

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO**  
**Curso de Serviço Social**

**Ulany Pereira dos Santos Silva**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO A  
QUESTÃO DO ABUSO SEXUAL DA CRIANÇA**

**São Paulo**  
**2016**

**Ulany Pereira dos Santos Silva**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO A  
QUESTÃO DO ABUSO SEXUAL DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade de Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Me. José Carlos Veloso Pereira da Silva

**São Paulo**

**2016**

**Ulany Pereira dos Santos Silva**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO A  
QUESTÃO DO ABUSO SEXUAL DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da  
Universidade de Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do  
título Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Me. José Carlos Veloso Pereira da Silva

Data da Aprovação : São Paulo , \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof. Me. José Carlos Veloso Pereira da Silva (Orientador)  
Universidade de Santo Amaro

---

CONCEITO FINAL : \_\_\_\_\_

*À minha mãe.*

Passaram-se 4 anos de estudo e dedicação e hoje agradeço a Deus por ter me dado força, saúde, perseverança para superar as dificuldades, pois sem Ele jamais teria chegado ao fim deste curso.

À minha mãe Nazaré Pereira (in memoriam), que ainda em vida, mesmo enferma, fazia vigílias e orações pelo meu sucesso e fortalecimento comemorando sempre à cada avanço.

Ao meu irmão e amigo Wellington Pereira, que lutou comigo pela vida de minha mãe e que todas as vezes que me via preocupada e ansiosa, sempre tinha uma palavra de ânimo, incentivo para continuar a luta, sempre torcendo pelo meu sucesso.

Agradeço a minha tia Margarida e meus primos Lena e José Carlos, que compreenderam a minha ausência me dando apoio moral para continuar.

À minha primeira orientadora Prof<sup>a</sup> Sônia Maria de Almeida Figueira com sua paciência e compreensão. Ainda lembro de quantas vezes minha mente parecia que não queria funcionar e com toda a paciência, respeitando meu estado de luto me ajudou a iniciar este trabalho.

Agradeço ao meu segundo orientador Prof. Me. José Carlos Veloso, que aceitou continuar me orientar com o afastamento da Prof<sup>a</sup> Sônia, fazendo orientações sem se importar se era por email, celular ou pessoalmente acreditou em meu trabalho sempre incentivando à chegar até aqui.

À minha leitora Prof<sup>a</sup> Alberta Goes que algumas vezes fora de horário de aula, dedicou também a ler e me orientar com dicas e fazendo correções tornando o trabalho mais completo.

Agradeço à Universidade de Santo Amaro que me proporcionou hoje esse sentimento de realização e sucesso.

E a todos que direta e indiretamente me ajudaram e fizeram parte da minha formação, muito obrigada !!!

*"Portanto dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele seja a glória perpetuamente!  
Amém!"*

Romanos 11:36

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender como o Assistente Social atua no atendimento ao abuso sexual infantil, buscando analisar de que forma é o fluxo de atendimento da equipe de Serviço Social junto com outros profissionais e como é o fluxo de atendimento à violência no hospital de ensino. O estudo aprofundou-se no conceito do que é criança desde os primórdios quando a criança era tratada semelhante a um adulto e não existiam Leis específicas que a protegessem. Aborda as mudanças que ocorreram na sociedade, a visão com relação à criança como sujeito de direitos, como cita Marques, “são sujeitos de direitos em relação a todas as instâncias da sociedade: família, escola, Estado e justiça (...)”, (2006, p.46) e a implantação de várias Leis até chegar a grande conquista que é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); abordando as redes de atenção contínua e integral e para apoio à vítima em situação de violência bem como o acompanhamento das seqüelas emocionais, sociais e físicas. Foi utilizado o referencial teórico autores como: ARIÈS, Philippe; BRAVO; AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. Azevedo e outras publicações como artigos de revistas, Teses, Mestrados, TCC com referência ao tema abordado. Foi utilizado como campo de pesquisa o Hospital de Ensino localizado no extremo sul de São Paulo e como metodologia a pesquisa qualitativa com o propósito de conhecer a dinâmica de trabalho e a visão do Serviço Social através das entrevistas semi estruturadas com as Assistentes Sociais do setor da Pediatria do Hospital. O estudo trouxe um conhecimento aprofundado sobre o tema: abuso sexual infantil, além de esclarecimentos que evidenciam a necessidade de um maior preparo dos profissionais de Serviço Social na saúde e para as instituições que atendem os casos de violência sexual.

**Palavras Chave:** Serviço Social e Saúde. Abuso Sexual na infância, Rede Assistencial.

## ABSTRACT

This study aims to understand the role of social workers in assisting child victims of sexual abuse. It intends to analyse the workflow in Social Work team within a multiprofessional healthcare team, and to assess how victims of violence are addressed in teaching hospitals.

This study dwelves into the concept of what childhood is, starting from the ancient times when children were treated like adults and when there were no specific laws to protect them. It explores the changes society has gone through, the understanding of children as subject of rights, as Marques says, "they are subjects of rights in relation to all instances of society: their family, their school, the State and the judiciary (...)", (2006,p.46) and the implementation of several laws until the major conquest that is the Child and Adolescent Statute; exploring the continued, comprehensive assistance networks supporting the victim of violence as well as their tending to the victim's emotional, social and physical sequelae.

Authors like ARIES, Philippe; BRAVO; AZEVEDO, Maria Amelia and GUERRA, Viviane N. Azevedo were consulted as theory reference, as well as some articles on this topic extracted from journals and from master's and bachelor's theses.

This research was conducted on a teaching hospital located at the extreme southern region of Sao Paulo city, using a qualitative approach with the purpose of knowing the dynamics of work and the perspective of Social Work based on semi-structured interviews with social workers stationed in the paediatric ward.

This study produced some in-depth knowledge about child sexual abuse, as well as some evidences for the need to prepare social workers better to work in healthcare and to prepare better the institutions that deal with victims of sexual abuse.

**Keywords:** Social Work and Healthcare, Child Sexual Abuse, Assistance Networks

## LISTA DE IMAGENS

Gráfico 1 : Denúncias Violência Sexual – 1º Trimestre 2015, por UF .....	30
Quadro 1 : Síntese de Violência Doméstica Notificada – Modalidade de VDCA.....	31
Quadro 2 : Síntese de Violência Sexual Doméstica Notificada – Masculino e Feminino .....	32
Figura 1 : Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.....	43
Figura 2 : Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CEP	Comissão de Ética e Pesquisa
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CODEPPS	Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundação do Bem Estar do Menor
FMU	Faculdades Metropolitanas Unidas
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IML	Instituto Médico Legal
LACRI	Laboratório de Estudo da Criança
OAB	Organização dos Advogados do Brasil
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PUC	Pontifícia Universidade Católica
PSI	Pronto Socorro Infantil
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

SDH	Secretaria de Direitos Humanos
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIVA	Sistema de Vigilância e Acidentes
SIVVA	Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNISA	Universidade de Santo Amaro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 A CRIANÇA E O ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Criança e Família .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.1 Direitos da Criança .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Conceito de Abuso sexual .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.1 Abuso sexual infantil.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.2 Dados de abuso sexual infantil no Brasil .....</b>	<b>29</b>
<b>2.3Saúde Pública e o atendimento à população.....</b>	<b>32</b>
<b>2.3.1 O Serviço Social na Saúde.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3.2 Atribuições do Assistente Social na área da Saúde .....</b>	<b>37</b>
<b>2.4 Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violências .....</b>	<b>42</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>58</b>
<b>3.1 Campo de Pesquisa .....</b>	<b>59</b>
<b>3.2 Território.....</b>	<b>60</b>
<b>3.3 Sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>60</b>
<b>3.4 Ética .....</b>	<b>61</b>
<b>3.5 Análise da Pesquisa .....</b>	<b>61</b>
<b>3.5.1 Acolhimento.....</b>	<b>62</b>
<b>3.5.2 Notificação às Redes.....</b>	<b>66</b>
<b>3.5.3 Conselho Tutelar .....</b>	<b>69</b>
<b>3.5.4 Revitimização.....</b>	<b>70</b>
<b>3.5.5 Especialização do profissional.....</b>	<b>73</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE – FLUXO DE ATENDIMENTO AO ABUSO SEXUAL NO HOSPITAL .</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>88</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema a atuação do Assistente Social no Hospital de Ensino, desde o acolhimento à vítima de abuso sexual e à sua família até aos encaminhamentos feitos junto à rede de proteção.

O propósito deste estudo é entender como o profissional de Serviço Social realiza os atendimentos junto à vítima e a família e como se articula dentro do Hospital juntamente com a equipe multidisciplinar.

Tem-se reconhecido o abuso sexual infantil como um problema social, que afeta o emocional, a saúde e a qualidade de vida da vítima e suas famílias.

Segundo a Cartilha Linha de Cuidados (2014, p.7), o Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) feitas na Assembléia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1996, declarou que a violência se constitui em um importante problema para a saúde pública.

“Crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e devem ser tratados com prioridade absoluta nas políticas de saúde”, Linha de Cuidados (2014) e nos casos de violências e agressões os hospitais, em muitos casos, o primeiro local de contato para o diagnóstico e tratamento.

O Assistente Social junto com a equipe multidisciplinar é referência nessa demanda de atendimentos realizando o acolhimento às vítimas com uma atenção integral e humanizada no ambiente hospitalar, articulando-se junto à rede de proteção à violência para tratamento das seqüelas.

A necessidade do trabalho junto às famílias desde o acolhimento até a notificação e encaminhamento as redes é o que este estudo busca para compreender de que forma é feito o atendimento pelo Assistente Social; como que essa vítima é acolhida dentro dos princípios éticos; quais os impactos e dificuldades na articulação junto às redes de proteção à violência.

Foi escolhido para campo de pesquisa o Hospital de Ensino localizado no extremo Sul de São Paulo e de referência em atendimento à saúde na região.

Segundo publicado pela Revista Adolescência e Saúde (2014),

O hospital de ensino situa-se na subprefeitura da Capela do Socorro, sendo esta região uma das mais populosas da cidade de São Paulo. A projeção da população desta região é de 604.604 habitantes, sendo que crianças e adolescentes correspondem a 16,9%. Este hospital de ensino, além de atender a região da Capela do Socorro,

atende, também, Parelheiros e Marsilac, área em torno de 500 km<sup>2</sup>, com aproximadamente 1 milhão de habitantes.

Segundo o indicador de atendimentos ao abuso sexual infantil do Hospital de Ensino, no ano de 2014 foram atendidas 4.622 crianças e destes casos são abuso sexual infantil: 43 femininos e 13 masculinos, no ano de 2015 foram atendidos 5.042 casos, sendo abuso sexual infantil: 36 femininos e 8 masculinos e até o mês de Abril deste ano (2016), os dados mais atualizados são 5.917 crianças atendidas, porém durante a pesquisa a quantidade de abuso sexual infantil atendidos ainda não havia sido atualizada pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital.

Devido o grande número de atendimentos nestes casos, o estudo busca entender como o Hospital se estrutura no atendimento à demanda.

O estudo abordará o abuso sexual infantil buscando analisar a criança como sujeito de direitos, sendo necessário percorrer um estudo que vai além de elaboração de relatórios e encaminhamentos, um trabalho articulado com as redes de proteção a violência.

Foi levantada a história da criança e da família para compreender a evolução desses direitos e para entender a prática do Assistente Social dentro da Instituição foram entrevistadas duas Assistentes Sociais que fazem atendimento no setor da Pediatria no qual os atendimentos envolvem também vítimas de violência sexual.

Foi utilizado o método qualitativo para entender como é a visão do profissional e como são realizados os atendimentos.

Em termos gerais o estudo é apresentado em dois capítulos sendo a história da criança e da família desde o início da civilização; os tipos de violência à criança que existem; as Leis que asseguram a proteção à criança; as Redes de Proteção a violência; o Serviço Social na saúde e suas atribuições.

As considerações finais trarão os resultados obtidos através da análise da pesquisa, com relação ao papel do Assistente Social e sua atuação no Hospital de Ensino.

## 2 A CRIANÇA E O ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA

Este capítulo busca trazer os conceitos de como foi vista a criança ao longo do processo histórico até a atualidade e a relação da infância que traz influência à vida adulta, conforme Chagas (2015) diz em seu artigo:

Momentos que despertam sentimentos bons como paz e alegria trarão segurança, e momentos que despertam dores e frustrações acabam contribuindo para desenvolver insegurança emocional, podendo deixar marcas profundas no decorrer da infância até a vida adulta.

Aponta também como o abuso sexual na infância traz conseqüências ao desenvolvimento da criança.

O trabalho do Assistente Social no acolhimento às vítimas de abuso sexual e a intervenção junto às famílias, em uma unidade hospitalar também serão abordados.

O presente estudo discutiu como o Assistente Social faz a intervenção junto às redes de proteção, como atuam, modificam ou influenciam de algum modo a vida dessas vítimas e suas famílias.

Este capítulo aborda como é a atuação do Assistente Social responsável pelo acolhimento das vítimas, desde a denúncia, que é um importante instrumento de intervenção, assim como, o desenvolvimento de um trabalho especializado na prevenção ao abuso.

### 2.1 Criança e Família

Segundo Paulo e Junior (2015), na sociedade medieval a criança não tinha um tratamento especial, não era tratada de forma diferente do adulto, aprendia desde cedo a trabalhar e vivia sempre em meio dos adultos. Não havia sentimento de afeto por parte dos pais, a relação era moral e social.

(...) Isso não significa que os pais não amassem seus filhos: eles se ocupavam de suas crianças menos por elas mesmas, pelo apego que lhes tinham, do que pela contribuição que essas crianças podiam trazer à obra comum (...) (ARIÈS, 1981, p.158)

A história diz que desde cedo a criança já era entregue aos cuidados de outra família para ser instruída, retornando após adulta para se casar.

“Na época medieval, a criança desconhecia o que era infância, não existiam brinquedos ou brincadeira infantis, nos passeios ou jogos, reuniões de trabalho, reuniam-se crianças e adultos.” (ARIÈS, 1981, p.21).

Segundo Ariès (1981), eram miniaturas de homens caracterizadas apenas pelo tamanho.

Segundo o autor, as artes também comprovavam que não havia diferença entre criança e adulto, a criança era esculpida apenas em tamanho reduzido, com o físico e a musculatura semelhante à de um adulto.” (Ariès,1981)

Uma artista Otoniana em miniatura do século XI demonstra como a arte medieval desconhecia a infância.

O tema é a cena do Evangelho em que Jesus pede que se deixe vir a ele as criancinhas, sendo o texto latino claro: *parvuli*. Ora, o miniaturista agrupou em torno de Jesus oito verdadeiros homens, sem nenhuma das características da infância: eles foram simplesmente reproduzidos numa escala menor. Apenas seu tamanho distingue dos adultos. (ARIÈS, 1975, p.17).

Segundo Ariès (1981), os homens do século XI não tinham interesse pela infância, tinham a visão de que era passageiro, um período de transição em que logo não se lembrariam mais, mas logo à frente no século XIII a arte trouxe uma imagem mais próxima do sentimento moderno:

Surgiu o anjo, representado sob a aparência de um rapaz muito jovem, de um jovem adolescente: um *clergeon*, como diz P. Du Colombier. Surgiu então, a representação de uma imagem mais realista, infantil mais delicada na pintura (ARIÈS, 1981,p.19)

No grupo formado por Jesus e sua mãe, o artista sublimaria os aspectos graciosos, ternos e ingênuos da primeira infância; a criança procurando o seio de sua mãe ou preparando-se para beijá-la ou acariciá-la; a criança brincando com os brinquedos tradicionais da infância (...) a criança comendo seu mingau; a criança sendo enrolada em seus cueiros. (ARIÈS, 1981, p. 20)

Ariès (1981), conta que o desinteresse dos pais pelos filhos fazia com que muitos morressem enquanto dormiam sufocadas pelos pais ou afogadas durante a cerimônia de batizado.

“Perdi dois ou três filhos pequenos, não sem tristeza, mas sem desespero. Assim que a criança superava esse período de alto nível de mortalidade, em que sua sobrevivência era improvável, ela se confundia com os adultos.” (ARIÈS, 198, p.100)

Pelo fato de não haver essa diferença entre criança e adulto, a moral da época permitia gestos sexuais, vocábulos sexuais. O contato físico com conotação sexual que hoje seria considerado crime, as brincadeiras sexuais entre adultos e crianças, na época eram vistos de forma perfeitamente natural (REZENDE, 2008)

Faziam gestos indecentes em frente às crianças, falavam de assuntos sexuais e era visto como normal pela sociedade antiga, a moral da época permitia.

Luiz ainda não tem um ano: ele dá gargalhadas quando sua ama lhe sacode o pênis com as pontas dos dedos. Brincadeira encantadora, que a criança não demora a dominar. Ele chama um pagem com um Ei! E levanta a túnica, mostrando-lhe o pênis. Luis XIII tem um ano: Muito alegre, anota Heroard, ele manda que todos lhe beijem o pênis. Ele tem certeza de que todos se divertem com isso. (...) Diante de uma pequena senhorita, levantou a túnica, e mostrou-lhe o pênis com um tal ardor que ficou fora de si. Ele se deitou de costas para mostrá-lo melhor. (...) A Rainha, pondo a mão em seu pênis, disse: meu filho peguei a sua torneira. (...) ele e sua irmã foram despidos e colocados na cama junto com o Rei, onde se beijaram, gorjearam e deram muito prazer ao Rei. (ARIÈS, 1986, p. 125-6)

A partir do Século XVII, a criança passou a ser vista de maneira frágil, inocente, entendida como diferente do adulto e que precisava ser tratada como tal, então aos poucos deixou de conviver somente com adultos. (ARIÈS, 1998).

A infância aos poucos se aproximava do sentimento moderno com uma maior convivência dentro de casa entre pais e filhos, a criança pela sua graça e pureza, se tornava como uma fonte de distração, denominado a esse sentimento “paparicação”,

As pessoas se divertiam com a criança pequena como um animalzinho, um macaquinho impudico. Se ela morresse então, como muitas vezes acontecia, alguns podiam ficar desolados, mas a regra geral era não fazer muito caso, pois outra criança logo a substituiria. A criança não chegava a sair de uma espécie de anonimato (ARIÈS,1981, p.10).

Outro sentimento de infância surgiu por parte dos eclesiásticos ou homens da lei e um grande número de moralistas, no século XVII.

Eles se preocupavam com a racionalidade e os costumes, pois não concordavam em considerar as crianças como brinquedos encantadores, pois viam nas crianças criaturas frágeis de Deus, mas que era necessário preservar e disciplinar (ARIÈS, 1981,p.105).

No século XVIII, além do sentimento de “paparicação” e da disciplina, os moralistas e educadores também estavam se preocupando com um elemento novo: higiene e a saúde física, tudo que se relacionava a família era assunto digno de atenção, tudo que tivesse respeito à vida de seus filhos, desde a “paparicação” até a educação (ARIÈS, 1981, p.105)

“A história conta que a vida escolar na Idade Média, era privilégio dos clérigos, Jovens e velhos. Nas escolas não havia separação por idade nas salas de aula e os alunos iniciantes geralmente tinham cerca de 10 anos”.(ARIÈS, 1981,p.108)

Nessa sala, reuniam-se então meninos e homens de todas as idades, de 6 a 20 anos ou mais (...) diz Robert de Salisbury no século XII, “Vi homens de idades diversas: *pueros, adolescentes, juvenes, senes*, ou seja, todas as idades da vida (...)” (ARIÈS, 1981, p.108)

Segundo o autor, a partir do século XV, houve uma transformação nos sentimentos da família.

A educação infantil que na idade média era realizada junto com os adultos e a aprendizagem da criança à partir dos 7 anos se dava junto à outra família, nessa época em diante o ensino começou a ser fornecido pela escola e não somente ao clérigos, mas a todas as crianças, uma formação da infância ao adulto.

“O ensino na escola, aproximou a criança da família e substituiu a antiga prática de confiná-la a um espaço limitado.” (ARIÈS, 1981, p.184-185)

A família poderia então acompanhar a educação dos filhos de perto, a criança recebia mais atenção dos pais ficando mais tempo em casa junto da família, mesmo que temporariamente esta forma de ensino na escola aproximavam as crianças dos pais e da infância.

[...] a partir de um longo período, e, de um modo definitivo, a partir do século XVII, se produz uma mudança considerável: começa a se desenvolver um sentimento novo com relação à “infância”. A criança passa a ser o centro das atenções dentro da instituição familiar. A família gradualmente vai organizando-se em torno das crianças, dando-lhes uma importância desconhecida até então: já não se pode perdê-las ou substituí-las sem grande dor, já não se pode tê-las em seguida, precisas limitar o seu número para poder atendê-las melhor (KOHAN, 2005, p. 66).

