relatórios mensais das reuniões da equipe com uma amostra de dois relatórios por ano de 2006 a 2014. **3.2 Entrevistas:** Será utilizada uma amostragem de 13 profissionais integrantes do SAVVIS que corresponde à sua equipe total, sendo: sendo: 01 Médica pediatra, 01 Médica obstetra, 01 Médico perito, 04 Psicólogos, 02 Farmacêuticos, 02 Enfermeiras, 02 Assistentes Sociais. A

opção foi trabalhar com entrevistas, segundo dois modelos diferenciados: entrevista estruturada e entrevista semiestruturada. Serão utilizados formulários com perguntas abertas e fechadas com gravação das entrevistas e posterior transcrição e análise das mesmas. **3.3 A observação participante:** Duas vezes na semana comparecerá ao SAVVIS nos meses de novembro e dezembro totalizando 16 visitas para esse fim, buscando interagir com a equipe ao participar de 02 reuniões, sem, contudo, interferir no desenrolar dos atendimentos. **4. Técnica de análise:** Análise de Conteúdo.

Tamanho da Amostra no Brasil: 13

Critério de Inclusão:

O critério de inclusão consiste em ser integrante da equipe do SAVVIS, nível superior, os mais antigos na categoria profissional atuando no serviço, aceitar participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Profissional de nível médio e técnico, profissionais de nível superior integrantes recentes da equipe do SAVVIS, recusar-se a participar da pesquisa.

2. CRONOGRAMA: ADEQUADO

3. ORÇAMENTO: ADEQUADO

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto: ADEQUADA

2. Instituição Proponente: ADEQUADA

3. Riscos (NO CORPO DO PROJETO): ADEQUADOS

4. Critérios de Inclusão e exclusão: ADEQUADOS

5. Termos de Anuência: ADEQUADOS

6. Instrumentos de Pesquisa: ADEQUADOS

7. TCLE: ADEQUADO

8. CRONOGRAMA: ADEQUADO

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

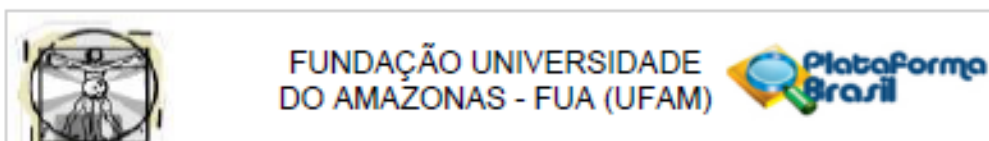
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3305-5130

Fax: (02)3305-5130

E-mail: oep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.134.317

9. ORÇAMENTO: ADEQUADO

10. Benefícios: ADEQUADOS

11. Declaração que os resultados serão tomados públicos: ADEQUADO

12. Declaração sobre uso e destinação de material: ADEQUADO

13. Currículo Lattes: FOI APENSADO AO PROTOCOLO DE PESQUISA

14. Tamanho da Amostra: ADEQUADO

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em razão do exposto, somos de parecer favorável que o projeto seja APROVADO, pois a pesquisadora cumpriu as determinações da Res. 466/2012.

É o parecer.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: A pesquisadora deverá paginar obrigatoriamente o TCLE.

MANAUS, 01 de Julho de 2015

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
 (Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br

ANEXO II



Manaus, 16 de abril de 2015

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que o projeto da pesquisadora LILIAN AUGUSTA ROSA MACHADO MACIEL, intitulado: “VIOLÊNCIA SEXUAL EM MANAUS: UMA ANÁLISE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA (SAVVIS)”, que objetiva levantar dados para pesquisa e elaboração do seu trabalho de dissertação de mestrado do curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia- PPGSS da Universidade Federal do Amazonas, e foi previamente aprovado no COEP- SEMSA, está autorizado para se realizar na Maternidade Municipal Dr^o Moura Tapajós.


Este procedimento busca orientar-se com o item III . 1, da Res. CNS n.º 466/12, em que:

“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.

