

**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social**



**“Atuação dos Profissionais de Saúde no Atendimento às Crianças
Vítimas de Abuso Sexual”.**

Autora: Daiene Bispo

Rio de Janeiro, 2015.

Daiene Bispo

“Atuação dos Profissionais de Saúde no Atendimento as Crianças Vítimas de
Abuso Sexual”.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Rosana Morgado

Rio de Janeiro, 2015.

Dedicatória

Dedico este trabalho as pessoas que foram parte fundamental ao meu ingresso na Universidade e no meu crescimento pessoal, a minha avó Ismênia, a minha amada mãe, Rosemeri e ao meu amado padrasto, Carlos Alberto, que tornaram possível transformar um sonho em realidade. Ao meu pai, Luiz Otávio Bispo, que não se encontra entre nós, mas que estaria orgulhoso do caminho que estou trilhando. Dedico também aos meus sobrinhos Fernanda e Felipe que tornaram esta jornada mais doce e mais divertida. Por último, a todos que me incentivaram e me ajudaram, expresso meu reconhecimento e gratidão.

Agradecimentos

Em especial a **Deus**, meu melhor amigo, meu condutor, meu guia. Agradeço pelo privilégio de ter nascido, por ser minha companhia constante e por ter me sustentado nos momentos de dificuldade, nos momentos que pensei em desistir. Obrigada por estar ao meu lado nesta jornada, a primeira de muitas que estão por vir.

Aos meus amados e queridos pais, **Rosemeri e Carlos Alberto**, por acreditarem em mim, permitindo que este sonho tenha se cumprido, abdicando de muito em prol da minha formação acadêmica, pelo amor, carinho e dedicação. Enfim, por compreenderem minha ausência em detrimento dos estudos. Em especial a minha mãe, a principal responsável pela escolha deste curso, desta profissão. Ela foi a minha árdua incentivadora, meu sustento nos momentos de extrema dificuldade. Ao meu padrasto, que considero mais que um pai por ter me oferecido o suporte emocional e financeiro que precisei para concluir esta Universidade. A eles, meus mais sinceros agradecimentos. Amo vocês!

Ao meu irmão, **David**, por sempre me apoiar e me incentivar a continuar seguindo os meus sonhos. Aos meus sobrinhos, **Fernanda e Felipe**, por me proporcionarem momentos de alegrias e descontração durante grande parte da minha formação.

À minha amada **avó Ismênia**, pelo exemplo de vida, pelo incentivo, pelo amor dispensado a mim e pela preocupação todas às vezes que saía para ir à Universidade. Obrigada, vó, por todos esses anos de amor e compreensão.

A todos os meus familiares, tios, tias e primos pelo apoio, compreensão e incentivo, em especial ao meu primo “irmão”, **Thiago**, que tem sido meu amigo, companheiro e confidente me estimulando e me fazendo acreditar que era possível.

À minha querida prima, **Larissa**, que foi crucial para a finalização deste trabalho me cedendo seu quarto, seu computador, me auxiliando nas dúvidas referentes às regras da ABNT. Obrigada pela amizade, pelo carinho, por ter perdido horas ao meu lado me ajudando na finalização deste trabalho. Agradeço pelo apoio incondicional, pelas palavras de ânimos empreendidas nos momentos de desespero.

À minha grande amiga e incentivadora, **Amanda**, que fez parte desta trajetória ao meu lado, a quem tive o privilégio de conhecer dentro desta Universidade e que se tornou minha confidente, minha irmã. Obrigada pelo companheirismo, pela amizade, pelo apoio, pelos momentos de felicidades, de descontração, por ter aberto as portas da sua casa quando mais precisei. Agradeço a Deus por sua amizade.

Ao **Diego**, amigo que conquistei durante a minha trajetória na Universidade, com quem compartilhei experiências e mesmo com a distância estava sempre presente nos momentos importantes e especiais, com palavras de ânimos e de motivação. Obrigada pelo companheirismo, pela amizade, pelas palavras sábias em momentos difíceis, pelo carinho, pelas risadas, pelos momentos de lazer e pelo apoio incondicional.

À minha querida amiga, **Helen**, com quem compartilhei muitas histórias e muitos momentos de alegria durante o processo de formação nesta Universidade. Sou grata pelo apoio e pelas experiências vividas. Tenho muito orgulho de ser sua amiga.

Aos amigos que conquistei durante esta trajetória acadêmica, **Daniel, Mariana, Rebeca e por fim Rafaela**, obrigada pelas risadas, pelas conversas, pelo compartilhar de saberes, das angústias, das dificuldades durante esses cinco anos de Universidade. Amigos que se tornaram mais que especiais.

Aos docentes e profissionais de Escola de Serviço Social que também foram responsáveis pela minha formação acadêmica.

Às professoras **Joana Garcia e Ludmila Cavalcanti** que fizeram parte da minha formação profissional e me incentivaram através de suas aulas e palestra ao estudo desta temática tão instigante e desafiadora. Obrigada por terem aceitado fazer parte deste processo tão importante da minha formação acadêmica. Fico lisonjeada e honrada em dividir este momento com vocês.