Mesmo quando fosse estudar em escola distante, e tivesse que morar em pensão ou na casa do mestre,

(...) o afastamento do escolar não tinha o mesmo caráter e não durava tanto quando a separação de aprendiz (...) os pais levavam dinheiro, provisões e muitas vezes eram tantas visitas da família que era necessário a intervenção dos mestres. (ARIÈS, 1981, p.159)

No século XX, a escola torna-se espaço por direito das crianças através das leis que regulamentaram a educação. Elas devem ser protegidas e respeitadas, pois são cidadãos de direitos como os adultos.

A criança passou a ser vista de forma diferente do adulto, portanto foi necessário serem criadas Leis específicas para proteção da criança.

### **2.1.1 Direitos da Criança**

Até o início do século XX, não existia uma política social direcionada à criança, algumas instituições como as Santas Casas de Misericórdia acolhiam os doentes, as populações carentes e os órfãos, que cresciam e se desenvolviam sem qualquer convívio familiar ou afetivo.

Nos séculos XVIII e XIX, a moral da época tinha um preconceito contra mães solteiras e pobres, por este motivo essas mães abandonavam seus filhos nas ruas e portas das igrejas.

“(...) a única forma de as famílias pobres conseguirem apoio público para a criação de seus filhos era abandonando-os.”(VENÂNCIO, 1999, p.13)

Nesta época “(...) milhares de crianças foram enviadas a instituições assistenciais existentes nas cidades brasileiras. Os abrigos (...) eram aparelhados com rodas destinadas a receber recém-nascidos.” (VENÂNCIO, 1999, p.13)

O nome roda se refere a um artefato de madeira fixado ao muro ou janela do hospital, no qual era depositada a criança, sendo que ao girar o artefato a criança era conduzida para dentro das dependências do mesmo, sem que a identidade de quem ali colocasse o bebê fosse revelada. (SCHACH, 2015)

A história ainda diz que foi a época em que houve o maior índice e mortalidade infantil, de acordo com a citação que diz:

De todas as categorias que formaram a população brasileira, incluindo a dos escravos, a dos expostos foi aquela que apresentou os maiores índices de mortalidade infantil e de mortalidade geral, pelo menos até o fim do século XIX. Não era incomum, nas Rodas de Expostos, a perda de 30% ou mais dos bebês, só no primeiro mês de vida. Mais da metade morria antes de completar o primeiro ano de existência. Apenas de 20% a 30% dos que foram lançados nas Rodas de Expostos chegaram à idade adulta. (MARCÍLIO, 1998)

Durante o império, multiplicavam-se a Roda dos Expostos no Brasil e São Paulo inaugurado sua primeira em 1825, no Largo da Rua da Glória – transferida para o bairro de Santa Cecília onde funcionou até 1951, sendo a última a ser abolida. (CELSO, 2007)

Em 1924, em uma reunião internacional em Genebra, começou a ser discutido os “direitos da criança.” Foi criando um instrumento chamado de Declaração de Genebra, onde reconheceu que deve haver igualdade para todas as crianças independente de raça, nacionalidade ou crença.

Em 1927 foi promulgado o primeiro Código de Menores, criado somente para crianças e adolescentes em situação considerada irregular. “O Código de Menores teve sua base na doutrina da situação irregular, ou seja, somente aqueles sem assistência social, sem família ou de origem pobre seriam abarcados por este sistema.” (MARQUES, 2006, p.44).

O Código de Menores não foi produzido com igualdade para todas as crianças. Segundo Marques (2006), uma criança em situação regular, bastava estar no seio familiar e ter suas necessidades básicas garantidas como saúde, educação, moradia.

Ainda que o pai tratasse o filho como bem quisesse com castigos brutais, abandono, internação, abuso sexual por parte dos pais e a convivência sem afeto, não era considerado um ato violento e nada aconteciam a seus pais.

O Código de Menores não protegia essas crianças, pelo contrário, concedia poderes absolutos dos pais sobre os filhos.

O menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinqüente que tiver menos de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente ás medidas de assistência e proteção contidas neste Código. (Código de Menores - Decreto N. 17.943 A – de 12 de outubro de 1927).

Mais tarde em 1959, em 20 de Novembro, foi promulgada a Declaração dos Direitos da Criança, pela Assembléia Geral das Nações Unidas, e ficou por muitos anos sendo o padrão moral para o direito da criança até a sua adolescência.

Marques (2006) descreve que:

(...) o processo de adaptação da sociedade ao novo modelo proposto pela assembléia da ONU (...) estava apenas começando. (...) sociedade foi percebendo, cada vez mais, que as leis vigentes e os pressupostos que as embasavam não eram suficientes para responder por toda complexidade de demandas oriundas desse mais novo tecido social chamado infância e juventude (p.46).

A população e vários setores representantes da sociedade civil (Igrejas, Sindicatos de trabalhadores, Organização dos Advogados do Brasil - OAB, dentre outros) que defendiam os direitos de toda a criança e adolescente se uniram e compartilhavam da mesma idéia de que “são sujeitos de direitos em relação a todas

as instâncias da sociedade: família, escola, Estado e justiça (...)", (MARQUES, 2006,p.46)

Estes segmentos organizados foram ocupando os espaços públicos em defesa à política do menor, aonde resultaram em três importantes movimentos sociais: Movimento Nacional de Meninas e Meninos de Rua, Frente Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e o Fórum - DCA (Fórum Permanente de Entidades Não Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente) (BANDERA, 2015)

De acordo com o texto de (LONGO, 2010),

Entre 21 e 25 de Outubro de 1986, aconteceu em Brasília um grande movimento de vários setores sociais, em que foi levada uma carta ao Congresso Constituinte que estava elaborando a nova Constituição, chamada Carta à Nação Brasileira, reivindicando a aprovação da Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada em 20 de Novembro de 1959, pela Organização das Nações Unidas - ONU.

Também reivindicava a proteção integral da criança, política, civil e social,

o acesso às políticas sociais básicas de educação, saúde, alimentação, habitação, transporte, lazer e cultura – e, na idade e em condições convenientes, também de trabalho. Para crianças e adolescentes com deficiências físicas ou mentais, bem como em situação de risco social ("abandono, negligências, infração penal e outras"), propugnava-se o atendimento por meio de "programas especiais de assistência e proteção. (BANDEIRA, 2015)

A Constituição Federal de 1988 representou importantes conquistas referentes aos direitos da criança e o adolescente, que são os direitos fundamentais, segundo diz o Art. 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, 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 forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

No dia 20 de Novembro de 1989 e não por acaso, no trigésimo aniversário da Declaração Universal da Criança, e dia Universal da Criança decretado pela ONU, foi aprovada a Convenção Internacional do Direito da Criança, aonde 43 países se reuniram para assinar um instrumento de direito internacional para fortalecer juridicamente os direitos da criança.

No Brasil a Constituição de 1988 e as normativas internacionais foram a inspiração do Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgada em 13 de Julho de 1990 sob a Lei 8.069, considerado uma grande conquista, o autor Basílio diz:

[...] a formação deste campo – direitos/ defesa de crianças adolescentes – é fruto de alianças, embates e disputas que se fizeram presentes na sociedade. Embora a atenção e os discursos voltados para a infância sejam uma constante ao longo de toda a construção do estado e da sociedade brasileira, na década de 1980, de forma privilegiada, entidades e lideranças produziram um discurso de novo tipo, em que ênfase de sujeitos de direitos era claramente formulada. (2003, P.31)

É um estatuto criado para proteção integral à criança de até 12 anos e ao adolescente até aos 18 anos.

Segundo o ECA , em seu Art. 2º: “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos (...).”

Através do ECA a criança passa a sair da proteção irregular para situação de proteção integral, com deveres e a responsabilidade do Estado em cuidar enquanto criança e adolescente, seja por infração ou ausência de família.

Poderíamos falar dos avanços, retrocessos e impasses das políticas de infância no Brasil. Mas cabe lembrar que esta lei representa uma conquista de quem, ao longo de tantos anos, vem atuando na perspectiva de assegurar os direitos das populações infantis. (KRAMER, 2003, p. 56).

O ECA se preocupa com tudo que envolve criança e adolescente como: educação, cultura, lazer, música, teatros, cinema, televisão, internet, etc.

O direito da criança deve ser defendido não somente porque é lei, mas porque todos os profissionais e pessoas comuns devem ter responsabilidade social para com esses cidadãos. É o que confirma os artigos 3 e 4:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, ECA, 1990).

Antes da Lei, havia duas categorias de crianças e adolescentes: a dos incluídos, ricos, que eram chamados de “criança e adolescentes” e dos excluídos, pobres, chamados de menores, tratados com discriminação, considerados como irregulares perante a sociedade. Eram atendidos e tratados de forma diferente, como objetos sem nenhuma proteção ou direitos.

Com a instituição do ECA , passaram de menor a sujeitos de direitos, conforme diz, o Estatuto da Criança e do Adolescente:

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Aquela antiga doutrina de “situação irregular” que se refere a: crianças pobres, sem instrução, doentes, com pais ausentes ou autor de ato infracional, eram afastadas da sociedade, sendo colocadas em lugares como a Fundação do Bem-Estar do Menor (FEBEM) e se preocupavam somente com o conflito e não com a prevenção.

A (FEBEM), com objetivo de (...) "instrumentar o menor marginalizado (compreendidos aqui os carentes, abandonados e infratores).

(...) instituições denominadas "reparadoras", "encarregadas de controlar os efeitos da marginalidade, assistindo, corrigindo e/ou punindo os marginalizados".

Figueiredo (1987)

Foi necessário mudar a gestão da FEBEM, devido as denúncias de torturas, lotação à cima do permitido e maus tratos, de acordo como diz a citação:

Ficou conhecida pelas fugas, rebeliões, denúncias de maus-tratos aos adolescentes, torturas e superlotação.

Após várias denúncias ao Ministério Público, à Organização dos Estados Americanos (OEA) e a diversas entidades de direitos humanos, culminou na mudança de gestão e o nome também mudou. Através de um projeto de Lei aprovado em Dez de 2006, o atendimento aos adolescentes que cumprem medida socioeducativa é feito pela Fundação Casa. Fideles (2012)

O ECA rompeu com esse paradigma do abrigamentos em critérios, conforme diz a seguir: Do Direito à Convivência Familiar e Comunitária:

Art. 19. Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.

§ 1º Toda criança ou adolescente que estiver inserido em programa de acolhimento familiar ou institucional terá sua situação reavaliada, no máximo, a cada 6 (seis) meses, devendo a autoridade judiciária competente, com base em relatório elaborado por equipe interprofissional ou multidisciplinar, decidir de forma fundamentada pela possibilidade de reintegração familiar ou colocação em família substituta, em quaisquer das modalidades previstas no art. 28 desta Lei.

Na antiga Lei, havia a denominação “direito do menor” indicando a proteção aos não adultos, e que o termo “menor” era também de acordo com sua importância.

Com a implementação do ECA, há um conjunto de ações sociais, públicas e privadas, os Conselhos Tutelares para atendimento da população, como uma democracia participativa, fazem parte das que políticas de atendimento e proteção, garantindo os direitos da criança, conforme diz o Art. 86 e 136 do ECA:

Art. 86. 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.

Art. 136. São atribuições do Conselho Tutelar:

I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;

II - atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;

III - promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:

a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;

b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.

IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;

V - encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;

VI - providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;

VII - expedir notificações;

VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;

IX - assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;

X - representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal;

XI - representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, depois de esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural.

XII - promover e incentivar, na comunidade e nos grupos profissionais, ações de divulgação e treinamento para o reconhecimento de sintomas de maus-tratos em crianças e adolescentes.

Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente seja considerado um grande avanço nas políticas de proteção, ainda há muito por se fazer para se cumprir em sua totalidade.

Ocorreram importantes mudanças, mas olhando para a prática, muitos órgãos e organizações não cumprem as legislações vigentes.

Um exemplo é o caso de privação de liberdade que tem ocorrido em São Paulo, em que as medidas sócioeducativas não são cumpridas integralmente, ainda existem práticas repressivas nas Unidades de Internações, os adolescentes ficam apenas presos e quando voltam a sociedade acabam cometendo os mesmos atos infracionais.

Com relação à família não está sendo diferente mesmo com toda a Legislação vigente, existem famílias que são omissas no cumprimento dos seus deveres abandonando, negligenciando, lares aonde há ausência de regras e controle dos pais.

A família que muitas vezes é vista como o espaço ideal de proteção, convivência, nem sempre é um meio natural de bem estar para ser educado, alimentado, pois em muitos casos, é um local em que a criança sofre agressões verbais, humilhações, maus tratos e violência sexual.

## **2.2 Conceito de Abuso sexual**

Para discutir o abuso sexual na infância julgamos importante relatar os diferentes tipos de abuso sexual que são praticados contra o adulto ou a criança:

(...) defina-se “abuso sexual”, como toda e qualquer ação violadora da liberdade sexual da pessoa humana, ou seja, conduta que interfira na disponibilidade de utilização do corpo, desrespeitando o direito de escolha. Do ponto de vista penal incriminam-se ações perpetradas mediante violência, real ou presumida, ou decorrentes de fraude (...) (GUERRA, 2011, p.153)

A situação de uso excessivo, de ultrapassagem de limites: dos

direitos humanos, legais, de poder, de papéis, de regras sociais e familiares e de tabus, do nível de desenvolvimento da vítima, do que esta sabe, compreende, pode consentir e fazer (FALEIROS, 2000, p.10)

A forma de abuso sexual pode ser tão nocivas do que a relação sexual em si e caracterizada de várias maneiras.

Segundo, Cordeiro e Vieira (2006), existe o Abuso sexual verbal ou sem contato físico e abuso sexual com contato físico como segue:

Abuso sexual verbal ou sem contato físico;

**Assédio sexual:** 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.

**Exibicionismo:** São homens tímidos que têm medo do contacto sexual. Os praticantes expõem os seus órgãos genitais a pessoas do outro sexo nas ocasiões mais impróprias. Assim é uma forma de despertarem seus desejos sexuais e alcançarem o prazer, podendo se masturbar durante ou depois a exposição. O objetivo dos exibicionistas é chocar mulheres desconhecidas causando desgosto.

**Abuso sexual verbal:** São conversas abertas sobre atividades sexuais destinadas a despertar o interesse da criança, no adolescente e na família.

**Telefonemas obscenos:** A maior parte destes tipos de telefonemas é realizado por adultos, do sexo masculino. Estes podem gerar muita ansiedade na criança, no adolescente e na família.

**Voyeurismo:** É uma prática em que o indivíduo consegue obter prazer sexual através da observação de outras pessoas, que podem estar envolvidas em atos sexuais, nuas, ou em qualquer vestuário que seja apelativo para o “voyeur”.

**Crianças em fotografias pornográficas:** Esta é uma troca e difusão de material pornográfico obsceno entre pedófilos que envolvem crianças e adolescentes. Hoje em dia estas são trocadas através de sites na Internet.

Abuso sexual com contato físico;

**Estupro:** é quando ocorre a conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça;

**Atentado violento ao pudor:** Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal.

**Prostituição infantil:** Ato de submeter à criança ou adolescente à prostituição ou à exploração sexual.

**Incesto:** Esta é a relação sexual ou marital entre parentes próximos, ou seja, para além dos parentes por nascimento também são considerados parentes aqueles que se unem ao grupo familiar através do casamento. É um tabu em quase todas as culturas humanas e em alguns casos é punido como crime e conforme a religião pode ser considerado “pecado”.

**Corrupção:** Ato de abuso sexual considerado crime quando um indivíduo corrompe ou facilita a corrupção de um adolescente maior de 14 anos e menor de 18 anos mantendo com ele qualquer tipo de libidinagem.

**Sedução:** É quando há penetração vaginal, porém sem uso de violência física, em adolescentes de 14 a 18 anos incompletos;

**Estupro de vulnerável:** Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos. Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência. (BRASIL.Código Penal. Art. 217-A)

O abuso sexual tem duas categorias: intrafamiliar e extrafamiliar. O abuso sexual intrafamiliar é quando ocorre dentro da família, ainda que não tenha o mesmo tipo sanguíneo, mas há convivência no mesmo ambiente: pai, mãe, irmão, avô, tio, tia, padrasto e madrasta.

O abuso sexual extrafamiliar é praticado por indivíduos sem laços parentais, atos que são realizados fora do ambiente familiar.

O abuso sexual se dá em diversos ambientes como: escolas, instituições de privação de liberdade, instituições assistenciais, em comunidades, dentre outros.

Não existe um fator de risco específico, pois é uma problemática que atinge todos os meios: socioeconômicos, religiosos, étnicos e culturais, países pobres ou ricos.

Há fatores sociais como a miséria e o desemprego que podem ser apontados como responsáveis pela ocorrência do abuso sexual, mas não pode determinar, pois o abuso também ocorre em famílias aonde não tem estes problemas.

Assim, a violência sexual, no Brasil (e em outros lugares do mundo), não é um fenômeno restrito às camadas populares, mas envolve pessoas de todas as classes sociais, de diversos credos e áreas profissionais (MARTINS, 2010, p.664).

Há quem diga que é um dos “fenômenos humanos mais democráticos” (depoimento no filme Canto de Cicatriz - Chaffe, 2005), pois atravessa todas as camadas sociais, etnias, crenças e culturas. Bandeira (2015)

Outros autores indicam diversos fatores de risco como:

Ser menina, famílias com altos níveis de conflito conjugal, relatos de pouca ligação parental, relatos de superproteção paterna, relatos de problemas com álcool ou alcoolismo dos pais, meninas que vivem com padrastos ao invés de seus pais genéticos, crianças com problemas de desenvolvimento (atrasos ou deficiências) (Junior, 2003, p.28)

### **2.2.1 Abuso sexual infantil**

“O conceito de abuso sexual infantil consiste quando a criança em formação é usada como gratificação sexual de pessoas geralmente mais velhas, em um estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado.” (Cartilha Abuso Sexual, 2006,p.3).

O envolvimento de uma criança em práticas sexuais é considerado abuso sexual , mesmo quando há consentimento, já que não possui condições psicológicas, biológicas dentre outras para a sua defesa e sendo impossível considerar o consentimento é o que se considera abuso.

Outro conceito é o da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) que define abuso sexual infantil como,

o envolvimento da criança em atividade sexual para a qual ela não tem condições, capacidade ou está desenvolvida para compreender e consentir e, em termos amplos, fere as leis ou tabus sociais de uma sociedade. Além desses aspectos, a OMS destaca o aspecto relacional entre a criança e o adulto ou mesmo outra criança que, pela idade ou desenvolvimento situam-se em uma posição de responsabilidade, confiança ou poder, e têm intenção de satisfazer suas próprias necessidades.

Como já foi dito neste estudo, a violência contra a criança é histórica e mesmo com as Leis de proteção que existem como: Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente e Código Penal, as taxas de ocorrências reais são ainda maiores do que apresentadas, porque muitas vítimas não denunciam e a ação dos órgãos de proteção dependem da denúncia.

De acordo com a pesquisa os dados mais atualizados do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde,

Em 2011 no Brasil, foram registrados 14.625 notificações de violência doméstica, sexual, física e outras agressões contra crianças menores de dez anos. A violência sexual contra crianças até os 9 anos representa 35% das notificações e na faixa etária de 10 a 14 anos representa 10,5% das notificações e violência física (13,3%). Na faixa de 15 a 19 anos, esse tipo de agressão ocupa o terceiro lugar, com 5,2%, atrás da violência física (28,3%) e da psicológica (7,6%). Os dados apontam também que 22% do total de registros (3.253) envolveram menores de 1 ano e 77% foram na faixa etária de 1 a 9 anos. (Portal Brasil, 2014)

Segundo a revista *Adolescência e Saúde* (2014), em São Paulo, no mesmo ano 2011,

Foram notificados 3.557 casos de violência contra adolescentes, sendo: 64,7% violência física; 9,4% violência sexual; 20,5% violência psicológica; 4,7% negligência e 0,8% maus-tratos. (*Adolescência e Saúde*, 2014)

Nos casos de agressão ou ameaças, a denúncia protege a vida e a integridade da vítima e sua família, como diz a Constituição Federal de 1988, nos Artigos 227 e 5º:

Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão § 4.º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

Art. 5º - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (*Estatuto da Criança e do Adolescente*, 2015, p.32)

O Código Penal Brasileiro apresenta a violência e cita,

No intuito de proteger aqueles que não possuem capacidade de discernir entre concordar ou não com a prática de um ato sexual. São casos em que não se leva em conta a concordância ou não da vítima, constituindo em um ato violento contra a vontade da vítima (Art. 224 do Código Penal Brasileiro).

Devido ao sentimento de culpa, vergonha da família e da sociedade além do medo do agressor, muitas vítimas e suas famílias não denunciam, mantendo um pacto de segredo por muitos anos sem ser descoberto.