Dr. Geraldo Felipe Barbosa
Ginecologista - Obstetra
Diretor
Maternidade Dr. Moura Tapajoz

Diretor da Instituição

ANEXO III




Manaus, 15 de setembro de 2014


TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada **“Violência sexual em Manaus: Uma análise do Serviço de Atendimento às vítimas de violência sexual e doméstica - SAVVIS”** de responsabilidade da pesquisadora **Lilian Augusta Rosa Machado Maciel** sob orientação da **Profª Lucilene Ferreira de Melo** foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.

Esse procedimento busca orientar-se com o item III. 1, da Res. CNS n.º 466/12, em que:

“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.

Contudo, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA ainda está em fase de estruturação para dar início à validação junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no COEP.



Nora Ney Soares de Almeida
Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa - COEP/SEMSA

Nora Ney Soares de Almeida Rodrigues
Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa
COEP/SEMSA

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Gerência de Educação em Saúde
Av. Mário Ypiranga Monteiro, 1695 - Adlonópolis
CEP: 69057-002 Manaus - Amazonas

Av. Mário Ypiranga Monteiro, Nº 1695 CEP - 69057-002
Telefone/Fax: 3236-9351 | e-mail: coep@prmm.am.gov.br

ANEXO IV



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - ICHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar voluntariamente do Projeto de Pesquisa intitulado **“Violência Sexual e Cuidado em Saúde: uma Análise do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e Doméstica (SAVVIS) voltado a crianças e adolescentes”** das pesquisadoras LILIAN AUGUSTA ROSA MACHADO MACIEL, Endereço profissional: Av Tarumã N^o 1001, Bairro Praça Quatorze(Serviço de Transporte Sanitário SOS VISA, Email: Lilianammaciel@gmail.com e telefones: (92) 36377777 e 994999487; e LUCILENE FERREIRA DE MELO, Endereço profissional: AV Rodrigo Otávio,6200, Coroado I, UFAM; Email: lucileneferreiramel@yahoo.com; telefones (92) 36542803 e 994622191; que tem por OBJETIVO GERAL: Analisar o Serviço de Cuidado em Saúde das Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual Atendidas pelo SAVVIS da Maternidade Moura Tapajóz em Manaus. E OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1) Identificar os serviços desenvolvidos pelo SAVVIS na rede de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em Manaus; 2) Verificar a adequação as principais normas do Ministério da Saúde para o processo do cuidado às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual; 3) Descrever as ações profissionais no processo de atendimento; 4) Refletir acerca do cuidado em saúde da equipe e a construção da integralidade no atendimento.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da participação em uma entrevista estruturada e esta será gravada para que possa ser transcrita e analisada e o conteúdo será mantido em sigilo, sendo incluído nos resultados finais sem sua identificação.

Os riscos decorrentes dessa pesquisa são mínimos uma vez que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis psicológicas e/ou sociais dos

indivíduos que participam do estudo, visto que não se identifica e nem se é invasivo na intimidade do participante. Contudo, como toda pesquisa com seres humanos, está possui os seus riscos tais como: desconforto diante da responsabilidade em demonstrar conhecimento de suas atividades profissionais, e possível conflitos éticos com questões levantadas. Vale ressaltar que se tentará amenizar o máximo possível essas considerações, sendo o participante livre a retirar o que não o agrada e se recusar a responder o que não achar necessário ou constrangedor. Se algo acontecer que, de alguma forma, o faça se sentir prejudicado, as formas legais possíveis serão rapidamente providenciadas para reparar o dano, desde acompanhamento psicológico ou indenização se assim for necessário.

. Se o(a) Sr.(a) aceitar participar estará contribuindo para elucidar como ocorre o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual a elaboração de um diagnóstico da realidade vivenciada pelos profissionais do SAVVIS, bem como servirá para sugerir possíveis alternativas para melhorar o atendimento prestado.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço AV Rodrigo Otávio,6200, Coroado I, UFAM, pelo telefone (92) 99156-1789 e o email lilianammaciell@gmail.com e lucilenefmelo@yahoo.com, pelo telefone 36542803, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130 fixo 3305-1181, ramal 2004, e celular 99171-2496, e o email cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós-Infirmação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/ ___/ ____

Assinatura do participante

Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

_____ Assinatura do Pesquisador Responsável