E por fim, a uma pessoa muito especial que admiro como pessoa e como profissional, a minha queridíssima orientadora, **Prof^a Rosana Morgado**, com quem compartilhei meu desespero, minhas angústias, minhas dúvidas. Agradeço pelo empenho e dedicação durante todo este processo, por ter me compreendido nos momentos de dificuldade e por ter me apoiado nas decisões tomadas acerca deste trabalho. Obrigada por ter acreditado em mim, por ter contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço por ter colaborado para que eu me apaixonasse ainda mais por esta profissão e por esta temática tão instigante e conflitante que é a violência sexual. Obrigada pela dedicação, carinho e compreensão.

Agradeço a Deus por tê-los em minha vida.

“Nenhum ser humano é uma ilha... por isso não perguntem por quem os sinos doam. Eles doam por cada um, por cada uma, por toda a humanidade. Se grandes são as trevas que se abatem sobre nossos espíritos, maiores ainda são as nossas ânsias por luz. (...) As tragédias dão-nos a dimensão da inumanidade de que somos capazes. Mas também deixam vir à tona o verdadeiramente humano que habita em nós, para além das diferenças de raça, de ideologia e de religião. E esse humano em nós faz com que juntos choremos, juntos nos enxuguemos às lágrimas, juntos oremos, juntos busquemos a justiça, juntos construamos a paz e juntos renunciemos à vingança.”

(Leonardo Boff)

BISPO, D. Atuação dos Profissionais de Saúde no Atendimento as Crianças Vítimas de Abuso Sexual. 2015. Trabalho apresentado como requisito para obtenção de grau de assistente social. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio Janeiro, 2015.

RESUMO

O presente estudo tem o propósito de identificar, através da análise de 8 trabalhos com a mesma temática e realizados em diferentes Estados do país, a atuação dos profissionais de saúde no atendimento às crianças vítimas de abuso sexual. Tal como suas condutas, encaminhamentos e a importância da qualificação profissional e acadêmica nos atendimentos prestados a elas. Para tal, buscou-se conhecer as características gerais destes profissionais, suas condutas frente aos casos de abuso sexual, as características da criança que sofreu a violência, os tipos de violência seguida do abuso e os agressores envolvidos. Dos trabalhos analisados, 4 foram realizados em instituições de saúde no estado do Rio de Janeiro, 1 no Distrito Federal, 1 em Roraima, 1 no Rio Grande do Sul e 1 em São Paulo. Em sua grande maioria, tiveram foco na análise dos atendimentos dos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, sendo apenas dois focados no atendimento realizado, exclusivamente, por enfermeiros. A pesquisa dos dados contidos nos diferentes trabalhos revelou que a maioria das vítimas de abuso sexual eram crianças predominantemente do sexo feminino com idade entre 0 e 11 anos. Constatou-se que a família é a principal responsável pelo abuso, em contrapartida, a que mais denuncia - sendo a violência sexual intrafamiliar a mais cometida. Os principais resultados obtidos estão voltados para o fato dos profissionais de saúde (técnicos em enfermagem, enfermeiros e psicólogos) não estarem aptos a diagnosticar e denunciar os casos de violência sexual, transferindo essa realidade para médicos e assistentes sociais. Verificou-se que tais profissionais têm sido os mais requisitados para realizarem as notificações e diagnósticos sobre a temática apresentada. Conclui-se, então, que há uma deficiência na formação acadêmica e na qualificação profissional para atuar no atendimento às crianças vítimas de violência sexual.

Palavra Chave: atuação profissional, abuso sexual, profissionais de saúde.

Lista de Ilustrações, Gráficos.

Gráfico 1: Perfil dos enfermeiros; Sexo.	58
Gráfico 2: Distribuição das vítimas de abuso sexual atendidas no AF, segundo sexo. Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N=129).....	62
Gráfico 3: Distribuição de vitimização por sexo.....	63
Gráfico 4: Incidência quanto ao tipo de maus tratos estudados no Período da pesquisa.....	64
Gráfico 5: Tipos de violência sexual, segundo distribuição dos profissionais de saúde.....	66
Gráfico 6: Incidência de Maus- tratos levando em consideração a faixa etária da criança”.....	69
Gráfico 7: Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo a relação do agressor com a vítima. Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N=129).....	71
Gráfico 8: Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo o grau de familiaridade do agressor com a vítima. Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N=108 agressores).....	72
Gráfico 9: Intrafamiliar, extrafamiliar ou ambas: a violência mais prevalente na visão dos entrevistados.....	74
Gráfico 10,11: Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a busca da identificação dos agressores identificados.....	75
Gráfico:12, 13: Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a busca da identificação dos agressores identificados.....	76
Gráfico:14: Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a busca da identificação dos agressores identificados.....	77
Gráfico 15: Distribuição das situações de abuso sexual atendidas no AF, segundo a origem da suspeita. Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N=129).....	78
Gráfico 16: Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo a origem da demanda. Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N=129).....	78
Gráfico 17: Participação dos profissionais de saúde nas notificações realizadas, segundo sua formação.....	78

Gráfico 18: Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a capacidade de identificar os tipos de violência sofridos por essa criança.....81