A denúncia é uma das questões cruciais para o enfrentamento das situações de abuso sexual contra crianças e adolescentes, bem como para elucidação de todo e qualquer crime. Implica em pessoas dispostas a correr riscos e romper com o pacto de silêncio que alimenta a impunidade e desprotege as vítimas (FALEIROS, 2003, p. 138).

Quando a vítima resolve denunciar ou ocorre a resistência, muitas vezes sofre ameaças por parte do agressor para não revelar o abuso.

Crianças vítimas de abuso sexual são afetadas em seu físico, psicológico, social e quando adultas podem reproduzir o que sofreram em outras crianças.

Podem surgir conseqüências a curto ou longo prazo, com resultados de acordo com a idade da vítima se dividindo em físicas e psicológicas, são elas:

lesões em geral, hematomas, lesões genitais, lesões anais, gestação, doenças sexualmente transmissíveis, agressividade, condutas sexuais inadequadas, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, de ligação afetiva e amorosa, dificuldades escolares, distúrbios alimentares, distúrbios afetivos (apatia, depressão, desinteresse pelas brincadeiras, crises de choro, sentimento de culpa, vergonha, autodesvalorização, falta de estima), dificuldades de adaptação, dificuldades em relação ao sono, envolvimento com prostituição, mudanças de comportamento e de vocabulário, queixas de ordem psicossomática, uso de drogas (CORDEIRO, 2006, P.5)

Segundo, GUERRA, 2011, dentre as conseqüências diretamente psicológicas, identificou-se 3 tipos de dificuldades:

Psicológicas: dificuldades de adaptação interpessoal em sua maioria, tais problemas tem por trás a dificuldade básica de relacionamento com figuras masculinas, o que é compreensivo, uma vez que em todos os casos estudados o agressor foi homem.

Dificuldade de adaptação sexual –(...) o medo da intimidade, enquanto marca deixada por uma intimidade vivenciada como desagradável e mais ou menos coercitiva.

Dificuldade de adaptação afetiva – sentimento de culpa, suicídio, fixação de idéias de morte, medo, auto-condenação, vergonha. (216-217)

Ainda como conseqüência, “as idéias de morte ocorreram em criança-vítima e o suicídio em adolescente-vítima (...)” (GUERRA, 2011, p.212)

Com relação às seqüelas, o autor diz:

Assim, seria um exagero afirmar que as vítimas de abuso sexual inevitavelmente sofrem um dano permanente. Há considerável

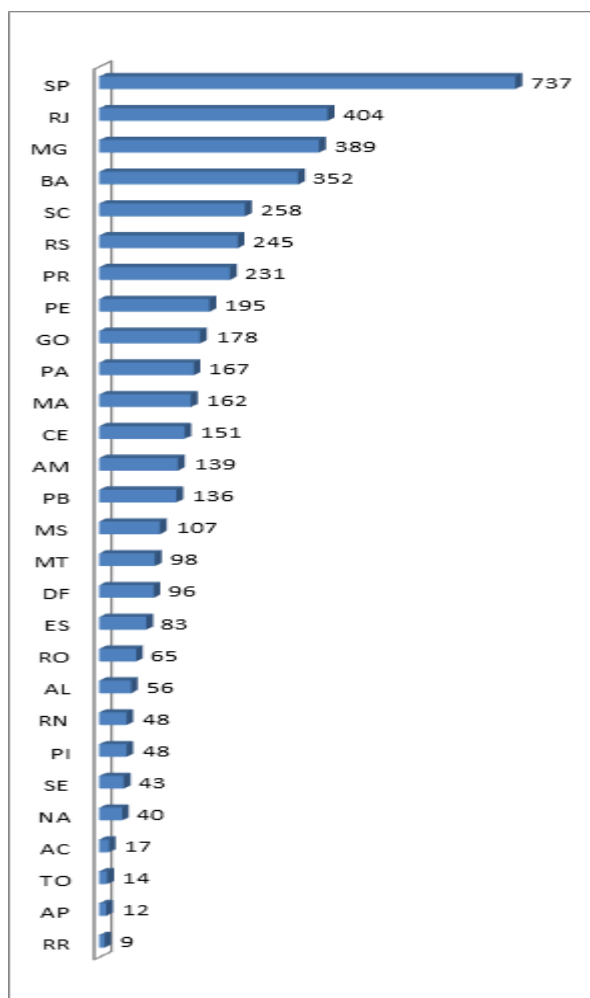
evidência sugerindo que vítimas infantil, enquanto grupo, são mais vulneráveis a certo numero de desenvolvimento patológicos em sua vida adulta e que um considerável numero de vítimas sofrem danos posteriores (...) (GUERRA. 2011, p.212)

### **2.2.2 Dados de abuso sexual infantil no Brasil**

Segundo dados estatísticos no Brasil obtidos da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH) e de acordo com as denúncias do Disque 100, Serviço de denúncias de Abuso e Exploração sexual contra Crianças e Adolescentes, o gráfico à seguir nos mostra em números absolutos, os casos de denúncias sobre exploração sexual de crianças e adolescentes, nos três primeiros meses deste ano em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) tiveram o maior quantitativo de denúncias,

A violência sexual é a quarta violação mais recorrente contra crianças e adolescentes denunciada no Disque Direitos Humanos. O Disque 100 é um serviço mantido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) para registro e encaminhamento de denúncias. (SDH/PR, 2015)

**Gráfico 1: Denúncias Violência Sexual – 1º Trimestre 2015, por UF**



Fonte: (SDH/PR, 2015)

Segundo a Secretaria de Direitos Humanos - SDH, nos três primeiros meses deste ano, foram denunciados 4.480 casos de violência sexual, o que representa 21% das mais de 20 mil demandas relacionadas a violações de direitos da população infanto juvenil, registradas entre janeiro e março de 2015.

Segue tabela do Laboratório de Estudo da Criança (LACRI), sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Segundo a autora e uma das pesquisadoras, Guerra (2011, p.321) no período em que foram feitas as pesquisas, a negligência aparece como a violência mais freqüentemente notificada, (veja quadro abaixo) o que demonstra a tese defendida por alguns historiadores brasileiros de que há uma cultura camuflada do abandono infantil no país.

Na ausência de critérios consolidados internacionalmente sobre a gravidade direta da violência doméstica contra crianças e adolescentes, optamos por estimá-la a partir da pesquisa qualitativa de casos que acompanhamos em todo o Brasil.

Os casos encontrados dão clara noção da crueldade e da periculosidade desse mal ainda considerado banal no nosso cotidiano.

**Quadro 1: Síntese de Violência Doméstica Notificada – Modalidade de VDCA**

Ano	Modalidade de VDCA - Incidência Pesquisada											
	Violência Física		Violência Sexual		Violência Psicológica		Negligência		Violência Fatal		Total de casos notificados	
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
1.996	525	44,0%	95	8,0%	0	0,0%	572	48,0%	0	0,0%	1.192	100,0%
1.997	1.240	60,1%	315	15,3%	53	2,6%	456	22,1%	0	0,0%	2.064	100,0%
1.998	2.804	22,2%	578	4,6%	2.105	16,7%	7.148	56,6%	0	0,0%	12.635	100,0%
1.999	2.620	39,3%	649	9,7%	893	13,4%	2.512	37,6%	0	0,0%	6.674	100,0%
2.000	4.330	38,9%	978	8,8%	1.493	13,4%	4.205	37,7%	135	1,2%	11.141	100,0%
2.001	6.675	32,9%	1.723	8,5%	3.893	19,2%	7.713	38,1%	257	1,3%	20.261	100,0%
2.002	5.721	35,8%	1.728	10,8%	2.685	16,8%	5.798	36,3%	42	0,3%	15.974	100,0%
2.003	6.497	31,3%	2.599	12,5%	2.952	14,2%	8.687	41,9%	22	0,1%	20.757	100,0%
2.004	6.066	31,0%	2.573	13,2%	3.097	15,8%	7.799	39,9%	17	0,1%	19.552	100,0%
2.005	5.109	26,5%	2.731	14,2%	3.633	18,9%	7.740	40,2%	32	0,2%	19.245	100,0%
2.006	4.954	26,7%	2.456	13,2%	3.501	18,9%	7.617	41,1%	17	0,1%	18.545	100,0%
2.007	2.940	25,1%	1.057	9,0%	2.285	19,5%	5.422	46,3%	10	0,1%	11.714	100,0%
<b>Total</b>	<b>49.481</b>	<b>31,0%</b>	<b>17.482</b>	<b>10,9%</b>	<b>26.590</b>	<b>16,6%</b>	<b>65.669</b>	<b>41,1%</b>	<b>532</b>	<b>0,3%</b>	<b>159.754</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: (LACRI,2007)

A violência incide desigualmente sobre crianças e adolescentes, em função de idade, pobreza, gênero, etnia e outros fatores.

Embora não existam dados sistemáticos para todas essas condições, alguns estudos realizados levam a reflexões. A pesquisa do quadro à seguir referente à violência notificada demonstrou um aumento crescente de notificações – o que não significa que esteja ocorrendo mais violência. Também mostra que existem vítimas de ambos os sexos, embora as do feminino sejam a maioria. (AZEVEDO E GUERRA , 2011, p.17-19)

**Quadro 2: Síntese de Violência Sexual Doméstica Notificada – Masculino e Feminino**

Ano	Violência Sexual						Total	
	Masculina		Feminina		Sem Info			
1.996	8	8,4%	68	71,6%	19	20,0%	95	100,0%
1.997	7	2,2%	80	25,4%	228	72,4%	315	100,0%
1.998	18	3,1%	174	30,1%	386	66,8%	578	100,0%
1.999	113	17,4%	536	82,6%	0	0,0%	649	100,0%
2.000	192	19,6%	786	80,4%	0	0,0%	978	100,0%
2.001	350	20,3%	1.373	79,7%	0	0,0%	1.723	100,0%
2.002	326	18,9%	1.402	81,1%	0	0,0%	1.728	100,0%
2.003	522	20,1%	2.077	79,9%	0	0,0%	2.599	100,0%
2.004	589	22,9%	1.984	77,1%	0	0,0%	2.573	100,0%
2.005	602	22,0%	2.129	78,0%	0	0,0%	2.731	100,0%
2.006	677	27,6%	1.779	72,4%	0	0,0%	2.456	100,0%
2.007	251	23,7%	806	76,3%	0	0,0%	1.057	100,0%
<b>Total</b>	<b>3.655</b>	<b>20,9%</b>	<b>13.194</b>	<b>75,5%</b>	<b>633</b>	<b>3,6%</b>	<b>17.482</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: (LA CRI,2007)

### 2.3Saúde Pública e o atendimento à população

O abuso sexual contra crianças é um problema mundial de saúde pública, social e histórico que infelizmente tem aumentado, tornando-se um motivo de preocupação por parte das autoridades sanitárias, sendo comprovado que trazem conseqüências à saúde, ao desenvolvimento afetivo e social da vítima e de sua família.

Porém, ao voltarmos ao início da História da saúde no Brasil, (INDRIUNAS, 2011) conta que “nos tempos de colônia, não existiam medidas sanitaristas como: vacinas, exames, prevenção e que por consequência começaram a surgir várias doenças graves, como varíola, malária, febre amarela.”

Não havia um modelo de saúde que atendesse a todos e não tinha caráter universal de proteção social,

(...) as únicas medidas sanitaristas até a República foi quando a família portuguesa chegou ao Brasil em 1808, devido às necessidades da corte, forçaram a criação das duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. E foram essas as únicas medidas governamentais até a República. (INDRIUNAS, 2011)

Movimentos sociais, greves e manifestações, começaram a se discutir a assistência médica, mas era apenas para atender aqueles que trabalhavam nas empresas.

A previdência social no Brasil deu os seus primeiros passos com a lei Elói Chaves (1923) que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), mas somente tinha direito os funcionários, conforme cita Indriunas (2011),

em 1930, Getúlio Vargas, suspendeu as CAPS e cria os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), dirigidos pelos sindicatos e não por empresas e com semelhantes atribuições ( assistência médica ao funcionário e a família, desconto em medicamento, aposentadorias e pensões para herdeiros)

Logo depois o IAPS criou a LOAS, como diz a citação,

Como forma de abranger o IAPs, em 1960 criou a Lei Orgânica da Previdência Social, unificando ao IAPs dirigidos a todos os trabalhadores regidos pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos (INDRIUNAS, 2011)

Ocorreram várias mudanças na assistência médica, inclusive surgiram os convênios médicos que recebiam repasses do governo e tinha como alvo somente a classe média que aderiu rapidamente. (INDRIUNAS, 2011)

Durante todas essas mudanças, a saúde pública passa a ser fiscalizada pela sociedade. A sociedade civil é mais ouvida e a partir de 1981, são criados Conselhos como: Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), “(...) com a população reivindicando um atendimento universalizado, aumento de assistência a saúde, gratuidade”, como diz (BRAVO, 2006, p.96),

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a estruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

O grande acontecimento que consolidou o direito a saúde, foi 1986 em Brasília em que ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde em que os temas

propostos foram: Direito a saúde, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial.

Com a Constituição de 1988, ocorreram mudanças ao novo sistema de saúde e universalizou o atendimento à saúde pública no Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Artigo 196)

No artigo 198 diz: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

A saúde pública também é responsável pelo tratamento de seqüelas e agressões do abuso sexual e os profissionais da saúde tem a função não somente de tratar, mas de atuar na prevenção, na orientação e no apoio junto a vítima e a família.

(...) prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de sequelas e deficiências, bem como de seus familiares. (BRASIL, 2001, p. 14).

Quando o Assistente Social entrou no campo da saúde, atuava em comunidades, com práticas educativas, higienistas, no controle de natalidade, no controle de doenças, dentre outros.

Na atualidade, organizações governamentais e não-governamentais, juntamente com a rede de Saúde, atuam no atendimento e tratamento às seqüelas causadas pelo abuso sexual, com equipes multidisciplinares e interdisciplinares.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), a saúde é definida como “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.”

O “estado de bem estar” vai além de uma medicina curativa, mas a atuação de uma equipe multidisciplinar: enfermeiros, psicólogos, assistente social, fisioterapeutas, dentre outros, para atender a outros fatores que envolvem o indivíduo como: sociais, ambientais, culturais, políticos e econômicos. (OMS, 2004)

A porta de entrada no SUS é através das Unidades Básicas de Saúde- UBS. Conforme cartilha do SUS, segue alguns serviços que são oferecidos pela rede pública:

Pronto Socorro, consultas com especialistas, pré-natal, parto, exames, procedimentos de média e alta complexidade como doação de sangue e transplante de órgãos, dentre outros.

As ações do SUS são diversas e incluem: fiscalização de medicamentos, apoio a pesquisas científicas, contribuição em questões de saneamento básico, vigilância sanitária para fiscalizar alimentos e bebidas, controle de água potável que chegam às residências, campanhas de vacinação, etc. (Sistema Único de Saúde 2015)

### 2.3.1 O Serviço Social na Saúde

Segundo Bravo (2006, p. 28), a expansão do Serviço Social ocorreu à partir de 1945 e cita os motivos, quando diz:

A expansão do Serviço Social no país, ocorre a partir de 1945, relacionada às exigências e necessidades de aprofundamento do Capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial (BRAVO, 2006,p.28)

Nesta década, se ampliou as ações dos profissionais de saúde, se tornando o setor que mais admitiu assistentes sociais.

Segundo Bravo (2006, p.28), a influência norte-americana na profissão substituiu a européia, que marcou a conjuntura anterior, tanto no nível de formação profissional – com alteração curricular – como nas instituições prestadoras de serviço.

Um marco de mudanças e influências norte-americanas ocorreu após o Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941 “(...) em que posteriormente foram criados diversos mecanismos de interação mais efetiva, como o oferecimento de bolsas aos profissionais brasileiros e a criação de entidade” (BRAVO, 2006, p.28)

O “novo” conceito de saúde, elaborado pela OMS (1948) – Organização Mundial de Saúde, em que enfoca os aspectos biopsicossociais, ou seja, além do biológico, também os aspectos mentais e sociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o Assistente Social. (BRAVO, 2006, p.28)

A equipe multidisciplinar fazendo um trabalho racionalizador, abordando em vários aspectos, fazendo um trabalho educativo e preventivo.

Outra atuação do assistente social refere-se a consolidação da Política Nacional de Saúde, em que a Assistência não era universal gerando exclusão.

“Na área da saúde a partir da década de 50, os profissionais tiveram como local de trabalho os hospitais e ambulatórios, com serviços que envolviam orientar a população sobre a educação sanitária.” (BRAVO, 2006, p.29)

A profissão foi se estruturando e em 1957 a Lei 3252, regulamentou a profissão.

A regulamentação ocorreu em um momento em que os poderes dominantes da época (burguesia, Igreja Católica e Estado) se relacionaram com a profissão com o objetivo de controlar as insatisfações que vinham da relação capital/trabalho.

O Serviço Social sofreu profundas transformações, no pós-1964: uma profissão que tinha característica conservadora, curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais (BRAVO, 2006, p.31)

A situação começava a se modificar, era questionada em torno da temática “desenvolvimento” e suas repercussões na América Latina e exigia uma renovação do Serviço Social.

O principal veículo responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, no período de 1965 e 1975, foi o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS), que difundiu a “perspectiva modernizadora” no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós-1964 (NETTO, 1996)

Na década de 80, no Brasil, foi um período de grande mobilização política e mudança na assistência à saúde, quando ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Foi aprovada a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e “no que tange ao modelo de proteção social, a Assistência Social juntamente com a Saúde e a Previdência integram a Seguridade Social” (BRAVO, 2006, p.33)

Na época o Serviço Social recebia as influências da Reforma Sanitária “(...) significando o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista”. (BRAVO, 2006, p.34)

No processo de renovação da profissão, os profissionais da vertente marxista se inseriram a maioria dentro das Universidades, não trazendo renovação dentro dos serviços, e pouco nas intervenções, pois cresceu na busca da fundamentação e consolidação. BRAVO (2006)

A profissão estava sendo reformulada conforme cita (BRAVO, 2006, p.56):

Com as Reformulações ocorridas em 1986, rompendo com os princípios conservadores a profissão sofreu mudanças e necessitou de nova regulamentação. Na década de 90, a Lei de nº 3252, de 27 de Agosto de 1957 foi alterada pela Lei nº 8662, de 7 de Junho de 1993, regulamentando a profissão e o novo Código de Ética da profissão, instituído pela Resolução 273/93 do CFESS - Conselho Federal de Serviço Social, para expressar um profissional que trabalha "(...)na defesa de princípios e valores de ordem humanística, libertária, democrática e igualitária."

O Conselho Federal de Serviço Social que representa o Serviço Social tem como eixo,

(...) um dos eixos de suas frentes foi "Trabalho, direitos e democracia: a resistência ao neoliberalismo", por meio do qual é reafirmada a defesa das políticas públicas, sendo o compromisso com a seguridade social pública uma estratégia central (BRAVO, 2006, p.38)

Na área da saúde o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e em outras áreas das políticas sociais públicas, tem como estratégia o fortalecimento da política pública, na perspectiva da democratização do Estado e da sociedade brasileira.

Segundo Bravo comenta, "o trabalho do Assistente Social na saúde deve ter como principal uma busca criativa e incessante de conhecimentos, articulados aos princípios do projeto de reforma sanitária e pelo projeto ético-político do Serviço Social." (2006)

O profissional de Serviço Social trabalha na questão de colocar-se entre a instituição e a população, orientando e encaminhando para adquirir benefícios e serviços.

O Assistente Social trabalha com os interesses históricos da classe trabalhadora, com a exploração do trabalho que culmina nas diferentes questões sociais e com o compromisso da profissão que está nas garantias Constitucionais (direitos civis, sociais e políticos) do trabalhador.

### **2.3.2 Atribuições do Assistente Social na área da Saúde**

Na década de 40, no Brasil, o Serviço Social entrou na área da saúde através dos trabalhos em Comunidades, pelas práticas educativas de higiene, controle de natalidade, prevenção a doenças.

Após as reformulações e mudanças de Leis, o Serviço Social é uma profissão de caráter sócio-político, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das ciências humanas e sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da “questão social”, isto é, no conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho. (CRESS – MT, 2016)

O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação como já foi referido. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade, como já ressaltados neste estudo.(CFESS, 2009)

Na Saúde, o Assistente Social faz a mediação entre a Instituição e o usuário do serviço buscando facilitar o acesso aos serviços oferecidos pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

A área da saúde compreende, desde a atenção básica até os de atendimento de alta e média complexidade,

que são as Unidades de Saúde da Família, postos, centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), hospitais gerais, de emergência especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal(CFESS, 2009, p.41)

Segundo Portal do (Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV, 2016), as atividades desenvolvidas pelo Assistente Social são:

- Atendimento ao público interno e externo
- Visita diária aos leitos
- Orientações quanto às Normas e Rotinas
- Orientações previdenciárias
- Contatos encaminhados aos recursos da comunidade
- Realização de reuniões nas clínicas
- Palestras
- Entrevista social
- Visita domiciliar
- Resgate de familiares de pacientes não identificados
- Supervisão de estágio
- Remoção
- Autorização para entrada de menor
- Contato telefônico com familiares de usuários ou com outras instituições

O Assistente Social na área da saúde trabalha também em plantão atendendo a usuários que procuram o serviço de acordo com as necessidades, atua nas áreas institucionais, comunitários e de apoio familiar, entre outras.

“No atendimento às crianças vítimas de abuso sexual e suas famílias, o Assistente Social trabalha com o compromisso de sigilo e proteção à identidade da criança e do adolescente abusados com o compromisso ético profissional.” (BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2009).

Conforme diz o (ECA) nos artigos 17 e 18:

Art. 17: O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Art. 18: É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

“O profissional deverá fazer um trabalho de escuta, sem julgamento, favorecendo um vínculo de confiança.” (BRASÍLIA. SESDF, 2009)

Revitimização é a repetição de atos de violência pelo agressor ou a repetição da lembrança de atos de violência sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais; é uma forma comum de violência.

Isso pode acarretar prejuízo também para a justiça, pois a vítima, por cansaço, pode omitir fatos ou, por considerar que está chamando a atenção, pode aumentar os acontecimentos. (BRASÍLIA. SESDF, 2009)

Ainda assim, conforme o Manual para Atendimento às vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (2009),

Outras formas de revitimização é a peregrinação pelos serviços de saúde para receber atendimento ou quando esse atendimento é sem privacidade, expor a dor e sofrimento diante de terceiros. Essa falta de sigilo pode estigmatizar a criança ou o adolescente como “abusada”, agravando o trauma.

“A ansiedade ou curiosidade do profissional devem ser evitadas para que não o levem a pressionar o paciente ou sua família para obter informações. Procurar não perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida.” (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, pg.58)

Se necessário, primeiramente, conversar sobre assuntos diversos, podendo contar com o apoio de jogos, desenhos, livros e outros

recursos lúdicos, demonstrando segurança durante o atendimento, a fim de fortalecer a confiança.

Permitir que a criança ou o adolescente se expresse com suas próprias palavras, respeitando seu ritmo. (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, pg.58)

A articulação com a equipe interdisciplinar enriquece o atendimento ao usuário, cada um à sua especialidade, não dissolvendo as atribuições e as competências, ao contrário traz maior clareza no trato.

Na escuta à vítima, “o técnico, preferencialmente, deve ser um Psicólogo ou um Assistente Social, sendo “desejável que possua habilidade em ouvir, demonstre paciência, empatia, disposição para o acolhimento, assim como capacidade de deixar o depoente à vontade(...)” (Muner. Abuso Sexual: a criança em foco, 2012)

Muner (2012) completa quando diz: Assim, a escuta destas crianças deve ser feita de forma que estas sejam respeitadas em suas vontades e da forma menos invasiva possível. Mas este é tema de muitas discussões, principalmente sobre qual profissional deve fazê-la e de que modo deve ser feita.

As atribuições Assistente Social na área da Saúde, contemplam diversas demandas sendo as principais “(...)as ações socioassistenciais que devem ser desenvolvidas para potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais” (CFESS, 2009, p.44)

"As ações socioeducativas, consiste em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagem individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática.” (CFESS,2009, p.54)

Muitos profissionais que não tem conhecimento das atribuições do Serviço Social, solicitam ações que não são da profissão como consta no CFESS, 2009, p.47)

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)<sup>32</sup>, medicação de

alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

Muitas vezes o Assistente Social tem dificuldade com a Instituição e com os outros profissionais que desconhecem as atribuições e incluem ações técnicas - administrativas na dinâmica de trabalho do dia a dia.

Segundo (WITIUK, 2015), muitos profissionais da área, trabalham como assalariados e estão subordinados a hierarquia da instituição, a grande maioria tem a função de execução de tarefas e não de decisão.

“Os depoimentos dos profissionais revelam as dificuldades encontradas no seu desempenho profissional: desconhecimento de outros profissionais do papel do assistente social (“pau para toda obra”)” (WITIUK, 2015)

No dia a dia, um dos fatores que mais prejudicam um trabalho de forma integral é a grande demanda de serviços, fazendo com que o trabalho torne-se não-reflexivo. (WITIUK, 2015).

Outros profissionais encaminham serviços ao Assistente Social, que não conseguem resolver ou não tem tempo.

Essas dificuldades devem ser esclarecidas pelos profissionais em reuniões e debates para esclarecimento das ações, rotinas e planos de trabalho. CFESS (2009)

Segundo o CFESS, outra atribuição designada ao Serviço Social é através de “(...) ações voltadas a Mobilização, Participação e Controle Social, na luta e reivindicação pelo direito a saúde com a participação de usuários, familiares e trabalhadores de saúde” (CFESS, 2009, p.57)

O CFESS ainda cita outras atribuições do Serviço Social, como:

Investigação, Planejamento e Gestão que envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. (CFESS, 2009, p.60)

Nas atividades de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional, o Assistente Social atua em,

Qualificação e formação profissional visando o aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes

da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente. (CFESS, 2009, p.60)

O conteúdo deste texto enfatizou os parâmetros para atuação do Serviço Social. Ampliar e trazer a reflexão dos outros profissionais com relação à profissão e fortalecer o projeto ético-político profissional. (CFESS, 2009)

## **2.4 Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violências**

O Ministério da Saúde, no intuito de chamar a atenção dos profissionais de saúde para o atendimento integral lançou a primeira edição atualizada em 2014 do documento “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas famílias em situação de violências – Orientação para gestores e profissionais de saúde” com o propósito de criar ações contínuas de combate à violência.

“(…) A Linha de Cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para alcance da atenção integral ou da integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS, que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014)

Através da Portaria numero 1.130 de 5 de Agosto de 2015, do Ministério da Saúde que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), confirma a implementação em seu Art.11 quando diz:

Art. 11. São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz:

I - o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual;

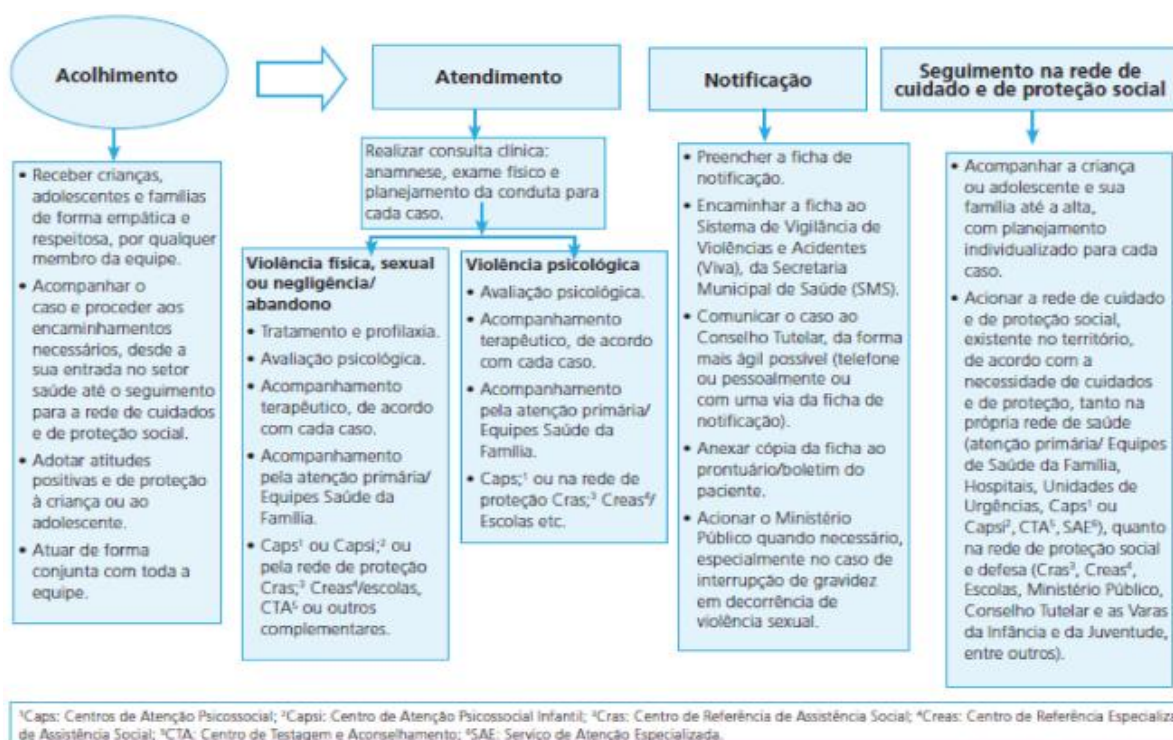
II - a implementação da "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência";

III - a articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e

IV - o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não-governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

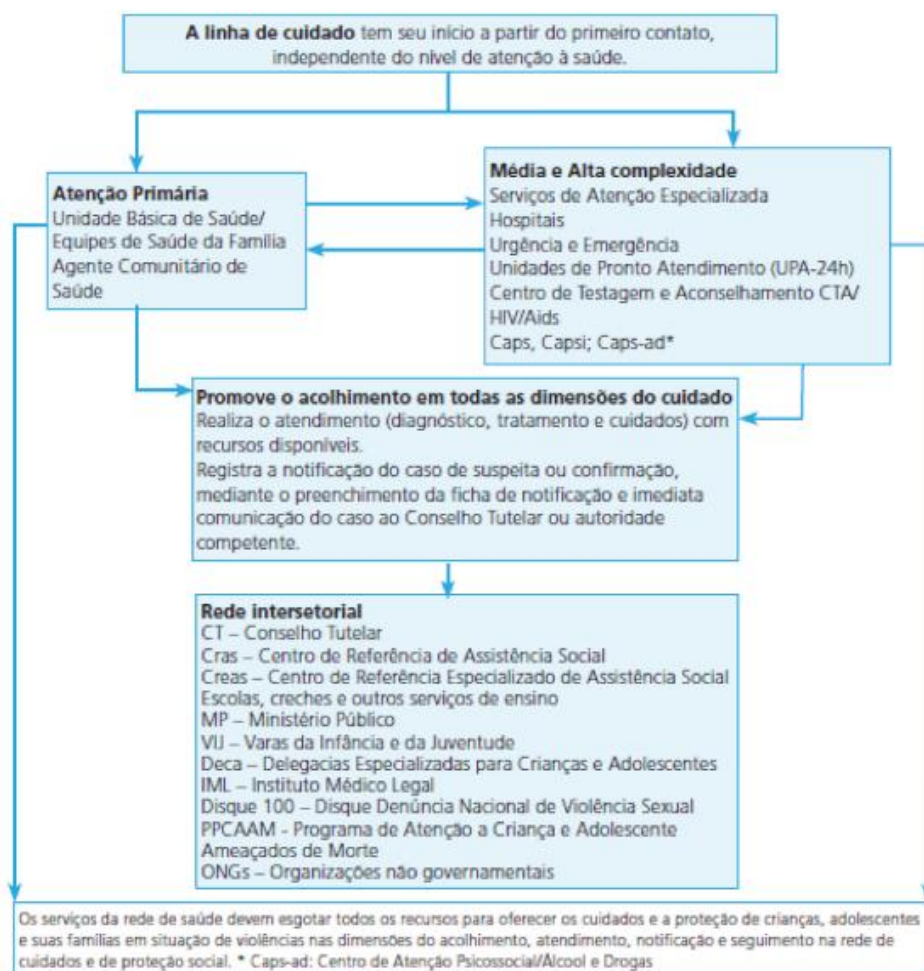
Segundo a linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, o atendimento compreende desde o acolhimento, atendimento, notificação e encaminhamento para os órgãos de proteção social. (Brasil, Ministério da Saúde, 2014)

**Figura 1 : Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2014

**Figura 2 : Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2014

De acordo com a Linha de cuidados, o acolhimento é o primeiro passo para a criação de vínculos com o usuário, pois é através de um bom atendimento, uma escuta qualificada, a humanização das ações incluindo um local físico adequado, que irá facilitar a abordagem com a família em situação de violência. (2014)

A Cartilha (2014) ainda diz sobre o acolhimento:

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas um posicionamento ético que não pressupõe hora nem especificidade de um profissional para fazê-lo.

Colocar em prática a ação do acolhimento requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica (...) a humanização das relações em serviço; a adequação da área física (...) (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.52)

O profissional deve adquirir uma postura durante a entrevista com a vítima, de acordo como cita a Linha de Cuidados (2014)

“É importante evitar julgamentos e comentários de alerta, indignação, censura ou acusação e confrontos. Na entrevista com os responsáveis, é fundamental estabelecer uma relação empática, deixando claro que o objetivo maior é a proteção da criança ou do adolescente, mantendo sempre uma atitude de isenção e bom senso. Caso o profissional perceba que há risco de revitimização ou considere que a própria família represente um risco para criança ou do adolescente, deve contatar imediatamente o Conselho Tutelar, a fim de comunicar a situação e receber orientações para proteger a vítima, diz a Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violências, 2014, p.54)”

Para a Linha de Cuidados (2014 p.55), “no momento do atendimento deve-se considerar consensos fundamentais que devem ser respeitados como: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo, principalmente quando confirmado a violência sexual.”

Ética – é a relação do profissional de saúde com crianças e adolescentes pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente e pelo Código de Ética de diferentes categorias.

Privacidade – em um espaço de consulta/atendimento; adolescentes podem ser atendidos sozinhos, caso desejem, independente da idade, como forma de respeito à sua autonomia e individualidade. Essas atitudes contribuem para o aumento da autoestima e o fortalecimento da sua responsabilidade com a própria saúde, além da obtenção, pelo profissional de saúde, de informações privilegiadas em caso de suspeita de violência.

Confidencialidade e sigilo – as informações prestadas por adolescentes e crianças durante a consulta/atendimento devem ter o sigilo garantido.

A quebra do sigilo deve ser feita sempre que houver risco de morte ou riscos relevantes, a exemplo de situações como violência sexual ou exploração sexual, risco ou tentativa de suicídio, risco ou tentativa de aborto, informações sobre homicídio, dependência de álcool e outras drogas, gravidez e outros.

A Linha de Cuidados refere que o atendimento ao usuário nos casos de violência deve ser feito pela equipe multidisciplinar quando cita,

O atendimento aos casos de violência deve ser feito em ação multidisciplinar, dentro do próprio serviço de saúde articulada com as redes de cuidado e proteção social.

De acordo com o estudo, no atendimento é importante uma avaliação da equipe multidisciplinar para entender o nível de gravidade da situação de violência, determinado pela análise de vários fatores. (Brasil. Ministério da Saúde, 2014)

A notificação dos casos de violência, também faz parte da Linha de Cuidados é “(...)um importante instrumento de proteção e não de denúncia e punição(...)” (Brasil.Ministério da Saúde, 2014, p.71)

“No atendimento nos serviços de saúde o profissional vai avaliar qual o melhor momento de registrar o ocorrido notificar e encaminhar para o Conselho Tutelar e nos casos de suspeita ou confirmação de violência, a notificação é obrigatória e deve ser feita em três vias, sem prejuízo de outras providências legais (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.72).

A Cartilha do Ministério da Saúde (2014), refere que em todos os casos devem serem feitas as notificações, conforme cita:

Em todos os casos que houver negligência ou qualquer outra forma de violência devem ser notificados e encaminhados ao Conselho Tutelar, cabendo ao serviço de saúde, por meio da equipe, avaliar qual o melhor momento de registro na ficha de notificação, independente se a família quer ou não a notificação, o profissional de saúde deverá informá-la de que irá notificar o caso aos órgãos competentes, amparado pelo ECA em seu Artigo 13 e 245 que diz:

Art. 13: Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Art. 245: Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

De acordo com a Cartilha Linha de Cuidados (2014), desde 1º de Agosto 2006, o Ministério da Saúde, estruturou um sistema de notificação de dados no âmbito do Sistema Único de Saúde que são:

Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN para Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva-Contínuo), e Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes - SIVA vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares.

“O registro dos dados no módulo do Sinan-Net (ANEXO D)<sup>1</sup> é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica do município ou outra área/setor que o gestor local definir, diz a Cartinha do Ministério da Saúde (2014).”

Segundo a Portaria de nº 1102/2015 de 19/06/2015, a notificação é de natureza compulsória conforme cita em seu Artigo 1º e 2º:

Art. 1º - Estabelecer a notificação compulsória dos casos de violências e de acidentes, nos serviços de saúde públicos e privados, no Município de São Paulo.

§ 1º - A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de violências e acidentes, de acordo com as normas técnicas estabelecidas pela SMS.

Art. 2º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

De acordo com o Artigo 4 § 2º “O registro das notificações de acidentes urbanos será realizado no Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes - SIVA” e o registro das notificações de violências será realizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Todos os dados preenchidos na ficha de notificação busca uma atenção integral à vítima e a humanização daquelas que sofreram violências, segundo diz a Cartilha Linha de Cuidados (2014, p. 73):

A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas contra crianças e adolescentes, o perfil das vítimas e dos (as) prováveis autores (as) de agressão. Todas essas informações possibilitam que o Poder Público e as três esferas de gestão SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, definam prioridades e estabeleça políticas públicas de prevenção de violências e de promoção da saúde e da cultura de paz, o que deve ser feito articulando-se os diversos integrantes da rede de cuidado e de proteção às crianças e adolescentes (...)

Fluxo do registro da notificação e medidas de proteção, segundo a Linha de Cuidados (2014 p.73):

- Preencher a Ficha de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Viva-Contínuo), com o maior número de informações possíveis para a garantia dos direitos, proteção e defesa de crianças, adolescentes e suas famílias.
- Preencher a Ficha em três vias: a ficha original deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde/Epidemiológica, da

<sup>1</sup> Anexo da Ficha de Notificação (SINAN) pelo pesquisador

Secretaria de Saúde do Município; a segunda via deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes (Varas Vara da Infância e da Juventude ou Ministério Público); a terceira via fica na Unidade de Saúde que notificou o caso de Violência

Para o acompanhamento das ações de proteção a violência, a Linha de Cuidados ressalta que “o profissional deve estabelecer um contato prévio com o serviço para o qual notificará, comunicando o relatório enviado e os procedimentos adotados.(Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.76 )”

“Para que esta linha de cuidados na saúde funcione em sua prática é necessário que haja um fluxo de trabalho, que sejam traçadas diretrizes desde a triagem e se tornem rotina para os profissionais. (Brasil. Ministério da Saúde, 2014)

É necessário que haja um acordo de funcionamento, feito por todas as chefias, coordenações gerências, em relação aos fluxos entre os que coordenam as Unidades da Atenção Básica, a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de urgência e hospitalares, assim como as áreas meio da Secretaria de Saúde. (FRANCO, 2016)

“E de acordo com a Linha de Cuidados, as redes de proteção à saúde vão trabalhar por um objetivo comum, que é a atenção contínua e integral a determinada população.(Brasil. Ministério da Saúde, 2014, pg.77)”

São serviços que contribuem para a garantia de direitos das crianças e adolescentes em situação de violência, que é essencial que se integrem não somente para trocas experiências, mas para enfrentar problemas concretos e comuns cuja a solução não está ao alcance de um isoladamente.(Ministério da Saúde, 2014)

Nesse sentido, é fundamental que cada município organize e estructure a sua rede de saúde articulada com as redes da assistência social, da educação e com os sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e conselhos de direitos e a sociedade civil organizada existentes no território para fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. (Brasil. Ministério da Saúde. 2014, p.78)

Segundo a Cartinha, os diferentes níveis de atenção em saúde (primária, Média e Alta complexidade e a Rede Intersetorial), “exigem dos profissionais habilidades e conhecimentos diferenciados para abordagem de cada caso, levando em consideração o serviço onde o profissional se encontra e os dispositivos da rede que lhe são oferecidos.” (2014, p.78)

“A atenção primária é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde (Cartilha, 2014) em que são realizados os atendimentos nas Unidades Básicas de

Saúde – UBS, com as equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde conforme cita,

Tais equipes possuem espaço privilegiado para a identificação dos casos de violência pelo grande leque de ações e pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva desenvolvidas no território. Por estarem geograficamente muito próximos das famílias, os profissionais da atenção primária tem maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências em crianças e adolescentes, realizar o acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificar os casos e encaminhar para rede de cuidados e proteção social. (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.80)

Os atendimentos de Média e Alta complexidade são os serviços especializados no atendimento aos casos de violência e estão vinculados a um estabelecimento de saúde,

público ou conveniado com a rede SUS, que são os Hospitais, Maternidade, Unidade de Urgência e Emergência, podendo ainda ser prestado por Organização Não Governamental (ONG).