Lista de Quadros

Quadro 1: Faixa etária dos enfermeiros entrevistados	60
Quadro 2: Distribuição dos profissionais de saúde, segundo, idade e sexo.....	60
Quadro 3: Frequência e porcentagem de atendimento no Hospital Pérola Byington, no período de 2006 a 2010 (até junho inclusive), por ano e por sexo.....	62
Quadro 4: Tipo de violência infringidas as crianças no CREAS Centenário/ Duque de Caxias.....	65
Quadro 5: Distribuição da clientela atendida no AF, segundo o tipo de abuso. Abril de 1996 a setembro de 2000. (N = 436 pacientes e 588 abusos).....	67
Quadro 6: Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo associação com outros tipos de abuso. Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=40 pacientes).....	67
Quadro 7 : Abuso sexual associado a outros tipos de abuso.....	68
Quadro 8: Frequência e porcentagem de atendimento no Hospital Pérola Byington, de 2006 á 2010 (até junho inclusive), por idade, faixa Etária.....	69
Quadro 9: Comparação das vítimas atendidas no AF em relação à ABRAPIA.....	70
Quadro 10: Classificação do abuso sexual x Agressor CREAS Centenário/ Duque de Caxias.....	73

.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência

AF- Ambulatório da Família

CAS- Complexo de Assistência Social

CMDCA- Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

CM- Código de Menores.

CONANDA- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAMI - Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DNCr- Departamento Nacional da Criança

Decap- Departamento de Polícia Judiciária da Capital

FUNABEM- Fundação Nacional do Bem Estar do Menor

CT- Conselho Tutelar

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

HCSA- Hospital da Criança Santo Antônio

HMFST- Hospital Municipal Francisco da Silva Teles

INFOCRIM- Informações Criminais

IPPMG- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

NAVE- Núcleo de Atenção à violência

SAM- Serviço Nacional de Assistência ao Menor

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SGD - Sistema de Garantia de Direitos

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificações.

UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

Introdução	12
1 Histórico sobre a Infância no Brasil.....	16
1.1 Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA: Rumo aos novos sujeitos de direitos.....	23
1.2 Concepção de Violência, Família e Relações de Gênero.....	27
2Violência doméstica e suas características.....	33
2.1 Considerações sobre a violência sexual e seus diferentes conceitos.....	36
2.2 Abuso Sexual e suas dinâmicas	39
2.3 Abuso Sexual: A distinção entre vitimação e vitimização.....	46
2.4Abuso Sexual: Relação entre desiguais.....	49
2.5 A relação entre abuso sexual e o Poder.....	52
3- Os profissionais de saúde no enfrentamento aos casos de violência sexual.....	57
3.1 Caracterização dos profissionais de saúde (sexo e idade).....	57
3.2 Perfis das vítimas de Violência Sexual.....	61
3.3 Relação do agressor com a vítima.....	71
3.4 Classificação e categorização dos casos de violência sexual segundo as condutas adotadas pelos profissionais.....	78
4- Desafios à intervenção profissional frente ao abuso sexual.....	83
4.1 Atuação dos profissionais de saúde na abordagem as vítimas de abuso sexual	89
Considerações Finais.....	99
Referências Bibliográficas.....	103

INTRODUÇÃO

Para versar sobre a violência doméstica contra as crianças é preciso entender os fatores que a caracterizam. O enfrentamento deste tipo de violência é expresso em diversos setores, sendo a área da saúde uma das portas de entrada para o atendimento às crianças vítimas de violência doméstica. Assim, o presente trabalho se propõe a identificar a atuação dos profissionais de saúde no atendimento às crianças vítimas de abuso sexual e os procedimentos e encaminhamentos realizados por eles. Logo, irei caracterizar o perfil destes profissionais e suas condutas. Assim como o perfil das vítimas, abordando o sexo, a faixa etária, os tipos de violência mais frequente e a relação com os agressores. Este estudo será de grande relevância na tentativa de conscientizar os profissionais de saúde sobre a importância da qualificação profissional e a concretizar os atendimentos pautados no trabalho em equipe nas devidas unidades de saúde, posto que este tipo de violência afeta os sujeitos em várias dimensões, sendo uma delas a qual o assistente social deverá atuar.

As questões voltadas para a temática da violência sexual contra crianças vêm sendo meu foco de preocupação desde os primeiros semestres do curso de Serviço Social, devido a sua complexidade e magnitude. Foi através da participação em debates, seminários e palestras que o tema relacionado à violência sexual se fez presente, provocando meu interesse. Sendo a leitura do texto de Monteiro (2010) intitulado: “Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes”, estudado na disciplina de Técnicas de Intervenção Social, o propulsor para a definição do tema como objeto de estudo para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso.

A leitura deste texto e a realização de estágio curricular no campo da saúde instigaram-me a realizar um estudo sobre a atuação dos profissionais de saúde no atendimento às vítimas de violência sexual, posto que os hospitais se configuram como porta de entrada preferencial para o atendimento destes tipos de violência. Isto porque a violência doméstica pode ser considerada uma questão de saúde pública, sendo as unidades de saúde os locais propícios à revelação dos casos de violência familiar.

Este estudo foi baseado em uma investigação de natureza qualitativa, através do levantamento bibliográfico com base em teses, dissertações, livros, artigos científicos e documentos eletrônicos: legislações, publicações periódicas (revistas) que versam sobre o objeto de pesquisa do ponto de vista conceitual, e quantitativa, através de dados e gráficos pré-existentes provindos de oito trabalhos de mesma temática com base territorial em cinco estados distintos do país, sendo 4 trabalhos realizados em diferentes municípios do Estado do

Rio de Janeiro, 1 realizado no Distrito Federal, 1 no Estado de Roraima, 1 no Estado do Rio Grande do Sul e 1 no Estado de São Paulo. Estes trabalhos foram elaborados por graduandos dos cursos de Serviço Social, Enfermagem e Medicina.

A maioria dos trabalhos teve foco na análise dos atendimentos dos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, sendo dois focados no atendimento realizado apenas por enfermeiros.

A violência doméstica contra a criança é aquela exercida no ambiente privado, dentro do lar, ou seja, da esfera privada. Normalmente é um fenômeno de longa duração, que ocorre de maneira rotineira e sistemática, o que provoca na criança um sentimento de ser merecedora da violência sofrida e responsável por desencadeá-la.

A violência intrafamiliar inclui várias formas de agressão contra a criança, sendo, em geral, uma forma de comunicação entre o adulto e a vítima. Quando numa família se detecta um tipo de abuso com frequência, existe uma inter-relação que expressa às formas de violência. Esse termo diz respeito aos conflitos familiares transformados em abusos, intolerâncias e opressão. Esse tipo de violência coloca as crianças sobre um tipo de dominação e não de proteção, já que ela é cometida por membros da família (MONTEIRO, 2010). A violência intrafamiliar cometida contra a criança tem quatro modalidades: a física, a sexual, a psicológica e a negligência.

A violência física é definida como atos violentos com uso da força física de forma intencional ou não acidental praticada por pais, responsável ou familiar próximo à criança ou adolescente com o objetivo de ferir, lesar, causar dor, deixando ou não marcas em seu corpo (BRASIL/MS, 2002).

Em nosso país é comum usar a punição corporal com o propósito de educar as crianças, sendo esta prática amplamente utilizada pelas famílias, tendo legitimidade em nossa cultura e nas relações de dominação presentes nelas. Ou seja, o uso dessa punição corporal com finalidade educativa acaba por se tornar comum dentro dessas famílias já que as mesmas estão atravessadas por relações de poder, onde a hierarquia do homem/ pai contra a mulher/mãe e criança/filho se faz presente (GONÇALVES, 2011).

A violência sexual diz respeito ao ato ou jogo que ocorre nas relações heterossexuais ou homossexuais e visa estimular ou utilizá-la para obter excitação sexual, eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Neste caso, o agressor está sempre em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança. Isto a torna mais vulnerável a partir do momento que não tem

entendimento do ocorrido e está em um estágio de desenvolvimento físico e psicológico inferior ao agressor (GONÇALVES, 2011).

Ainda de acordo com Gonçalves (2011) os atos considerados como abuso sexual podem ou não envolver contato físico com a criança; pois, não se deve esperar que este tipo de violência apresente um sinal corporal visível posto que este fenômeno pode variar desde atos em que não se produz o contato sexual até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração.

A maioria das crianças vítimas de abuso sexual também sofre outros tipos de violência como à física e a psicológica. As crianças que são vítimas de abusos sexuais podem apresentar sintomas de hiperatividade ou retraimento, baixa autoestima, dificuldade de relacionamento com outras crianças ou adultos acompanhados de medo, fobia, vergonha, culpa, ansiedade, depressão e outros transtornos afetivos.

A reação da criança dependerá da duração do abuso, se este for sistemático e rotineiro será mais traumático do que se fosse um episódio único, da presença ou ausência de apoio familiar e a proximidade do vínculo entre a criança e aquele que o agrediu (AMAZARRAY e KOLLER, 1998 e WILLIAMS, 1996 *apud* GONCALVES, 2011).

Os danos causados e as reações provocadas por este tipo de abuso sexual são mais intensos quando acontecem no seio familiar, ou seja, pelos pais, padrasto e pessoas que possuam função parental com a vítima.

Uma das dificuldades para detectar este tipo de abuso sexual intrafamiliar contra crianças refere-se ao fato da família ser idealizada pela sociedade como uma instituição voltada para a proteção, o cuidado e o desenvolvimento humano, sendo considerada a primeira esfera social designada a propiciar a socialização dos indivíduos (SANTOS, 2012).

A violência psicológica nomeia agressões verbais e gestuais, com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. Esse tipo de violência é a mais difícil de detectar, já que não deixa marcas aparentes. Ela pode ter um efeito devastador sobre as crianças e adolescentes causando dano ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial dos mesmos (MONTEIRO, 2010).

A negligência consiste na omissão, ausência, negação de cuidados necessários à criança que deveria receber atenção e cuidados, quando isso é essencial ao seu desenvolvimento sadio. Este termo também designa as omissões dos pais e responsáveis pela criança e adolescente quando deixam de prover com suas necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, emocional e social.

Existem dois tipos de negligência a física e a emocional. A física está relacionada à falta de cuidado com vestimenta, medicação, nutrição, higiene já a emocional está relacionada à falha na provisão e suporte afetivo e emocional.

Diante destas concepções e dos diferentes tipos de violência, o abuso sexual se constitui como objeto de estudo, por ser reconhecido pelo campo da saúde como uma questão peculiar. Isto porque destaca a necessidade do atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas, sendo de difícil abordagem pelos profissionais de saúde e pelo frequente atendimento em seus serviços (FERREIRA, 2002).