Todos devem dispor de equipes multidisciplinares e sua composição varia de acordo com a capacidade instalada e o tipo de organização dos serviços. Em geral, essas equipes são compostas por médicos (pediatras, ginecologistas, psiquiatras), enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, mas pode haver também odontólogos, nutricionistas, pedagogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, advogados, dentre outras categorias profissionais. (Brasil.Ministério da Saúde, 2014, p.80)

Conforme a Cartilha e estudo detalhado a seguir, as Redes Intersetoriais de cuidado e de proteção social para a atenção integral à criança em situação à violência, trabalha como suporte da rede de saúde no sentido do

“(...) fortalecimento dos indivíduos e dos grupos familiares para o rompimento da cadeia de violência quanto para o acompanhamento de possíveis seqüelas psíquicas e emocionais resultantes das situações a que estão expostas. (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.81)

#### **2.4.1 Redes de Proteção Social**

Diante das demandas de atendimento, a comunicação e a articulação do Assistente Social com as redes de proteção, são indispensáveis, pois permite fortalecer a ação e os resultados.

Ao contrário do setor policial e jurídico, a área da saúde trabalha na promoção da saúde e qualidade de vida, com isso a violência e o abuso sexual tem sido uma

das grandes demandas da realidade nos hospitais e unidades de saúde. Segundo Moura e Reichenheim (2005, p. 1.125),

os serviços de saúde podem desempenhar um papel importante na implementação das modificações necessárias por se apresentarem como locais propícios à revelação dos casos de violência familiar. Esta prerrogativa pode contribuir de maneira decisiva, não só na identificação dos eventos que merecem atuação imediata ou mediata, mas também para um conhecimento mais consistente da magnitude do problema. [...] Estudos revelam que os dados gerados no âmbito da saúde tendem a ser mais completos do que os provenientes de outros setores, tais como os oriundos dos setores policiais e jurídico.

Faz parte dos órgãos de proteção à criança e ao adolescentes vítimas de abuso sexual, os Conselhos Tutelares, o Ministério Público, o Juizado da Infância e Juventude, as Delegacias, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Instituto Médico Legal (IML), Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), Hospital Pérola Byington e outras instituições que compõem a rede de atendimento.

### **Conselho Tutelar**

O Conselho Tutelar é a primeira medida a ser acionada, com base no ECA na denúncia à violência, como diz em seu Artigo 131: “**Art. 131.** O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei.”

Conforme Artigo 136 do ECA, segue as atribuições específicas:

1. Atender crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts.98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;
2. Atender e aconselhar pais ou responsáveis, aplicando as medidas previstas no art.129, I a VII;
3. Promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:
  - a) Requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;
  - b) Representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações;
4. Encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança e do adolescente;
5. Encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;

6. Providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor do ato infracional;
7. Expedir notificações;
8. Requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;
9. Assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;
10. Representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, §3º, inciso II, da Constituição Federal.

O Conselho Tutelar tem como atribuições, entre outras, requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e emprego, exercendo a função importante na interlocução com a autoridade judiciária para o efetivo cumprimento destes direitos. (Brasil. Ministério da Saúde, 2014)

### **Ministério Público Federal**

“O Ministério Público é uma espécie de "Advocacia pública”, mantida por lei para defender os interesses da administração pública e de toda a população” (AGARRAYUA,2015)

De acordo com o Art. 127 da Constituição Federal,

“O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”

O Conselho Tutelar encaminha os casos ao Ministério Público, aonde os Promotores que tem a responsabilidade de instaurar o inquérito civil e fazer o levantamento de documentos e coleta de provas. Enquanto acompanham os casos o MP também busca mecanismos de proteção à vítima.

Como atua o Ministério Público?

- 1-Promove ação direta de inconstitucionalidade e ação declaratória de constitucionalidade
- 2-Promove representação para intervenção federal nos Estados e Distrito Federal
- 3-Petra habeas corpus e mandado de segurança
- 4-Promove mandado de injunção
- 5-Promove inquérito civil e ação civil pública para proteger os direitos constitucionais, patrimônio público e social, meio ambiente, patrimônio cultural e interesses individuais indisponíveis, homogêneos e sociais, difusos e coletivos
- 6-Promove ação penal pública
- 7-Expede recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública

8-Expede notificações ou requisições (de informações, de documentos, de diligências investigatórias, de instauração de inquérito policial à autoridade policial)  
(Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP, 2015)

As autoras, Habigzang, Azevedo, Kocler, Machado (2006) afirmam que,

O motivo de encaminhamentos de casos ao Ministério Público, em 87 dos 94 casos, foi a violência sexual. Outros motivos de encaminhamento identificados nos processos foram: situações de negligência (24,5%), abuso físico e psicológico (17,1%), abandono (4,3%), tentativa ou suspeita de violência (6,4%), exploração sexual comercial (2,1%) associada à questão do abuso sexual.

### **Juizado da Infância e Juventude**

Trabalha na garantia dos direitos da Criança e do Adolescente em cumprimento com o Estatuto da Criança e do Adolescente prestando apoio aos magistrados prestando assessoria e se articulando para o bom desempenho de suas funções.

O Juiz da Infância e Juventude tem a competência de processar e julgar as causas previstas no ECA, inclusive em questões penais cometidas por adolescentes e em questões cíveis em geral pertinentes a criança e o adolescente, atendendo os casos que são encaminhados pelo Conselho Tutelar aplicando medidas necessárias.

Tem o papel implementar de atendimento socioeducativo, de Convivência Familiar e Comunitária ou de Enfrentamento à violência sexual de crianças e adolescentes. Para tanto, a Coordenadoria celebra parcerias e desenvolve ações de sensibilização, mobilização e capacitação dos magistrados e funcionários com atuação na área da infância e da juventude no Estado de São Paulo, bem como contribui para a tomada de providências nas ações que demandem o envolvimento da Justiça Paulista como um todo. (Tribunal de Justiça São Paulo, 2015)

Da Justiça da Infância e Juventude, o Estatuto da Criança e do Adolescente, dispõe:

**Art. 148.** A Justiça da Infância e da Juventude é competente para:  
I - conhecer de representações promovidas pelo Ministério Público, para apuração de ato infracional atribuído a adolescente, aplicando as medidas cabíveis;  
II - conceder a remissão, como forma de suspensão ou extinção do processo;  
III - conhecer de pedidos de adoção e seus incidentes;  
IV - conhecer de ações civis fundadas em interesses individuais, difusos ou coletivos afetos à criança e ao adolescente, observado o disposto no art. 209;

- V** - conhecer de ações decorrentes de irregularidades em entidades de atendimento, aplicando as medidas cabíveis;
- VI** - aplicar penalidades administrativas nos casos de infrações contra norma de proteção à criança ou adolescente;
- VII** - conhecer de casos encaminhados pelo Conselho Tutelar, aplicando as medidas cabíveis.

**Parágrafo único.** Quando se tratar de criança ou adolescente nas hipóteses do art. 98 é também competente a Justiça da Infância e da Juventude para o fim de:

- a)** conhecer de pedidos de guarda e tutela;
- b)** conhecer de ações de destituição do poder familiar, perda ou modificação da tutela ou guarda; (Expressão substituída pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência
- c)** suprir a capacidade ou o consentimento para o casamento;
- d)** conhecer de pedidos baseados em discordância paterna ou materna, em relação ao exercício do poder familiar; (Expressão substituída pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência
- e)** conceder a emancipação, nos termos da lei civil, quando faltarem os pais;
- f)** designar curador especial em casos de apresentação de queixa ou representação, ou de outros procedimentos judiciais ou extrajudiciais em que haja interesses de criança ou adolescente;
- g)** conhecer de ações de alimentos;
- h)** determinar o cancelamento, a retificação e o suprimento dos registros de nascimento e óbito.

### **Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)**

“uma unidade pública e estatal, que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, etc.” (Secretaria de Desenvolvimento Social, 2015)

Segundo (SDS, 2015), o CREAS trabalha com o objetivo de atender a vítima e a família na situação de violência vivenciada, com o foco na promoção dos direitos socioassistenciais e proteção. Buscam recuperar a auto-estima, estabelecer identidades, referências e valores através do acolhimento e escuta qualificada, com o objetivo de fortalecer vínculos familiares e comunitários.

No exercício de suas atividades, trabalha conjuntamente na articulação com outras redes de serviços de assistência social e órgãos de defesa de direitos.

### **Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**

É uma unidade pública municipal que executa serviços de proteção social, ampliação e acesso a direitos de cidadania. Geralmente se localiza em áreas de

vulnerabilidade com o objetivo de trabalhar o fortalecimento familiar para prevenir rompimentos.

Destina-se à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção básica às famílias e aos indivíduos e à articulação desses serviços no seu território de abrangência à ação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social. O principal serviço ofertado é o Programa de Atenção Integral as Famílias (Paif). (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.84)

### **Disque Direitos Humanos (Disque 100)**

É um serviço de utilidade pública mantido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDHPR),

criado desde 1997 por ONGs e em 2003 passou de para responsabilidade do Governo Federal, funcionando 24 horas em todo o território nacional, em que o usuário do serviço por meio de ligações gratuitas, pode fazer denúncias sem precisar se identificar. (SDHPR, 2015)

“Segundo a Secretaria, as denúncias são encaminhadas aos órgãos de proteção, defesa e direitos humanos, no prazo de 24 horas, “priorizando qual órgão intervirá de forma imediata no rompimento do ciclo de violência e proteção à vítima” Vieira (2015)

### **Instituto Médico Legal (IML)**

O IML é um órgão do Governo do Estado de São Paulo criado com o intuito de fornecer bases técnicas em Medicina Legal para o julgamento de causas criminais. A função mais conhecida é a necropsia para exame do indivíduo após morte, no entanto este tipo de exame constitui-se apenas 30% do movimento, pois a maior parte do atendimento 70% é dada a indivíduos vivos, pessoas que foram vítimas de acidente de trânsito, agressões, acidentes de trabalho, exames de conjunção carnal, ato libidinoso, verificação de aborto, dentre outros, emitindo seus respectivos laudos. (Secretaria da Segurança Pública de São Paulo, 2015)

“A Divisão de Laboratórios executa exames periciais toxicológicos e de vestígios biológicos como pesquisa de sêmen e sangue humano.” (SSPSP, 2015)

## **Delegacia de Defesa da Mulher (DDM)**

A partir de 1996, a DDM passou a atender também crianças e adolescentes vítimas de violência física, moral e sexual.

Em parceria com a Secretaria de Saúde, o Programa Bem-Me-Quer tem como objetivo dar atendimento diferenciado a vítimas de estupro, atentado violento ao pudor, sedução e outros crimes relacionados a esse tipo de violência, por meio da integração entre polícia, serviço médico, psicológico e jurídico. Neste programa, há o acionamento de viaturas especialmente desenvolvidas para acolhimento e transporte da vítima até o Hospital Pérola Byington, onde a mulher passa por médicas legistas para realização dos exames legais. A vítima recebe toda a assistência médica, social, psicológica e jurídica.(SSPSP, 2015)

## **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS Infantil)**

É um serviço extra-hospitalar e que possuem equipe multidisciplinar, para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves como: autismo, psicoses, neuroses graves, usuários de álcool e outras drogas e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

Acompanham indiretamente casos de violência, quando a ação é subjacente, e não o motivo que desencadeou o atendimento; e devem ser articulados com os serviços da atenção primária e os serviços de referência para violências.(Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.82)

## **Hospital Pérola Byington – Centro de Referência da Saúde da Mulher**

O Centro de Referência da Saúde da Mulher tem por finalidade prestar assistência médico-hospitalar na área ginecológica. Dentre outros objetivos destacam-se seu papel no tratamento do câncer ginecológico e mamário, reprodução humana, planejamento familiar, esterilidade, sexualidade, violência sexual e uroginecologia.(Hospital Perola Bayington Centro de Referência da Mulher, 2016)

Segundo o Portal do Hospital Pérola Bayington (2016), é uma unidade hospitalar de referência no Estado de São Paulo e criou há 10 anos o programa Bem-me-quer de atendimento especial às crianças, adolescente e mulheres vítimas de violência sexual. “A maioria dos casos atendidos é de crianças com menos de 12 anos (...)” (Child Hood, 2010).

De acordo com o Portal do Hospital (2016), dentre as principais ações disponíveis são:

- prevenção da gravidez decorrente da violência sexual
- prevenção da infecção pelo HIV

- prevenção de doenças sexualmente transmissíveis não virais
- prevenção da hepatite B
- tratamento de traumatismos genitais atendimento psicológico
- atendimento social
- atendimento de solicitações de abortamento por gravidez decorrente de estupro, conforme previsto no inciso II do artigo 128 do Código Penal brasileiro

As situações de violência sexual que necessitam de atendimento de emergência recebem atenção no Serviço de Pronto Atendimento da instituição, disponível 24 horas, todos os dias da semana, incluindo-se feriados. Segundo normas do Hospital, não é necessário apresentar encaminhamento de outro serviço de saúde ou Boletim de Ocorrência Policial para receber atendimento.

Conforme dados do Portal, dentro do Hospital tem uma unidade do Instituto Médico Legal (IML):

O Centro de Referência da Saúde da Mulher também conta com uma unidade do Instituto Médico Legal (IML), especializada no atendimento de casos de violência sexual. No entanto, para acessar aos procedimentos oferecidos pelo IML, diferentes daqueles acima descritos, é necessária a apresentação de requisição da Autoridade Policial, feita durante o Boletim de Ocorrência Policial. (HPB, 2016)

Existem outros órgãos, ONGs que trabalham na área da Assistência Social e a proteção à família, na prevenção à violência, fortalecimento familiar e que dão apoio aos órgãos judiciais, como:

Centro de Defesa da Criança e do Adolescente - CEDECA, Organização Não Governamental, que desenvolve um trabalho com o objetivo de contribuir pra a proteção de criança e adolescente em situações de violências e violação de direitos, orientando e fornecendo apoio às vítimas e seus familiares através do atendimento psicossocial (psicologia, visitas domiciliares, grupos de convivência, moradias assistidas) e jurídico. (CEDECA, 2015)

Com relação a Delegacias de Polícia da Infância e Juventude, existem apenas três no interior de São Paulo: Araraquara, Ribeirão Preto e Franca.

No caso de São Paulo (Capital), o recomendável em caso de violência, se não houver uma Delegacia especializada, a vítima deve ser encaminhada à Delegacia mais próxima da localidade, para o exame de corpo delito no IML- Instituto Médico Legal.

A rede pública de saúde faz a coleta de vestígios do abuso e encaminha às redes de proteção para apoio.

A coleta de vestígios (secreção vaginal, anal, sêmen, fluidos depositados na pele ou outras regiões do corpo), segundo o ministério, é extremamente importante para a identificação do agressor e dever ser realizada o mais rapidamente possível, a partir do momento da agressão, uma vez que a possibilidade de se coletar vestígios biológicos em quantidade e qualidade suficientes diminui com o passar do tempo, reduzindo significativamente após 72 horas. LABOISSIÈRE (2015)

### 3 METODOLOGIA

A metodologia escolhida neste trabalho foi a pesquisa qualitativa, com objetivo de obter dados mediante contato direto, o que vem de encontro com a proposta deste estudo, no qual se propõem a compreender a atuação do Assistente Social no acolhimento à criança vítima de abuso sexual.

A abordagem qualitativa,

(...) é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2010, p. 57)

Assim pode-se afirmar que a importância deste tipo de pesquisa está em saber quais os instrumentos que são usados no atendimento a vítima, como o Assistente Social faz o acolhimento e nos permite enriquecer a compreensão das práticas e as etapas do atendimento, pelo Assistente Social e pela equipe multidisciplinar.

(...) as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e de documentos. (MINAYO, 2010, p.57)

Para a efetivação dessa pesquisa, utilizamos como instrumental a entrevista, pois segundo (MINAYO, 2000, p.107),

Ao lado da observação participante, a entrevista – tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico – é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo.

Mediante a entrevista foi obtido dados de duas formas: aos fatos de que poderíamos conseguir através de livros, censos, estatística, atestado de óbitos, etc. ou aos que se referem diretamente ao indivíduo ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores opiniões.(MINAYO, 2000,p.108)

As entrevistas foram individuais e semi estruturadas para entender como se dá o atendimento à vítima e quais os critérios para envio dos relatórios para os respectivos órgãos.

A entrevista semi estruturada é o modo de roteiro previamente elaborado, em que o tema foi abordado livremente e o entrevistado pode falar sobre suas experiências, dificuldades, mas sem perder o foco de vista.

É uma conversa em que o entrevistado pode falar livremente sobre o assunto, suas experiências, dificuldades, etc.

Segundo (MINAYO, 2000, p.108), “(...)combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.”

A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita, com o objetivo de uma maior interação com o entrevistado, uma escuta concentrada do pesquisador, o diálogo sem a preocupação em escrever.

(...) entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador. (MINAYO, 2000, p.114)

Não descartando um instrumental fundamental na pesquisa qualitativa é a Observação Participante onde a atuação do profissional será observada em caráter integral no atendimento a vítima e sua família, buscando captar a dinâmica do atendimento.

Definimos observação participante como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados.(MINAYO, 2000,p.135)

As entrevistas foram realizadas individualmente na última semana do mês de fevereiro, conforme a disponibilidade das Assistentes Sociais, na sala do Serviço Social dentro da Instituição.

O material utilizado como recurso foi o gravador de áudio e o caderno para anotações com prévia autorização das entrevistadas.

Para garantir o sigilo das profissionais foi utilizada numeração para identificá-las, como Assistente Social 1 e Assistente Social 2, de acordo com a ordem de entrevistas.

### **3.1 Campo de Pesquisa**

Foi escolhido para a realização desta pesquisa uma instituição Hospitalar de Ensino e Pesquisa, localizada no extremo Sul de São Paulo, cujo modelo de autorização está em **(ANEXO A)**.

“Tal Hospital está integrado a região do extremo Sul que inclui: distritos de Grajaú, Cidade Dutra, Socorro, Marsilac e Parelheiros reunindo mais de 750 mil habitantes, o equivalente a um terço da Capital Paulista.”(Conexão, 2015)

O Hospital de Ensino tem parceria com o Governo do Estado, coberta pelo Sistema Único de Saúde - SUS e é administrado por um Instituto de Responsabilidade Social que “(...) define como missão Promover a Assistência com Qualidade, Segurança e Ética, pretendendo ser um modelo de excelência em Saúde, Ensino e Pesquisa.” (Conexão, 2015)

A instituição foi inaugurada em 23 de Outubro de 1998, resultado de lutas populares para melhoria no sistema de saúde da região, o qual dispunha de oferta bastante restrita de equipamentos públicos de saúde, sobretudo para atendimentos de maior complexidade e desde então é a única de referência. Possui atendimento médico de urgência e emergência em: Clínica Cirúrgica, Médica, Pediátrica, Gineco-obstetrícia e Ortopedia. Tem atendimento emergencial feito 24 horas por dia nos 7 dias da semana. Conta com ala de internações nas clínicas citadas e também em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), contando com 286 leitos, 1.357 funcionários. (Conexão,2015)

### **3.2 Território**

Segundo Portal da Subprefeitura Capela do Socorro (2015), “a área que atende a população do extremo sul de São Paulo inclui as subprefeituras de Capela do Socorro e Parelheiros que representam quase 33% do território do município.”

A população da zona sul na qual se localiza este Hospital, apresenta-se como de grande vulnerabilidade social na cidade de São Paulo, com baixo nível de renda, escolaridade e a presença significativa de crianças e adolescentes. “(...) estima-se atualmente a existência de cerca de 200 bairros irregulares na região e 220 favelas. (SPCS, 2016)”

### **3.3 Sujeitos da pesquisa**

De acordo com a proposta da pesquisa, a escolha das profissionais sucedeu conforme a experiência nos atendimentos de violência sexual infantil no Hospital de Ensino.

A Assistente Social em tem a idade de 30 anos, se formou em 2008, está na área da saúde há 5 anos e possui duas Pós Graduação em : Trabalho Social com Famílias e Saúde Coletiva, ambas na Faculdade Metropolitanas Unidas (FMU) e um

curso de extensão em Avaliação de Políticas Públicas na Pontifícia Universidade Católica (PUC).

A Assistente Social 2 possui a idade de 36 anos, formação em 2014, trabalhando na área da saúde há 2 anos , com curso de extensão em : Cuidados com o idoso.

As profissionais são casadas e possuem cada uma 1 filho na idade infantil e quanto a experiência na área da saúde ambas não possuem experiência anteriores.