O primeiro capítulo deste trabalho apresenta um histórico sobre o tratamento dado à infância no Brasil e as diferentes estratégias utilizadas no enfrentamento do “problema” da criança pobre, através do resgate da história das políticas voltadas para a infância no século XX. Este resgate tem por objetivo compreender a passagem da Doutrina da Situação Irregular para a Doutrina de Proteção Integral, através da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, quando os “menores” deixam de ser considerados como objeto de medidas judiciais para serem sujeitos portadores de direitos sociais. Será dado destaque a abordagem dos Conselhos de Direitos, dos Conselhos tutelares e ênfase nos artigos voltados a notificação da violência contra crianças pelos profissionais de saúde. Ainda neste capítulo, haverá uma análise sobre a instituição família, as transformações ocorridas no interior dela e sua relação com a temática da violência na perspectiva de gênero.

O segundo capítulo aborda questões sobre a violência e suas características, seus conceitos, suas formas de manifestação, suas dinâmicas, os principais envolvidos, posto que este tipo de violência compreenda o tema desta pesquisa.

O terceiro capítulo apresenta os dados e gráficos retirados dos oito trabalhos escolhidos, a fim de identificar a atuação dos profissionais de saúde, suas características, suas condutas e encaminhamentos frente aos casos de abuso sexual. Também vai permitir conhecer o perfil das crianças que sofreram abuso sexual e sua relação com os agressores.

O quarto capítulo fornece um arcabouço teórico sobre a importância da qualificação acadêmica e profissional nos casos de abuso sexual, visto que o objeto de estudo se refere a análise da atuação destes profissionais no âmbito da saúde, posto que este é um espaço propício para a identificação dos casos de abuso sexual.

1 Histórico sobre a Infância no Brasil.

Para abordar a questão da violência contra crianças torna-se necessário uma retrospectiva sobre a história da infância no Brasil, história esta que ocorreu em diversos contextos, através das relações com a família, com a igreja, com o Estado e com outros setores da sociedade que propagavam valores morais, religiosos e culturais.

Durante séculos a infância neste país foi tida como problema, alvo de discussão, de interesse social e jogos de elites, alvo de ações políticas, assistencialistas e filantrópicas. Esta infância, porém é a infância pobre, aquela referente às crianças e adolescentes consideradas perigosas que na visão do Estado, da Igreja permaneciam à margem da sociedade. Crianças que eram vistas como menores marginalizados e que se dissociava da infância tida como privilegiada. Foi para estes menores que se formularam leis para "protegê-los" visando métodos para sua educação ou reeducação com a intenção de exterminar o abandono e a criminalidade ao qual se encontravam.

O foco desta análise será a criança, mas vai além dela porque abrange gerações (RIZZINI, 2009 p. 98). A criança será concebida, moldada e regulada pela sociedade por um longo período. A infância no período do Brasil Colônia até o fim da Ditadura Militar será classificada de acordo com sua origem e herança, ou seja, os bens nascidos eram crianças enquanto os demais estavam sujeito aos aparatos jurídico- assistencial destinado a educá- los ou corrigi-los (RIZZINI, 2009).

A legislação foi voltada para a criança- menor que necessita de assistência à qual a sociedade precisa definir responsabilidades e ações. Essa “proposta de se dar um tratamento jurídico diferenciado a criança e adolescente aos poucos foram sendo incorporada a legislação, com repercussões na esfera da ação, sendo o Estado chamado a intervir” (RIZZINI, 2009, p. 99).

A primeira medida relacionada às crianças e adolescentes no Brasil, ocorreu no período colonial, onde a assistência à infância era determinada por Portugal e aplicada pelos representantes da Corte e da Igreja Católica. Neste momento Estado e Igreja andavam juntos. As crianças índias eram utilizadas pelos jesuítas para converterem seus pais e para se tornarem futuros súditos do Estado, através de um estruturado sistema educacional que tinha a intenção de moldá-las de acordo com seus tutores.

De acordo com Rizzini (2009) os padres perderam seu poder político junto a Corte de Portugal, sendo os mesmo expulsos e a escravização proibida. Com isso as Câmaras

Municipais se tornaram responsáveis pelas crianças abandonadas, podendo assim criar impostos.

Porém os representantes das elites não conseguiram harmonizar esta ação política com a Santa Casa, sendo esta mais uma forma de assistência ligada à Igreja. Com o aumento da pobreza e o abandono de filhos nascidos fora do casamento, foi criada a Primeira Roda dos Expostos que eram mantidas por doações dos nobres e pela caridade da Igreja. Essas crianças abandonadas eram utilizadas para o trabalho desde pequenas, depois de permanecerem alguns anos na Casa dos Expostos. As mortalidades das crianças nestas Casas eram bastante elevadas, "devido à falta de condições adequadas de higiene, alimentação e cuidados em geral" (RIZZINI, 2009, p. 20)

Segundo Rizzini (2009) o asilo de órfãos, abandonados ou desvalidos se tornou uma prática corrente no século XIX, quando surgiu a ideia de oferecer educação industrial aos meninos e educação doméstica às meninas. Estes asilos eram mantidos por ordens religiosas, através de doações. Ou seja, a responsabilidade de cuidar destas crianças era da igreja que utilizava subsídios públicos, tendo assim uma associação entre as ações do governo e da igreja na esfera político jurídica. Esta prática de recolher essas crianças em asilos favoreceu uma cultura institucional baseada nas formas de "assistência ao menor" que seria mantida ainda por muitos séculos.

A legislação relacionada à infância neste período se voltou para o recolhimento dessas crianças órfãs e expostas. A preocupação com esta questão se dava devido à ideologia cristã de amparar a criança abandonada. As medidas realizadas eram assistenciais e caritativas de cunho religioso.

Na medida em que os métodos de atendimentos foram sendo aperfeiçoados, as instituições adotavam novas denominações, abandonando o termo asilo, representante de práticas antiquadas e substituindo-o por outros (RIZZINI, 2009). Porém, mesmo havendo mudança nas denominações, o modo como às crianças eram tratadas não se diferenciava em nada dos asilos, pois continuavam a ser colocadas juntas aos adultos em locais lotados onde as condições de higiene eram péssimas, tendo uma educação voltada para a prevenção ou para a regeneração, onde a meta era enraizar o "sentimento de amor ao trabalho".

Na passagem do século XIX para o século XX falava-se numa justiça que revelasse a reeducação em detrimento da punição e as crianças passaram a ser responsabilidade dos Juízes de Menores que em conjunto com a Polícia eram responsáveis por sua vigilância e por seu recolhimento. Neste período se consolidou a fórmula Justiça e Assistência para os

menores viciosos e delinquentes. Fica claro que há uma política repressiva tanto com ênfase na tutela pessoal da criança como na ordem geral a ser preservada, seja considerando a criança como incapaz ou defendendo a raça e a sociedade.

Foi com o surgimento dos Juízes de Menores que houve uma violenta interdição do Estado para justificar o mito de que as famílias pobres eram incapazes de cuidar dos menores. Segundo Rizzini (2009) a primeira tentativa do governo em regulamentar a “assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes, legitimaram essa interferência do Estado na família, através da suspensão do Pátrio Poder”. Esta intervenção ocorreu devido à ideia que certos setores da sociedade tinham das famílias pobres.

Para Faleiros (2009) a omissão, repressão e paternalismo são as dimensões que caracterizavam a política para a infância pobre na Conjuntura da Proclamação da República, decorrentes da visão Liberal.

No período da República há uma ausência ou omissão do Estado em relação à legislação para a infância havendo a atuação da iniciativa privada nesta área, configurando uma relação pública privada. A filantropização do atendimento a criança vai evidenciar esta relação público privado, articulada ainda a questões do patrimonialismo.

Neste momento a proposta da ideologia higienista é combinada com o paternalismo aceitando uma intervenção máxima do Estado diante da questão da infância no Brasil. Dentre os atores que articulam forças em torno desta política para a infância pobre, desvalida, abandonada, perigosa estão os higienistas e juristas encaminhando estratégias de raça e de ordem, combinadas com a já citada interação entre o setor estatal e o setor privado (FALEIROS, 2009). É claro a interação entre público e privado referente às políticas voltadas a infância no país, mas também fica clara a intenção da maior parcela da sociedade (liberais) para que o Estado não intervenha nesta questão, ainda mais quando a mesma estiver ligada a diminuição da idade e da jornada de trabalho dos menores.

Nota-se o uso indiscriminado da mão de obra infantil, tendo a omissão e complacência do Estado em relação ao trabalho com menores, já que as leis ou decretos criados até o momento não proíbem o trabalho do mesmo, só limitam a idade e a horas de trabalho.

Mesmo dentro deste contexto adverso à legislação social, nos primeiros 20 anos da República, alguns projetos de lei são apresentados para a infância, mas não implementados como uma política geral. Com o enfraquecimento das posições liberais o Estado se coloca de maneira mais atuante na questão da infância, havendo uma maior intervenção. Entretanto "integrar pelo Trabalho ou dominar pela repressão eram as estratégias dominantes"

(FALEIROS, 2009, p. 41). Ou seja, o Estado vai combinar sua intervenção entre a assistência e a repressão à desordem.

Para Rizzini (2009) é neste século que se tem uma nova trajetória da legislação para a Infância, diferente da anterior. São nestas duas primeiras décadas que se encontra o período mais intenso da legislação brasileira para a infância, pois são grandes os números de leis produzidas na tentativa de regular esta questão.

Todas as discussões e debates realizados neste período sobre a infância no Brasil, pelos juristas e higienistas, sobre questões como a diminuição da jornada de trabalho do menor e a idade com a qual teriam de trabalhar, o fato de serem considerados perigosos, desvalidos, abandonados e estarem sendo colocados em institutos ao lado de outros adultos considerados criminosos e a questão da falta de higiene em que se encontravam os locais onde viviam vão levar há uma maior articulação desta política para a infância e a elaboração do Código de Menores na década de 20.

Sendo o primeiro passo o decreto da lei orçamentária, em 1921, que autoriza o governo a organizar um serviço de proteção e assistência ao menor abandonado e delinquente. Já em 1923 ocorre a regulamentação da assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes para em 1926 o Decreto Legislativo n. 5.083 autorizar o governo a decretar o Código de Menores que só será promulgado em 12 de Outubro de 1927.

O Código de Menores veio alterar e substituir concepções dominantes na época do Império e da República como as de discernimento, culpabilidade, penalidade, responsabilidade, pátrio poder, passando a assumir a assistência ao menor de idade, sob a perspectiva educacional. Abandonou-se a postura anterior de reprimir e punir e passou-se a priorizar o regenerar e educar. Desse modo chegou-se a conclusão de que questões relativas à infância e adolescência devem ser abordadas fora da perspectiva criminal, ou seja, fora do Código Penal.