### **3.4 Ética**

Foram entrevistadas duas profissionais que exerceram a função de Assistente Social no setor de Pediatria e Pronto Socorro, respeitando a disponibilidade de cada profissional em um período de aproximadamente uma hora e de forma individual.

Antes da aplicação da entrevista as duas profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde(**ANEXO B**) recebendo uma cópia e o roteiro da entrevista (**ANEXO C**) semi estruturada a fim de contribuir para o direcionamento da entrevista, colocando em questão como é feito o atendimento à vítima e sua família, a postura profissional diante dos casos, a articulação entre as redes de proteção e a importância do trabalho multiprofissional.

Visando a apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, o roteiro contém poucas questões. Instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. (MINAYO, 2000, p.99)

O projeto juntamente com o TCLE foi apresentado à comissão de pesquisa e Comitê de Ética e Pesquisa – CEP UNISA.

### **3.5 Análise da Pesquisa**

Apresentamos a seguir a análise da pesquisa realizada, de acordo com as entrevistas realizadas com as Assistentes Sociais do Hospital de Ensino.

A pesquisa nos permitiu conhecer o atendimento prestado pelas profissionais nos casos de abuso sexual infantil, desde o acolhimento junto à vítima e a família até aos encaminhamentos às redes de proteção.

Para a análise dos resultados apresentaremos à seguir discussão a partir dos eixos temáticos a saber: Acolhimento, Revitimização, Notificação às Redes,

Conselho Tutelar e Especialização do profissional.

### 3.5.1 Acolhimento

Considerando este estudo que evidencia a saúde pública como um local de tratamento de seqüelas e agressões do abuso sexual e que os profissionais que trabalham na saúde tem a função tratar, atuar na prevenção, orientação e apoio junto a vítima e a família.

(...) prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de sequelas e deficiências, bem como de seus familiares. (BRASIL, 2001, p. 14).

Referente ao papel do Assistente Social no atendimento à vítima de abuso sexual infantil e analisando a entrevista feita com as Assistentes Sociais 1 e 2, os argumentos estão de acordo no que se diz respeito ao acolhimento da equipe multidisciplinar quando o usuário chega ao Hospital de Ensino. Como observado o fluxo de atendimento é : Recepção, Enfermagem que realiza a triagem , Médico Pediatra examina e identifica e o Serviço Social que acolhe e direciona para as redes, ressaltando que a ficha (SINAN) pode ser preenchida pela equipe de Enfermagem ou pelo Serviço Social.

Segundo a AS 2, geralmente o atendimento Psicológico é feito pelas redes que acompanham o caso:

“(...)em algumas situações eu mando para UBS entendeu a UBS principalmente quando é UBS tem acompanhamento com Psicologia porque a gente sabe que depois disso o paciente vai precisar de um acompanhamento psicológico(...”

Envolver a participação de profissionais na área de saúde mental, desde o princípio do processo de avaliação e tratamento, é indispensável, sob a forma de referência direta ou quando presentes em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) como apoio matricial às equipes de Saúde da Família. (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.59)

Segundo o fluxo de atendimento da Cartilha Linha de Cuidados, o acolhimento deve ser feito de forma empática e respeitosa, por qualquer membro da equipe que deve acompanhar o caso e proceder aos encaminhamentos necessários, desde a sua entrada no setor saúde até o seguimento para a rede de cuidados e de

proteção social (2014, p.51) e não somente pelo Serviço Social conforme nota-se nas seguintes falas:

AS 1: “primeiro eles abrem a ficha pega a senha e abre a ficha e abre tudo pela recepção alguns falam o porque veio que é vítima de violência e outros falam (...) as vezes por alguma lesão alguma coisa assim e só vai revelar ser vítima mesmo de violência dentro da sala ou da enfermagem ou do médico (...) abre ficha passa pelo enfermeiro passa pelo médico e quando é visualizado que é vítima passa pelo Serviço Social...”

AS 2: “O que acontece as vezes o familiar abre a ficha , não relata que é um abuso quando chega na triagem aí ele fala olha...suspeita de abuso tudo, a enfermeira ela pode dar sequênciã no atendimento e no final pedir para procurar o Serviço Social ou ela já direciona p o Serviço Social pra que a gente acompanhe(...)”

Mediante a fala das Assistentes Sociais 1 e 2, foi construído o fluxo de atendimento (**APÊNDICE**), para contribuir com a pesquisa.

O acolhimento é o primeiro passo para a criação de vínculos com o usuário, pois é através de um bom atendimento, uma escuta qualificada, a humanização das ações incluindo um local físico adequado, que irá facilitar a abordagem com a família em situação de violência (Brasil.Ministério da Saúde, 2014)

“O acolhimento não é um espaço ou um local, mas um posicionamento ético que não pressupõe hora nem especificidade de um profissional para fazê-lo.

Colocar em prática a ação do acolhimento requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica (...) a humanização das relações em serviço; a adequação da área física (...)Brasil. Ministerio da Saúde, 2014, p.52)

A equipe multidisciplinar deve atuar de forma conjunta desde a entrada do usuário na unidade hospitalar, conforme diz a Cartilha,

“Para que esta linha de cuidados na saúde funcione em sua prática é necessário que haja um fluxo de trabalho, que sejam traçadas diretrizes desde a triagem e se tornem rotina para os profissionais. (Brasil.Ministério da Saúde,2014)

De acordo com o que foi entendido nas entrevistas, as Assistentes Sociais 1 e 2 demonstram em suas falas uma certa insatisfação quanto ao papel da equipe multidisciplinar no acolhimento ao usuário, devido não haver um fluxo de trabalho, quando diz em:

AS 1: “(...)Já ocorreu situações que no caso de mulher faz uso de coquetel aqui de imediato antes de ir para o Pérola (Hospital) e o médico se recusou dizendo que não era obrigado a dar, encaminhando para o Pérola para tomar lá.”

AS 2: “(...)já teve situações de eu pedir para o médico preencher a ocorrência policial e o médico não querer preencher ele falou que não ia preencher porque não era especialista (...)”

De acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005), embora exista o direito do médico à objeção de consciência dentro dos limites legais, é obrigação da instituição oferecer aos usuários e usuárias do SUS todos os seus direitos, inclusive o da interrupção da gestação nos casos previstos na legislação brasileira. Qualquer forma de exposição ou negação do serviço a que tem direito pode ser requerida e/ou requisitada à luz da Justiça. (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.71)

E quando este usuário é criança ou adolescente, o ECA, em seus artigos 4º e 5º responsabiliza e pune caso seus direitos não forem garantidos quando diz:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

**Art. 5º** Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

O médico que se recusa a atender o usuário pode ser responsabilizado civil e criminalmente pelos dados que possam ocorrer e o que comenta o artigo 13, § 2o do Código Penal trazendo um detalhamento do que é omissão:

Relevância da omissão

2º - A omissão é penalmente relevante quando o emitente devia e podia agir para evitar

o resultado. O dever de agir incumbe a quem:

- a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância;
- b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado;
- c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado

“A recusa infundada do atendimento médico caracteriza, ética e legalmente, imperícia e omissão de socorro, com todas as suas consequências.” (Moreira Junior, 2016)

Segundo a Análise da Pesquisa, quanto ao preparo da equipe multiprofissional para atender os casos de abuso sexual infantil, a Assistente Social 1, relata que é necessário uma preparação da equipe multidisciplinar para atender a vítima bem como reuniões para discussões de casos, quando diz:

AS 1: “(...)acho que não estão preparadas, teria de ter maiores discussões eu acho que tem profissionais bons mais eu acho que pela falta de conversar mais sobre esse tema discutir mais até discutir situações de caso(...) eu acho que é falta de preparo é falta de parar o tempo e discutir sobre.”

Já a AS 2 diz: “Eu acho que isso é de cada profissional né eu acho que o profissional a gente não tem como dizer se é o certo ou se é errado eu procuro fazer a minha parte(...)”

Conforme estudo e a análise da pesquisa a articulação com a equipe multidisciplinar é necessária, pois enriquece o atendimento ao usuário, caso contrário, a individualidade da equipe multidisciplinar traz dificuldades no desempenho profissional refletindo no acolhimento ao usuário do serviço.

Essas dificuldades devem ser esclarecidas pelos profissionais em reuniões e debates para esclarecimento das ações, rotinas e planos de trabalho. CFESS (2009)

“Os depoimentos dos profissionais revelam as dificuldades encontradas no seu desempenho profissional: desconhecimento de outros profissionais do papel do assistente social (“pau para toda obra”)” (WITIUK, 2015)

De acordo com o estudo a capacitação para o atendimento à vítima de abuso sexual deve ser de toda a equipe multidisciplinar e multiprofissional, conforme a citação explica:

O atendimento às crianças e adolescentes em situações de violência deve ser realizado, necessariamente, por equipe multidisciplinar e multiprofissional com as seguintes características: capacitada (com conhecimentos básicos sobre a temática), integrada, institucionalizada, ciente de suas atribuições e capaz de interagir com outras instituições. (CODEPPS, 2007)

Segundo as Assistentes Sociais 1 e 2, quando a vítima de abuso sexual é admitida no Hospital de Ensino, durante o fluxo de atendimento (recepção, enfermagem, Pediatra, Serviço Social) a vítima por diversas vezes tem que relatar a violência sofrida até a solução final, incluindo a Delegacia, IML e o Hospital de referência a violência Pérola Byinton. Nota-se esta concepção nas seguintes falas:

AS 1: (...)a família muitas vezes ta cansado de todo esse fluxo de triagem de enfermagem de médico de...do segundo médico e quando chega na gente a gente visualiza que eles já tão tipo assim eu preciso ir embora eu preciso sair desse ambiente(...)

AS 2: (...)o fluxo querendo ou não, é extenso porque ela chega aqui ela passa pela triagem passa pelo Pediatra o Pediatra pode pedir avaliação da GO como ele pode não pedir e só preencher a ocorrência policial e mandar pra Delegacia(...) (...)abre o Boletim de Ocorrência de lá eles vão te direcionar pro IML (...) depois que ele passa no IML ele vai pro Pérola(...)

### 3.5.2 Notificação às Redes

Conforme a Análise da Pesquisa, o Serviço Social tem um papel muito importante nos casos de violência dentro do Hospital Ensino, pois é o profissional responsável pelo acolhimento da vítima, realiza o relatório social e faz a notificação às redes de proteção à vítima.

De acordo com a fala da AS 2 : Primeiro a pessoa chega abre a ficha né ela pode relatar ou não na hora de abrir a ficha se ela relata na hora de abrir a ficha abre com a SIVVA né SIVVA é um sistema de notificação em caso de agressão (...)qualquer pessoa pode preencher desde a portaria (...)geralmente do Serviço Social a gente preenche é porque vai pra supervisão(...)

Durante a análise da pesquisa verificamos que a ficha de notificação SIVVA em Julho/2015 foi substituída pela SIVA para notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência urbana e acidentes como: arma de fogo, atropelamento, quedas dentre outros.

“À partir de Julho/2015 as notificações de dos casos de violências: sexual suspeito ou confirmado, torturas, contra a mulher, criança e adolescente, homofóbicas dentre outras são registradas no SINAN.” (Prefeitura de São Paulo. Saúde. 2016)

Sobre a Ficha de Notificação (SINAN) (ANEXO D), o estudo nos mostra que é um instrumento obrigatório e de grande importância para criação de dados que sistematizem o perfil das vítimas, os tipos e a natureza do abuso sexual infantil (Cartilha, 2014), conforme descreve (BRASIL.Ministério da Saúde, 2014):

Desde 1º de Agosto 2006, o Ministério da Saúde, estruturou um sistema de notificação de dados no âmbito do Sistema Único de Saúde que são:

“Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva-Contínuo), e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares.

“O registro dos dados no módulo do SINAN é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica do município ou outra área/setor que o gestor local definir, diz a Cartinha do Ministério da Saúde (2014).”

A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas contra crianças e adolescentes, o perfil das vítimas e dos(as) prováveis autores(as) de agressão.

Todas essas informações possibilitam que o Poder Público e as três esferas de gestão SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, definam prioridades e estabeleça políticas públicas de prevenção de violências e de promoção da saúde e da cultura de paz, o que deve ser feito articulando-se os diversos integrantes da rede de cuidado e de proteção às crianças e adolescentes (...)

De acordo com o relato da AS 2, “(...)muitas vezes a família não quer notificar os órgãos de proteção por medo de represaria na comunidade onde mora ou porque o agressor é da própria família.”

AS 1: (...)muitos casos(...)o abusador ta dentro do vínculo familiar então sim muitas vezes elas não querem fazer o Boletim de Ocorrência não querem levar isso adiante ou por medo de represaria por estar na mesma Comunidade então assim a gente sempre fala que é critério da família porém que a notificação nossa pros órgãos competentes vai ter a partir do momento que chega a informação, a suspeita de abuso sexual(...)a gente conversa com a família já feito relatório direcionado pros órgãos de proteção a criança(...) mas toda a suspeita de abuso que chega pra nós a gente tem que fazer a notificação(...)

Segundo o estudo realizado, todos os casos de violência devem ser notificados, tanto através da Ficha (SINAN), como às redes de proteção a violência.

Segundo a Cartilha do Ministério da Saúde (2014), em todos os casos que houver negligência ou qualquer outra forma de violência devem ser notificados e encaminhados ao Conselho Tutelar, cabendo ao serviço de saúde, por meio da equipe, avaliar qual o melhor momento de registro na ficha de notificação, independente se a família quer ou não a notificação, o profissional de saúde deverá informá-la de que irá notificar o caso aos órgãos competentes, amparado pelo ECA em seu Artigo 13 e 245 que diz:

Art. 13: Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Art. 245: Deixar o médico, professor ou responsável por

estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Referente à notificação, as Assistentes Sociais informaram sobre a mudança no fluxo de envio de relatórios de violência à criança e adolescente no Hospital de Ensino.

AS 2: “(...)porque é assim a notificação do CRAS tem o que uns seis meses que o CRAS pediu pra toda a notificação fosse direcionada pra eles...é é recente...era só pro CREAS, CREAS e Conselho.”

Segundo estudos, o CRAS que tem a sua especificidade na área do fortalecimento da família para a prevenção dos rompimentos e se tornou parte da rede de notificação e proteção à violência segundo a Cartilha Linha de Cuidados, pois a violência sexual atinge a vítima e toda a sua família.

E tomando por base os dados coletados, o fluxo de notificação às rede de proteção à violência dos casos que são atendidos no Hospital de Ensino está incluindo CRAS.

Anteriormente os relatórios sociais eram enviados diretamente para o Conselho Tutelar e ao CREAS, órgão especialista em todos os tipos de agressão e violência.

Os relatos nas falas das AS 1 e 2 a seguir, evidenciam essa mudança:

AS 1: (...)a gente costuma mandar pro CREAS apesar que (...) ta com um discurso que(...) o CREAS também quer que a gente encaminha pro CRAS(...)dependendo pra escola eu acho interessante mandar pro Conselho mas na questão deles não tem como saber o que está acontecendo na região tudo(...) os profissionais focam muito no Conselho e esquecem dos outros serviços como escola né, como o CREAS eu mando pro Conselho mas as vezes a vítima nem foi no âmbito familiar né foi no outro âmbito e a gente pensa na questão do Conselho só como foco familiar e as vezes(...) é interessante mandar pro Conselho mesmo sendo uma questão externa pra eles saberem o que acontece na região né e pensar em políticas públicas.

AS 2: (...)pro CRAS, Conselho Tutelar e em algumas situações eu mando para UBS(...)o CRAS porque agora a notificação a gente tem que mandar pro CRAS e não pro CREAS, mas como o CREAS tem um programa de violência contra a criança a gente manda pro CREAS sempre mandei pro CREAS mas eles querem que mande pro CRAS também(...) os três serviços pra rede estar ciente de tudo o que aconteceu (...)a UBS por conta disso ela tem estratégia saúde

da família pra que o agente vai lá tem a informação se está tudo bem, se o agressor ta por perto ou não entendeu então a gente tem que trabalhar a rede nessa situação.

As falas das Assistentes Sociais evidenciam que as notificações são feitas para o Conselho Tutelar que é a primeira medida acionada e também procuram fazer um trabalho intersetorial, enviado relatórios para órgãos da educação, outros serviços de saúde (UBS), estabelecendo parcerias de apoio e proteção à vítima e sua família.

O que concorda com a Cartinha da Linha de Cuidados (2014) quando diz:

Nesse sentido, é fundamental que cada município organize e estructure a sua rede de saúde articulada com as redes da assistência social, da educação e com os sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e conselhos de direitos e a sociedade civil organizada existentes no território para fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.(Brasil. Ministério da Saúde. 2014, p.78)

### 3.5.3 Conselho Tutelar

Conforme estudo realizado, o Conselho Tutelar faz parte da Rede Intersetorial e é o primeiro órgão a ser encaminhados os casos de violência à criança e ao adolescente.

O Conselho Tutelar é a primeira medida a ser acionada, com base no ECA na denúncia à violência, como diz em seu Artigo 131: **“Art. 131.** O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

Conforme estudo da Linha de Cuidados, o acompanhamento do profissional nos casos de violência irá desde o acolhimento até o seguimento para a rede de cuidados e proteção social. Para o acompanhamento das ações a Linha de Cuidados defende que, “o profissional deve estabelecer um contato prévio com o serviço para o qual notificará, comunicando o relatório enviado e os procedimentos adotados.(Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.76)”

A análise da pesquisa demonstrou que na maioria dos casos de violência ou negligência que são atendidos no Hospital de Ensino e que são encaminhados pelas Assistentes Sociais 1 e 2 ao Conselho Tutelar, nunca receberam devolutiva, conforme confirma a AS 1:

AS 1 : Bem poucos casos são bem poucos casos que eles dão uma devolutiva...já mas assim eu liguei eles na verdade eles trazendo acredito que nunca mandou acho que nunca trouxe não acho que a gente só ligando mesmo o CRAS que costumava mandar um relatório...é...agora o Conselho eu não lembro deles...o CREAS já mandou também agora o Conselho eu não to lembrada mesmo deles mandar devolutiva a não ser ...a não ser a gente ligando e cobrando (...) como que ta esse caso...

De acordo com a pesquisa, percebe-se que os casos em que tem devolutiva, ocorrem porque as Assistentes Sociais entram em contato com o Conselho Tutelar para saber o andamento do caso, o que segundo a AS 1, nem sempre é possível devido a demanda da instituição, é o que confirma a fala das mesmas:

AS 1 : (...)é da maioria dos casos que a gente manda se você não liga você não sabe qual (...) foi a ação efetiva deles...eles não ligam em seguida depois de um tempo que eles mandam relatório tudo se você ...não (...) chega ser um ano mas assim um semestre mais ou menos é difícil eles dá devolutiva (...) é você ligando pra saber mesmo como (...) se eles conseguiram abordar a família ...quando você tem tempo porque aqui a gente sabe que é uma demanda enorme.

AS 2 : Eu nunca recebi devolutiva do Conselho, só do CREAS do CREAS eu recebo todas assim algumas acabam se perdendo né não se perdendo pra chegar neles as vezes demora pra chegar pra nós mas assim teve várias situações mais gritantes que o CREAS me mandou a devolutiva olha o paciente (...) sendo acolhido pelo nosso programa de violência né com a criança ta sendo feito (...)e isso olha a informação que nós temos é que o agressor não tá mais próximo agressor já foi preso ta sendo feito tratamento com a família então assim depois até eu te mostro deve ta lá embaixo na minha pasta o relatório que eu recebo do CREAS...do Conselho não...eu acho que assim nós todos pensamos que seria muito importante né...(..)

### 3.5.4 Revitimização

De acordo com a Análise da Pesquisa, uma das dificuldades encontradas no atendimento aos casos de abuso sexual infantil é justamente lidar com a questão da revitimização, porque de acordo com o fluxo de atendimento no Hospital de Ensino, o Serviço Social é o último a fazer o acolhimento.

Revitimização é a repetição de atos de violência pelo agressor ou a repetição da lembrança de atos de violência sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais; é uma forma comum de violência.

Isso pode acarretar prejuízo também para a justiça, pois a vítima, por cansaço, pode omitir fatos ou, por considerar que está chamando a

atenção, pode aumentar os acontecimentos.(BRASÍLIA. SESDF, 2009)

E quando a vítima chega ao setor de Serviço Social, segundo a Análise da Pesquisa, no processo de escuta, as Assistentes Sociais demonstram uma certa preocupação ao acolher a vítima que já passou por tantos setores do hospital e procuram minimizar a situação para evitar mais repetições, que segundo descrito acima, a lembrança de atos de violência, se configura violência.