Com sua filosofia higienista e correcional disciplinador o Código traz importantes inovações, e sua leitura é, não raro, feita como fabricação ou invenção da questão do menor (FALEIROS, 2009 *apud* BOTELHO, 1993, p.21). Ele engloba a visão higienista de proteção do meio e do indivíduo como agrega a visão jurídica, repressiva e moralista construída desde muitos anos. Neste Código as crianças e os adolescentes eram considerados objetos de intervenção do Estado apenas se tivessem sido abandonados ou cometido infrações. Eram concebidos como objeto de intervenção dos juízes como dito anteriormente. Neste momento os juízes de menores, ou seja, os magistrados tinham poderes absolutos.

A partir da criação deste código o Estado passa a ter obrigações de proteção com o menor, mesmo que a questão dessa política se coloque ligada a realizações de encaminhamentos para o abrigo ou disciplina, para assistência e para a repressão. Neste momento a intervenção do Estado será baseada na categorização, na classificação e na exclusão, sem combater a articulação com o setor privado, com o clientelismo e com o autoritarismo. Este traz novas formas de intervenção que supostamente deveriam superar a detenção em celas, mas que não o fazem mantendo o caráter repressivo.

Esta política voltada para a infância tem se colocado numa perspectiva ligada ao autoritarismo e ao clientelismo, combinando benefícios com repressão, disciplinamento e manutenção da ordem. Ou seja, "a política da menorização também oscila entre o polo assistencial (abrigos, asilos, albergues) e o polo jurídico (prisões, patronatos, casas correccionais, centro de internatos) articulado a um processo de institucionalização como forma de controle social" (FALEIROS, 2009, p. 36).

Neste momento a infância foi judicializada, popularizando a categoria jurídica "menor". Este termo acabou sendo incorporado na sociedade passando a ser utilizado além do círculo jurídico. Termo este que mesmo depois da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente ainda é muito usado, não só pela sociedade, mas também pela imprensa. Ainda hoje, com a passagem da doutrina da situação irregular para a Doutrina da Proteção Integral as crianças das camadas pobres são vistas como menores, mesmo sendo por lei considerada sujeitos de direitos.

Um sistema de ação estatal foi sendo construído a partir dos anos 20 se consolidando nos anos 30, com a Era Vargas. Nesta conjuntura, encontra-se um setor assistencial, repressivo/ jurídico/ policial não muito diferente do visto na república. A legislação para a infância foi influenciada pelo seu projeto de formulação do Estado e a situação em que se encontravam as crianças foram associadas ao quadro de pobreza da população.

Em pleno Estado Novo, na década de 40, houve uma política mais nítida de proteção e assistência ao menor e a infância, representadas pelas criações de órgão federais que se especializaram no atendimento ao menor e a criança, agora separadas e especificadas (RIZZINI*, 2009). Assim foi implantada na época uma corrente correccional-repressiva; de um lado, a criança e o adolescente a quem deveriam ser destinadas as políticas assistenciais, de outro, o "menor", condenado às políticas de cunho preventivo e repressivo que eram realizadas por meio de internações e repressão a criminalidade.

Este governo também apresenta um projeto centralizador e intervencionista, voltado para a perspectiva da defesa da nação, para a educação profissional e para a proteção a

infância com foco nas políticas preventivas de doenças infantis. Há também uma maior articulação do público com o privado que está inscrita na própria constituição de 1937. Estabelece-se para os menores um sistema Nacional com integração do Estado e de Instituições Privadas. Neste período a ação do setor público responsáveis pela infância serão regidos pelos seguintes órgãos Departamento Nacional da Criança (DNCr, 1940) e o Serviço Nacional de Assistência ao Menor (SAM, 1941).

"A implantação do SAM tem mais haver com a questão da ordem social que da assistência propriamente dita" (FALEIROS, 2009, p. 54). O SAM foi criado para orientar a política pública na infância, sendo em 1944 vinculado ao Ministério da Justiça e aos juizados de menores, se mantém as estratégias de manutenção da ordem e preservação da raça, estratégia está do DNCr.

"A política da infância, denominada política do menor, articulando repressão, assistência e defesa da raça, se torna uma questão Nacional" (FALEIROS, 2009, p. 57) e terá longa duração influenciando a trajetória das crianças e adolescentes pobres do país.

Nos anos 50 os debates provocaram rascunhos de projetos de lei que defendiam: a criação de uma fundação de âmbito nacional, a instituição de um Conselho Nacional de Menores, o estabelecimento de uma política especial para "menores" e o restabelecimento da instituição executora subordinada ao Juiz de Menores.

No período democrático o sistema anterior se mantém, porém começa a haver um movimento de oposição ao sistema repressivo que levou a extinção do SAM. Posto que o mesmo começou a ser criticado pela sociedade civil, pelos atores governamentais, pela imprensa e até pelo parlamento por ser considerada uma fábrica de crimes, escola de delinquentes, um sistema desumano e perverso, onde não havia recuperação de menores e sim a inserção deles no crime.

Diante das críticas e denúncias o Presidente Jânio Quadros ordena que se investiguem o SAM. Assim o mesmo foi transformado no Instituto Nacional de Menores. Sendo em 1964, formulado um projeto para a extinção do SAM, optando-se por uma Fundação para garantir a autonomia do novo órgão. Ainda em 1964 o SAM é extinto criando-se um novo órgão chamado Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM).