Como relatam das Assistentes Sociais 1 e 2:

AS1: (...) a nossa preocupação a princípio é não ficar perguntando muitos detalhes pra criança que foi vítima de violência sexual (...) porque a gente sabe também que vai ser atendido em outros serviços então assim já vai ter profissional que já é treinado nessa especialidade violência...é então a gente pega o mais sucinto conversa mais com (...) responsável pra pegar (...) quem é a rede familiar(...)eu já cheguei a conversar mas eu não tento(...)não fico perguntando (...) como que foi, de que jeito que foi eu converso assim tento fazer uma conversa mais descontraída (...) com quem você mora até tentar chegar na questão da violência(...)eu não fico estimulando ele a ficar pensando(...) detalhes (...) é uma questão de revitimizar novamente por que vai ser atendido aqui daqui a pouco vai ter que fazer Boletim de Ocorrência daqui a pouco vai ser atendido no serviço daí fica essa volta toda ne?(...)

AS 2: (...)depende da faixa etária depende da estrutura da família...porque geralmente (...)a criança vem acompanhada de um adulto e não necessariamente a criança não sabe falar entendeu? Então já teve situações de que a criança não sabia falar como teve situações que a criança sabia, então assim geralmente quando é com adulto eu vou direto no ponto, perguntando o que aconteceu, porque ele (...)nesse serviço, se ela quer conversar sobre isso, se ela não quer eu faço relato de acordo com o que está na ficha de atendimento(...)algumas situações a pessoa tá tão fragilizada que se você perguntar você está revivendo(...)então não tem necessidade entendeu então algumas situações que eu vejo que a pessoa não tá bem realmente porque só de olhar você já percebe a situação(...)só que algumas pessoas você vê que sente a necessidade de falar e outras não e aí eu só explico o fluxo a partir do momento que ela sair daqui o que ela tem que fazer quando ela sair daqui né?

Conforme pesquisa feita o acolhimento deve ser feito pelo primeiro profissional que atende a vítima do abuso sexual, de acordo como diz a citação:

O acolhimento deve ser uma ação contínua em todos os locais e momentos do processo de produção de saúde, desta forma, quando a vítima e a família chegam ao setor de Serviço Social o profissional coloca em prática a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica, para identificar a violência, compreendendo o que

ocorreu para que a criança não corra o risco de ser revitimizada. (Brasil. Ministério da Saúde, 2014, p.71)

Outra dificuldade percebida na entrevista, seria lidar com a carga emocional que a família traz no atendimento, pois além de reviver a violência contando o caso, também o medo do agressor que muitas vezes mora na Comunidade ou faz parte da família:

AS 2: (...)é sempre constrangedor (...) pra vítima relatar aquilo tudo de novo, reviver aquilo (...)pra família é sempre difícil eles ficam muito emotivo (...) porque é algo que você não imagina(...)nunca vai deixar de ser uma criança ali na sua frente (...) e em algumas situações as crianças relatam de forma como se fosse um adulto mesmo com detalhes(...) lidar com a emoção da família (...)ela acha que chegando ali já vai ser resolvido (...) que não vai precisar ir a Delegacia(...)principalmente porque o abusador ta dentro do vínculo familiar então assim muitas vezes elas não querem fazer o Boletim de Ocorrência não querem levar isso adiante ou por medo de represaria por estar na mesma Comunidade(...)

Segundo o estudo realizado, é neste momento que a equipe interdisciplinar entra em cena, enriquecendo o atendimento ao usuário quando diz:

Na escuta à vítima, “o técnico, preferencialmente, deve ser um Psicólogo ou um Assistente Social, sendo “desejável que possua habilidade em ouvir, demonstre paciência, empatia, disposição para o acolhimento, assim como capacidade de deixar o depoente à vontade(...)” (Muner. Abuso Sexual: a criança em foco, 2012)

Segundo o estudo realizado, a escuta feita pelo profissional deve feita em um ambiente reservado no qual a vítima se sinta à vontade para falar sobre o assunto.

Privacidade – em um espaço de consulta/atendimento; adolescentes podem ser atendidos sozinhos, caso desejem, independente da idade, como forma de respeito à sua autonomia e individualidade. Essas atitudes contribuem para o aumento da autoestima e o fortalecimento da sua responsabilidade com a própria saúde, além da obtenção, pelo profissional de saúde, de informações privilegiadas em caso de suspeita de violência. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009)

O estudo ainda diz que, o profissional deve zelar pelo compromisso ético profissional de sigilo e proteção à identidade da criança, com diz o ECA:

Art. 17: O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Art. 18: É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

E de acordo com o descrito acima e segundo o que as Assistentes Sociais relataram, no Hospital de Ensino, não existe uma sala específica para atendimento aos casos de abuso sexual infantil, o que não impede um atendimento sigilo por parte das profissionais. É o que confirmam em sua fala AS 1 e 2.

AS 1: (...)um local reservado eu acho tem que existir não dá para atender esses casos no meio das pessoas e mesmo que for uma outra colega de trabalho acho que tem que ter uma sala separada e a gente tem que atender individualmente (...) o meu entendimento é o respeito(...)me aproximo na questão de acolher de mostrar que a gente ta ali né a gente entende que é difícil mas eu acho que é mais a questão de respeito e de acolher esta família.

AS 2: Fecho a porta, porta fechada (...)peço pra todo mundo sair da sala né se eu to com a estagiária eu pergunto né pra vítima ou familiar se ela pode ficar (a estagiária) ali naquele momento(...) já teve situação que eles pediram para ficarem sozinhos e a pessoa saiu(...)

De acordo com o projeto ético político da profissão, o Assistente Social deve se posicionar buscando um compromisso com a qualidade dos serviços prestados, conforme diz o Artigo 16 do Capítulo V do CFESS, sobre o sigilo: “O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.”

### **3.5.5 Especialização do profissional**

De acordo com os estudos feitos, o CFESS prima por um trabalho de qualidade e estudos contínuos com o objetivo de melhorar cada vez mais a qualidade dos serviços prestados como cita , CFESS (2009, p.60)

Qualificação e formação profissional visando o aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente.

A qualificação específica na área de atendimento à violência e abuso sexual infantil foi um fato interessante que chama atenção pois segundo a AS 2 , apenas a Coordenadora do Serviço Social do Hospital de Ensino possui especialização e que devido a demanda da instituição e o cargo burocrático que desempenha nem

sempre está disponível para atender, ainda relatou que outras profissionais que fazem os atendimentos no PSI ou Pediatria também não possuem especialização.

Um dado interessante que foi revelado na análise da pesquisa é as entrevistadas foram unânimes em demonstrar a importância na qualificação do profissional principalmente do Serviço Social que atende a vítima de abuso sexual infantil, pois segundo as entrevistadas uma abordagem bem feita é de suma importância para a criação de vínculos e para que a vítima se sinta confortável e confiante em relatar a história.

A fala da Assistente Social 1, defende um treinamento para um bom atendimento à vítima de abuso sexual quando diz:

AS 1: Eu acho que não precisava ser específico mas eu acho que a gente teria que ser mais treinado né, discutir mais esses temas pra saber lidar melhor...é eu acho (...) que quem tiver lá atende mas eu acho que é interessante se pensar na questão aonde está o seu limite. Tem coisas que você tem dificuldade de atender né, (...)...não tenho problema em atender mas eu acho que é interessante o profissional indicar aonde tá o seu limite, até porque as vezes ele não vai atender de uma maneira adequada tudo, então se ele não se sente bem em atender tais usuários acho interessante e digno passar pra um outro profissional.

Segundo relato à seguir da Assistente Social 2, o profissional tem que ser diferenciado dos demais, fazer algum curso específico para o atendimento à violência sexual infantil para saber usar as ferramentas da profissão.

AS 2 : Eu acho importante, eu acho importante inclusive várias vezes eu já procurei algum tipo de especialização nem que precise ser uma especialização mas algum curso que trabalhe isso melhor que te direcione que te que consiga você ver as coisas de forma mais clara né de como você aborda a pessoa naquele momento aquilo que te falei cada pessoa é uma pessoa diferente né e aí eu acho importante eu acho bem importante que não fosse uma especialização (...)um curso (...) de Captação de Órgãos então você sabe o trâmite todo...isto...mas e nem é a solução porque a solução e o direcionamento você faz isso você sabe perfeitamente o que fazer mas é o momento de lidar com aquela situação porque hoje hoje eu consigo trabalhar isso melhor afinal de contas são dois anos de início deve ter mais de vinte abusos nas costas só são dois anos olha a quantidade de abuso agora é no começo era difícil porque eu ficava pensando assim e agora o que (...) eu vou perguntar e assim cada abuso é um abuso diferente porque as vezes você tá aqui e o negócio flui super bem ela vai falando aí você pergunta onde estuda se estuda e você vai trabalhando e a pessoa vai se abrindo e você consegue mediar isso bem tem outras que você não consegue a pessoa tá tão emotiva que você já num...e você não vai abrir entendeu é o momento dela ela tá num momento de sofrimento então não dá pra você ...sim eu eu vejo dessa forma porque a forma assim que não é somente as ferramentas porque as ferramentas

“você tem e você sabe pra onde direcionar mas é a forma que você vai se colocar na frente da pessoa porque (...) a forma que você se colocar que vai fazer com que ela sinta confiança ou não pra falar pra você alguma coisa entendeu?”

Segundo a fala da Assistente Social 1, seria necessário capacitação não só do Serviço Social mas da equipe multidisciplinar e da rede de atendimento a vítima e a família, quando diz :

AS 1: “(...) então eu acho (...) a falta de preparo não é só no Hospital Grajaú eu acho que a falta de preparo que desse uma atenção maior sobre pra essa vítima eu acho que é da rede toda...(…) até uma fala única entre os serviço uma melhor acolhida(…)”

As falas estão de acordo com o que foi estudado à respeito da escuta e qualificação do profissional quando cita:

Na escuta à vítima, “o técnico, preferencialmente, deve ser um Psicólogo ou um Assistente Social, sendo “desejável que possua habilidade em ouvir, demonstre paciência, empatia, disposição para o acolhimento, assim como capacidade de deixar o depoente à vontade(…)” (Muner. Abuso Sexual: a criança em foco, 2012)

No Hospital de Ensino existe um fluxo de atendimento multiprofissional para o atendimento ao abuso sexual infantil e segundo as Assistentes Sociais 1 e 2, relataram que no Serviço Social não tem pessoa específica, porém concordaram que um profissional que tenha conhecimentos específicos, resultará em maior qualidade no atendimento.

Uma das profissionais relata que a demanda principalmente “de porta” que ocorre no Pronto Socorro Infantil do Hospital de Ensino é de quem estiver no plantão, tendo experiência ou não.

AS 2 : Alguém que seja especializada? (...) é aleatório de manhã se chega um abuso sexual de manhã a referência é a Assistente Social que tá na Pediatria porém quem ta a tarde é quem chegou na porta que faz atendimento é não pela manhã tem que é a Assistente Social da Pediatria a tarde não. Então é existe situações assim lá embaixo quando eu estava lá embaixo atendia tudo né então não tinha essa de escolher é você via que eu nunca fui muito de escolher (...)

Outro ponto levantado na entrevista foi à respeito da carga emocional que o atendimento traz ao profissional em sua vida profissional e pessoal destacando que cada uma expõem seus sentimentos de forma peculiar para adquirir mais segurança e saber lidar no dia a dia com a diferentes situações apresentadas.

A AS 1 diz se sentir melhor ao dividir as angústias dos casos atendidos com a família e busca na religião o equilíbrio, para no dia seguinte retomar a rotina diária do trabalho, quando fala:

AS 1 : É meu esposo ele é bem procurado nesses momentos...é eu sempre conto pra ele eu acho que ele é a pessoa que mais me escuta assim por ta perto (...) a questão religiosa também que me ajuda bastante...já chorei já chorei sim é porque aqui a gente pega tanto vários tipos de violência né então em vários momentos eu lembro eu chorando depois do atendimento(...) eu não faço nenhuma terapia...eu tenho uma bebê com 3 anos e não quero ficar pensando nisso...é eu acho que minha família é meu maior apoio(...)

De acordo com a fala apresentada da AS 2, prefere compartilhar no local de trabalho com as outras Assistentes Sociais aquilo que a incomoda, a deixa indignada e prefere não levar para casa:

AS 2: (...) eu procuro ...(...) não conto geralmente a gente conversa aqui entre nós né olha eu geralmente eu chamo alguém aí eu falo assim ai , choro...depois...não, ele nem gosta de saber disso...ele prefere ficar bem longe... e eu concordo eu acho bem importante eu acho importante eu acho que não tenho que ficar levando isso lá pra fora as pessoas não tem noção...geralmente depois de um atendimento eu vou conversar com a (...) Coordenadora ou a (outra AS) quando era à tarde conversava muito a gente não fala nomes não fala mas assim é já teve situações de chorar né porque a menina chorou muito e ela tava muito fragilizada e a gente se vê porque vê você aquela criança como se fosse um filho seu mesmo não tem como é natural eu sou ser humano e ser humano vai sempre se pôr no lugar de ser humano além de profissional você é um ser humano na hora você mantém a postura mas depois você dá uma desabada mas eu procuro antes eu levava bastante eu ficava dias ruim vendo imaginando aquela situação toda agora já consigo trabalhar mais agora saindo daqui eu tipo fecho a portinha deixo aqui e não levo(...)

Foi notado nos relatos, uma estratégia utilizada quando as Assistentes Sociais estão emocionalmente fragilizadas por algum motivo pessoal, um atendimento anterior de violência ou mesmo pela falta de um conhecimento específico, sentem-se inseguras para atender o caso e para garantir um bom atendimento à vítima preferem procurar outra Assistente Social para que possa dar seguimento.

AS 1 : não tenho problema em atender mas eu acho que é interessante o profissional indicar aonde ta o seu limite até porque as vezes ele vai não vai atender de uma maneira adequada tudo então se ele não se sente bem em atender tais usuários acho interessante e digno passar pra um outro profissional.

AS 2 : e e o que acontece tinha situações que eu não tava bem naquele dia eu não tava bem pra fazer um atendimento desse né por

n situações porque não é só aqui a gente tem uma vida lá fora então tem dia que realmente você não tá legal você tá emotiva você sabe se você atender não vai ser bom e aí eu pedia pras meninas atenderem aí gente pelo amor de Deus mas já teve semana de atender cinco abusos na semana (...)

Segundo (LACRI, 2003), “a capacitação profissional é importante pois objetiva a preparar defensores da criança, competentes, comprometidos, eticamente responsáveis e livres de reticências psicológicas.”

Segundo as Assistentes Sociais entrevistadas, precisam lidar com a carga emocional dos casos que são trazidos no atendimento e cada profissional lida de formas diferentes.

“Estas reticências psicológicas implica na transformação pessoal de cada um, e esta transformação só será possível se envolver o domínio dos saberes (conhecimento emocional) e das atitudes,” segundo diz LACRI (2003).

Ainda de acordo com a capacitação profissional e a forma como lidar com as reticências psicológicas as doutoras AZEVEDO E GUERRA (2000) relatam o seguinte perfil que os profissionais devem apresentar:

Competente: em estado permanente de atuação e de aperfeiçoamento. Estuda e pesquisa, interage com outros profissionais buscando compartilhar conhecimentos e experiências; comprometido: investiga, busca os fatos, não mede esforços para a defesa da criança e acredita na palavra dela. Não banaliza a violência, não se acomoda diante das dificuldades, é tenaz, não perde o poder de se indignar, não perde a fé e acima de tudo, não perde a esperança jamais (...); livre de reticências psicológicas: pensa e age sem preconceitos e discriminações, de forma aberta para o novo, sem pré-julgamentos. Está sempre pronto a ouvir a palavra da criança e nela acreditar.

Segundo as falas das profissionais os atendimentos as vítimas do abuso sexual infantil traz cargas emocionais como fragilização, insegurança que precisam de alguma forma serem tratadas e de acordo com este argumento AZEVEDO e GUERRA (2000) completa:

Agindo assim, não causarão danos a si mesmos e às pessoas que acompanham. Assim como os usuários das Clínicas e Hospitais Escolas e nas instituições referenciais neste atendimento, os profissionais também guardam lembranças e/ou marcas de situações desagradáveis ou de trauma que ainda os acompanham, e estes merecem a mesma atenção terapêutica desde que se reconheçam assim e busquem ajuda.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi compreender como o Assistente Social atua na demanda da violência sexual à criança, sua articulação junto a equipe multidisciplinar e as redes de proteção.

O estudo possibilitou enxergarmos a criança em sua totalidade, buscando intervenções no setor da saúde para recuperar e reabilitar das sequelas que podem ser permanentes como também intervenções na área jurídica por infringir a Lei.

Para tanto, é necessário que o profissional conheça o território aonde localiza-se a instituição, conheça os recursos da comunidade que atenda a vítima.

A proposta de um fluxo de atendimento multidisciplinar que acolha a vítima e a família desde a triagem deve ser estabelecida para que haja um atendimento integral.

Segundo informações da Coordenadora do Serviço Social do Hospital de Ensino, estão elaborando um fluxo de atendimento específico à violência de acordo com a Cartilha Linha de Cuidados para a Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes e suas Famílias em situação de violência que será usado por todos os profissionais que fizerem o atendimento às vítimas.

No entanto, a pesquisa aponta que durante o fluxo de atendimento no Hospital de Ensino, não há uma integração da equipe multidisciplinar quanto ao acolhimento à vítima deixando apenas para o Assistente Social fazê-lo. Geralmente a vítima tem que contar a história do abuso diversas vezes até chegar ao Serviço Social, sabendo que à frente ainda existe a rede de proteção em que deverá repetir o caso.

Sobre estes atendimentos foi observado que a equipe multidisciplinar não está capacitada ao tipo de atendimento, pois de acordo com as falas das Assistentes Sociais AS1 e AS2, os médicos escolhem se administram ou não o coquetel à vítima, nem toda a equipe atende adequadamente dentro do sigilo e respeito profissional e não há qualquer incentivo à especialização por parte do Hospital de Ensino, cada profissional trabalha de acordo com o que entende ser um acolhimento e se quiser conhecimento específico deverá buscar por conta própria.

Foi constatado através da pesquisa que nenhuma Assistente Social atuante possuía experiência anterior em atendimento à crianças e nem conhecimentos específicos no tema abuso sexual infantil.

Continuam atuando no atendimento à crianças vítimas de violência sexual e outras violências e por opção própria também não procuram por um curso específico.

Entretanto, as profissionais reconhecem o quanto é importante um treinamento ou especialização no tema para que os atendimentos sejam feitos de forma diferenciada.

De acordo com a análise da pesquisa as Assistentes Sociais demonstraram que mesmo com toda carga emocional que gera o trabalho com vítimas de abuso sexual infantil, conseguem realizar com êxito o atendimento dos casos, com todos os desafios que existem.

Foi observado que o Hospital de Ensino não possui um suporte de apoio emocional para estas profissionais, “(...) como oficinas, grupos de discussões com os profissionais, palestras ou mesmo oferecer cursos de capacitação profissional para os profissionais envolvidos com os atendimentos de violência sexual.” (Norma Técnica, 2015)

Os estudos evidenciam o quão importante é a capacitação profissional de toda a equipe multidisciplinar, evitando a revitimização ao buscar os fatos, sabendo lidar com a “(...) violência, pensando e agindo sem preconceitos e discriminações, o profissional está pronto para ouvir a palavra da criança e nela acreditar.” (Azevedo e Guerra, 2000)

Ressaltando que a capacitação poderia ser oferecida à todas as Assistentes Sociais do Hospital de Ensino pois sendo o Serviço Social uma profissão generalista e considerando a escala de plantões no Hospital, outras profissionais farão atendimento ao abuso sexual infantil em algum momento.

Com relação ao Hospital de Ensino, no que diz respeito ao local de atendimento, foi observado que não há uma sala específica para o atendimento ao abuso sexual infantil. As profissionais encontram uma certa dificuldade para atender os casos, tendo sempre que pedir para a sala ser desocupada para efetuarem o atendimento, obedecendo os princípios da ética e de sigilo.

Outro fator identificado durante a análise da pesquisa confirmando a hipótese de estudo sobre a “morosidade das ações” é que a notificação dos casos encaminhados ao Conselho Tutelar como “primeira medida a ser acionada”, segundo as profissionais nunca tiveram devolutiva.

De acordo com as falas das Assistentes Sociais devido a demanda do Hospital nem sempre é possível entrar em contato com o Conselho Tutelar para saber o andamento do processo e muitos casos se perdem no tempo.

Foi observado que os casos encaminhados ao CRAS, que acompanha a família em seu fortalecimento e ao CREAS que é referência em atendimento à violência, as AS1 e AS2 confirmam receber as devolutivas, ao contrário dos casos enviados ao Conselho Tutelar que é o órgão que faz a denúncia e notifica o Ministério Público, não há devolutiva.

Dessa forma novamente confirma-se a hipótese deste estudo quando diz que a falta de devolutiva dos casos encaminhados às redes socioassistenciais, colocam em dúvida as ações se de fato foi realizada a intervenção, se os resultados foram obtidos e como as famílias se encontram tempos depois.

De modo geral entendemos que o objetivo da pesquisa foi alcançado quando podemos identificar o papel do Assistente Social e da equipe multidisciplinar no Hospital de Ensino evidenciando fluxo, acolhimento e o conhecimento sobre as redes de proteção à violência, bem como as suas atribuições.

À partir do estudo notamos a necessidade de capacitação de toda a equipe multidisciplinar no que tange aos conhecimentos específicos do tema e estabelecer um fluxo específico de atendimento.

Durante a análise da pesquisa foi constatado através das entrevistas que as profissionais não estavam sintonizadas com as mudanças ocorridas referente a ficha de notificação à violências alterada desde Junho de 2015 para SINAN de acordo com a Portaria nº 1102/2015.

Na entrevista a AS2 citou a antiga ficha SIVVA já desativada e substituída pela SIVA somente para registro de acidentes.

Torna-se claro e importante a necessidade de reuniões periódicas para esclarecer o papel do Serviço Social no Hospital e de cada profissional para sintonizar as ações, evitando o desconhecimento do fluxo durante os atendimentos.

A busca por conhecimento específico fora do ambiente hospitalar é importante para o profissional atuar com base técnica complementando com a experiência do dia a dia.

## REFERÊNCIAS

ADOLESCÊNCIA E SAÚDE. 2014. Revista oficial do núcleo de estudos da saúde do adolescentes/UERJ. Notificação de violência contra adolescentes atendidos em Hospital escola, na região sul da cidade de São Paulo, 2011 - Vol. 11 nº 2 - Abr/Jun - 2014 Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=443](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=443)> Acesso em: 15/05/2016

ARIÈS, Philippe. História social da criança e da família. 2. Ed. São Paulo: LTC, (1975, 1981, 1986, 1998)

BANDEIRA, Vinicius. Código de Menores, ECA e Adolescentes em Conflito com a lei; Disponível em: <[http://ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigo](http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigo)>. Acesso em 14/11/2015

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em outubro de 1988. 35 ed. São Paulo: Saraiva, 2003

BRASIL. Código Penal. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

BRASIL, Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientações para gestores e profissionais de saúde.– 1.ed.atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 106 p.

BRAVO, S. I .Maria. Saúde e Serviço Social. Ed.Cortez. 2º Edição, Rio de Janeiro, 2006

CHAGAS, F. Vivendo psicologia e saúde. A influência da infância na vida adulta, 2015 Disponível em <https://fabiolachagas.wordpress.com/2015/01/31/a-influencia-da-infancia-na-vida-adulta> Acesso em : 15/05/2016

CHILD HOOD. Pela proteção da Infância,2010.Disponível em: <<http://www.childhood.org.br/perola-byington-atendimento-humanizado-para-casos-de-abuso-sexual-infantojuvenil/>>. Acesso em: 22/04/2016

CODEPPS - Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. 2007 Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/crianca/Adolescente.pdf>> Acesso em: 24/05/2016

Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 1, Brasília, 2009. 20 p.

Conselho Regional de Serviço Social – MT. CRESS. Profissão, 2015. Disponível em: <<http://cressmt.org.br/?p=251>>. Acesso em: 23/04/2016

CÓDIGO DE MENORES DE 1927. Lei nº 17943 – A, de 12 de outubro de 1927. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17943-a-12-outubro-1927-501820-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 22/11/2015

Conexão HGG. História. Jornal Eletrônico do Hospital Geral do Grajaú – Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês. V.4, Edição Especial, Out. 2015. Acesso: 01/01/2016

Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) O que o Ministério Público faz por você Disponível em: <[www.cnmp.gov.br/portal/component/content/article/94-institucional/ministerio-publico/131-o-que-o-mp-faz-por-voce](http://www.cnmp.gov.br/portal/component/content/article/94-institucional/ministerio-publico/131-o-que-o-mp-faz-por-voce)>

CORDEIRO, F. (2006). Aprendendo a prevenir: Orientações para o combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes. Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, V.1

SILVA, G.Elizete. Violência Doméstica Contra Criança e Adolescentes (VDCA): O que a Universidade tem a ver com isso? Ed. Jun/2013 Disponível em: <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-escolar/violencia-domestica-contra-criancas-e-adolescentes-vdca-o-que-a-universidade-tem-a-ver-com-isso> Acesso em: 26/05/16

FALEIROS, E. O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, (2003, 2010)

FIDELES, Nina. De FEBEM a Fundação Casa. Portal Forum. 2012 Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/blog/2012/06/de-febem-a-fundacao-casa/>> Acesso em: 22/11/2015

FIGUEIREDO, P.M. Cyntia. A Febem vai bem: o que atrapalha, são os menores, 1987. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010)>. Acesso em: 22/09/2015

FRANCO, Camila Maia. Linha do Cuidado Integral: Uma proposta de Organização da Rede de Saúde; Disponível em [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_linha\\_cuidado\\_integral\\_conceito\\_como\\_fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_linha_cuidado_integral_conceito_como_fazer.pdf) , Acesso em 09/04/2016

Fundação Casa. 2007. 267 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

Grupo Editoria Moreira Junior. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus tratos). 2016 Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=2406&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2406&fase=imprime) Acesso em: 24/05/2016

GUERRA, V.N.A. Infância e Violência doméstica fronteiras do conhecimento.Ed.Cortez. 6º Edição, São Paulo (2005, 2011)

HOSPITAL PEROLA BYINGTON. Centro de Referência da Saúde da Mulher, 2016. Disponível em: <http://www.hospitalperola.com.br/index.php/>. Acesso em 22/04/2016

Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV. O que é o Serviço Social, 2015. Disponível em: <http://www.hugv.ufam.edu.br/servicos/social.html> .Acesso em: 23/04/16

INDRIUNAS, Luís. História da saúde pública no Brasil. UOL - ComoTudoFunciona, 2011 Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>> Acesso: 20/11/15

JUNIOR, F. Ivan.Abuso sexual na infância: compreensão a partir da Epidemiologia e dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso: 02/10/2015

JUSBRASIL. Legislação comentada - artigo 217-a do CP - estupro de vulnerável, 2014. Disponível em : <http://leonardocastro2.jusbrasil.com.br/artigos/121943504/legislacao-comentada-artigo-217-a-do-cp-estupro-de-vulneravel>> . Acesso em: 14/05/2016

KOHAN, W. O. A infância escolarizada dos modernos (M. Foucault). In: Infância. Entre educação e filosofia. 1 ed, Belo Horizonte: Autêntica, 2005. p. 61 – 96.

KRAMER, Sônia. A Política do pré-escolar no Brasil: A arte do disfarce. 7ª edição. São Paulo: Cortez, 2003.

LABOISSIÈRE, Paula. Coleta de Vestígios – EBC Disponível em: <[www.ebc.com.br/noticias/2015/10/violencia-sexual-profissionais-do-sus-sao-capacitados-para-coleta-de-vestigios](http://www.ebc.com.br/noticias/2015/10/violencia-sexual-profissionais-do-sus-sao-capacitados-para-coleta-de-vestigios)> Acesso em: 20/11/2015

Laboratório de Estudo da Criança – LACRI. Pesquisando a violência doméstica contra crianças e adolescentes. A ponta do Iceberg – Brasil (2003,2007) Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/oquee.htm>> Acesso em 24/05/16 Disponível em: <[www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm](http://www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/iceberg.htm)> Acesso em 20/11/15

LONGO, S. Isis. Ser criança e adolescente na sociedade brasileira: passado e presente da história dos direitos infanto juvenis, 2010. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 22/04/16

Luiza F.Habigzang; Gabriela AzenAzevedo, Silvia Helena Kocler; Paula Xavier Machado. Universidade Federal do R.Gde do Sul, Porto Alegre, Brasil

MARCILIO. L. Maria.Etnodemografia da criança abandonada na História do Brasil: séculos 18 e 19, 1998 Disponível em: <<http://users.hist.umn.edu/~rmccaa/laphb/28fall98/laphb282.htm>> Acesso em: 15/05/2016

MARQUES, Margarete S. A escuta ao abuso sexual: O psicólogo e o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente. 2006. 196 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed . São Paulo :Hucitec, 2000.2010

Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS Nº 737 DE 16/05/01 Publicada no DOU Nº 96 SEÇÃO 1e – DE 18/05/01, 2001 Disponível em: <<http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/>> Acesso em: 10/2015

Ministério Público. Débora Agarrayua. Disponível em: <[www.ebah.com.br/content/ABAAAAV-AAF/ministerio-publico](http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAV-AAF/ministerio-publico)> Acesso em: 20/11/15

Ministério da Saúde. Entendendo o SUS, 2015 Disponível em : <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf> . Acesso em: 16/10/15

Ministério da Saúde. Norma Técnica. Atenção humanizada às pessoas em Situação de violência sexual com Registro de informações e coleta de vestígios. 2015 Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf> Acesso em: 26/05/2015

Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2016. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em: 01/04/2016

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1.124-1.133, jul./ago. 2005.

MUNER. C. Luana. Abuso sexual: a criança em foco, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php/>>. Acesso em: 01/11/2015

Organização Mundial da Saúde. (1999, 2004). WHO recognizes Child Abuse as a major publichealth problem. Disponível: <<http://www.who.int>> Acessado: 12/ 2007.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 1102/2015 Publicada no doc de 20/JUN/2015 - Páginas 27 e 28

REZENDE, J. A posição subjetiva da criança no abuso sexual, 2008. 92p. Tese (Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade) Rio de Janeiro, 2008

SCHACH. A. Vanderlei. Roda dos Expostos: Do abandono social histórico à vulnerabilidade afetiva de crianças na atualidade – Revista Batista Pioneira, São Paulo, v.4, n.1, Jun/2015

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Crescimento da população, 2008. Disponível em : <<http://www.seade.gov.br/>> Acesso em: 22/11/2015

Secretaria de Desenvolvimento Social – SDS. Proteção Social, 2015 Disponível em: <[http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/assistencia\\_especial](http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/assistencia_especial)>. Acesso em: 23/04/2016

Secretaria de Direitos Humanos Presidência da República. Disque 100: Quatro mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes foram registradas no primeiro trimestre de 2015, Maio. 2015 Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2015/maio/disque-100-quatromil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-foram-registradas-no-primeiro-trimestre-de-2015>> Acesso: 23/11/2015

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - DF. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal, 2008. 68p.

Secretaria da Segurança Pública de São Paulo. Instituto Médico Legal Disponível em : <<http://www.ssp.sp.gov.br/fale/institucional/answers.aspx?t=3>> Acesso : 23/11/15

Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2015 Disponível em: <[promenino.org.br/noticias/reportagens/tire-8-duvidas-sobre-o-sistema-de-garantia-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente](http://promenino.org.br/noticias/reportagens/tire-8-duvidas-sobre-o-sistema-de-garantia-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente)> Acesso em: 20/11/1

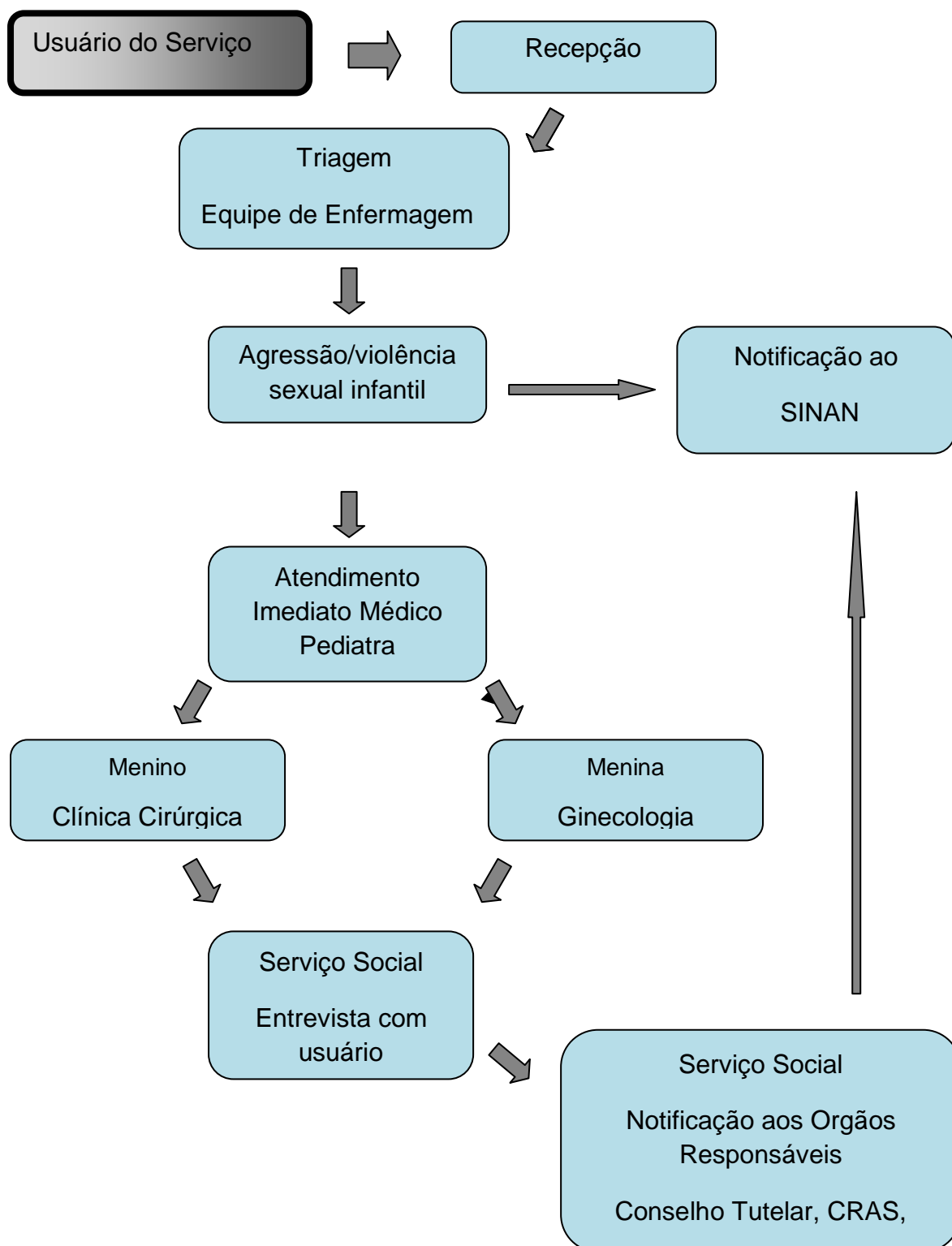
Tribunal de Justiça. São Paulo. Disponível em: <[www.tjsp.jus.br/EGOV/InfanciaJuventude/Coordenadoria](http://www.tjsp.jus.br/EGOV/InfanciaJuventude/Coordenadoria)> Acesso em: 20/11/15

VIEIRA, A.L. Promenino Fundação Telefônica. Reportagem- Tire 8 dúvidas sobre o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2015 Disponível em: <[promenino.org.br/noticias/reportagens/tire-8-duvidas-sobre-o-sistema-de-garantia-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente](http://promenino.org.br/noticias/reportagens/tire-8-duvidas-sobre-o-sistema-de-garantia-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente)> Acesso em: 20/11/15

WITIUK, Ilda Lopes, “Serviço Social e Saúde: Processo de Trabalho do Assistente Social”; Disponível em: <[http://www.cpihts.com/2003\\_07\\_06/SSS.htm](http://www.cpihts.com/2003_07_06/SSS.htm)>, Acesso em 21/11/2015

Yokomiso. T. Celso. Violência e descontinuidade psíquica: um estudo sobre a Fundação Casa. 2007. 270 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica de São São Paulo, 2007.

## APÊNDICE – FLUXO DE ATENDIMENTO AO ABUSO SEXUAL NO HOSPITAL



## ANEXOS

### A - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A instituição (nome da Instituição) autoriza coleta de dados e realização de entrevista com (sujeitos de pesquisa), que tem como objetivo: (objetivo geral), de responsabilidade do pesquisador (orientador) tendo como pesquisadores: (aluno/grupo) que está vinculado à Universidade de Santo Amaro –UNISA. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos nela recrutados.

---

Nome e CPF do responsável pela instituição

---

Cargo do responsável pela instituição

---

Assinatura do responsável pela instituição

Data: -----/-----/-----

---

Assinatura do orientador

Data: -----/-----/-----

## **B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **PROTOCOLO: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO A QUESTÃO DO ABUSO SEXUAL DA CRIANÇA**

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária no projeto **“A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO A QUESTÃO DO ABUSO SEXUAL DA CRIANÇA”**, do Curso de Serviço Social da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pela pesquisadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Sônia Maria de Almeida Figueira, e pelo graduando Ulany Pereira dos Santos Silva, do Curso de Serviço Social, como Trabalho de Conclusão de Curso, que tem como objetivo conhecer a atuação do Assistente Social de um Hospital Escola no atendimento as crianças vítimas de abuso sexual, na acolhida ao chegar no Pronto Socorro Infantil (PSI), no acompanhamento durante a internação e no encaminhamento à vítima e sua família as redes de proteção, compreendendo o perfil das ações desenvolvidas pelo profissional na efetivação dos direitos sociais.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da participação em entrevista, que visa compreender a atuação do profissional de Serviço Social. As entrevistas serão realizadas pela graduanda Ulany Pereira dos Santos Silva e serão gravadas, ficando o sr (a) livre para não responder a qualquer uma das perguntas realizadas se assim o desejar. Se depois de consentir em sua participação o (a) 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. As gravações ficarão sob a guarda sigilosa dos pesquisadores.

A pesquisa apresenta desconfortos ou riscos mínimos aos participantes, quer seja na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual por se tratar-se unicamente da participação em entrevista. Em caso de qualquer dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração ou benefício direto pela sua participação. Os benefícios são indiretos, sendo que o principal benefício da investigação, para o pesquisador, será a possibilidade de gerar conhecimento específico para a categoria, a fim de contribuir para a agregação de saber teórico sob análise da atuação do Serviço Social na Saúde.

O benefício para o profissional de Serviço Social é a contribuição ao meio científico, por gerar conhecimento das ações destes profissionais na área da Saúde, bem como contribuir para a categoria disponibilizando estudo a respeito da atuação do Assistente Social. 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 responsável na Rua Isabel Schmidt, 349 - Santo Amaro, São Paulo - fone 2141 – 8932, sendo garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais das pesquisas.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Ulany Pereira dos Santos Silva

---

Profª Sônia Maria de Almeida Figueira

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação.

---

Nome:

Doc. Identificação:

Declaro(amos) que obtive(mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Data:

---

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

---

Assinatura do graduando

## **ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **Dados do Entrevistado:**

**Idade:**

**Ano de Formação:**

**Cursos ou especializações que possui:**

**Tempo que trabalha no Hospital:**

1. Como é o atendimento do Serviço Social nos casos de abuso sexual infantil desde a chegada da vítima ao Hospital?
2. Como é feita a primeira abordagem nos casos de abuso sexual?
3. Quando chega um caso no Hospital de abuso sexual infantil, dentro da equipe de Serviço Social já tem o profissional específico para o atendimento?
4. Nos casos de abuso sexual infantil, qual o papel da equipe multidisciplinar?
5. Você considera que a equipe de Serviço Social e multidisciplinar deste hospital estão estruturadas para atender esses casos?
6. Quais as principais dificuldades para lidar com o atendimento nos casos abuso sexual?
7. Em sua opinião, é necessário capacitações para a abordagem a vítima e/ou a sua família?
8. O Serviço social faz encaminhamentos desses casos para a rede assistencial? Para quais serviços?
9. Nos casos encaminhados ao Conselho Tutelar, há uma devolutiva ao Serviço Social?
10. Você considera que o atendimento prestado pela rede assistencial, especialmente o Conselho tutelar responde à necessidade do caso.

11. Como você lida com a carga emocional que o atendimento a criança vítima de abuso sexual pode trazer a rotina de trabalho e à sua vida pessoal?
12. Em sua opinião, que postura o Assistente Social deve ter que contribua para o atendimento dos casos?
13. Já trabalhou com violência sexual infantil em outros serviços da rede assistencial?

## ANEXO D – Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica/sexual e/ou outras violências atendimento de violência sexual

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
<b>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</b>					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravado/doença <b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>		Código (CID10) <b>Y09</b>	Código (IBGE)	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		7 Nome da Unidade Notificadora	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código Unidade	Código (CNES)	
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	
	13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado		
16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica					
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe			
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito	
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone	31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)		
	<b>Dados Complementares</b>				
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica) 3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado	37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1- Travesti 2- Mulher Transsexual 3- Homem Transsexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito	
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	48 Geo campo 4	49 Ponto de Referência	50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

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