A criação da FUNABEM ocorreu no período da Ditadura Militar, onde a questão da infância se tornou competência do governo militar. "O governo neste momento via a questão do menor como um problema de segurança Nacional, julgando os 'menores' como objeto de intervenção e normatização.

Segundo Rizzini (2009) a missão da FUNABEM e da Política Nacional do Bem Estar do Menor (PNBEM), também criada nesta conjuntura, era cuidar para que os "menores abandonados" não se transformassem em presa fácil do comunismo. Ainda de acordo com a mesma a política adotada era voltada para um controle autoritário e centralizado na formulação e implementação da assistência aos "menores" enquanto problema social.

Para Faleiros (2009) a mudança da estratégia repressiva para uma estratégia integrativa voltada para a família onde se tem um novo ordenamento institucional dentro de um governo de cunho ditatorial reverterá os propósitos deste novo órgão (FUNABEM) que propunha assegurar a integração do menor na comunidade.

Rizzini mesmo concordando com Faleiros que este órgão tinha um "primado da prevenção e reintegração social, no ambiente familiar e/ ou na comunidade" (RIZZINI, 2009, p.27), enfatiza também que tanto este órgão como a PNBEM favoreceram, a internação, em larga escala dos "menores" em todo país.

Diante das denúncias, das várias décadas de debates e de dezenas de anteprojetos, leis e do nascimento do primeiro Código de Menores em 1927, viu-se como necessário realizar a revisão do mesmo, o que aconteceu em 1979. Este novo código de Menores veio consagrar a noção do "menor em situação irregular", adotando a doutrina da situação irregular, tendo uma visão do problema da criança marginalizada como patologia social, ou seja, os menores são considerados sujeitos de direitos quando se encontrarem em estado de patologia social (RIZZINI, FALEIROS, 2009).

O novo Código de Menores acaba por considerar a questão do abandono e da delinquência, isolada do contexto maior. O mesmo foi elaborado e articulado pelos juízes de menores e caberiam a eles intervir quando um "menor" estivesse em situação irregular, ou seja, privados de condições essenciais à subsistência, saúde e instrução e omissão dos pais. Pelo Código, o Estado somente interferiria quando crianças e adolescentes estivessem em risco social, daí a terminologia utilizada no mesmo: "menor abandonado", "menor carente" e "menor delinquente". Ele era aplicado somente aos "menores em situação irregular".

A política da Infância na Ditadura Militar foi um fracasso, na medida em que o governo brasileiro firmou acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância assumindo os preceitos da Declaração Universal dos Direitos da Criança enquanto na prática, a aprovação do novo código de menores, mais repressivo. Este se alinhava aos moldes do antigo Código de Menores da primeira República, consubstanciando a doutrina de situação irregular do menor, segundo a qual os menores são sujeitos de direitos enquanto estiverem no estado de patologia social (FALEIROS, 2009)..

Durante a década de 80, a sociedade começou a se fortalecer, a se organizar e criar movimentos que incentivavam a luta a favor dos direitos da criança e do adolescente. A partir deste momento “A noção de irregularidade começou a ser duramente questionada na medida em que as informações sobre a problemática da infância e da adolescência passaram a se produzir e a circular com maior intensidade” (RIZZINI, 2009, p.28).

Diante deste quadro novos atores políticos entraram em cena, como as organizações não governamentais, sociedade civil, Igreja e os próprios órgãos dos governos. Entre essas organizações, destacam-se o movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, A pastoral do Menor, entidades de direitos humanos e as ONGs que apresentam as emendas relacionadas aos direitos das crianças e adolescentes refletidas pelas discussões internacionais. Todas essas organizações formaram em 1986 a Frente Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do adolescente impulsionando a criação do Estatuto que concretizasse aqueles ideais.

De acordo com Rizzini (2009) esse movimento inscreveu sua proposta na constituição de 1988 sob a forma do artigo 227, que assegura, os direitos das crianças e dos adolescentes, artigo 228 e 229 que garante como dever dos Estados e da sociedade os direitos a vida, á saúde, á educação, ao lazer, a profissionalização, á cultura, á dignidade e etc, Além de colocá-los a salvo das formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (FALEIROS, 2009).

A constituição Federal adotou a Declaração Universal dos Direitos da Criança e do Adolescente e o pré- texto da Convenção, destes mesmos direito (ARANTES, 2009), promovendo assim as bases para a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente.

1.1 Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA: Rumo aos novos sujeitos de direitos.

A violência doméstica e o abuso sexual passaram a ter visibilidade no Brasil, nas últimas décadas, devido a um momento sócio histórico específico, onde a criança assume um lugar importante na consciência da sociedade através da Constituição de 1988. Foi neste período que o direito das crianças e dos adolescentes foi reconhecido o que culminou na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente no ano de 1990. Assim, as questões explicitadas acima foram regulamentadas e homologadas, definindo as responsabilidades do Estado, da Família e da Sociedade sobre este e outros temas relacionados às crianças que passaram a configurar juridicamente como sujeitos de direitos.

O ECA fruto de mobilizações sociais, nasceu em substituição ao antigo Código de Menores (Lei nº 6.697/1979), que se pautava na chamada Doutrina da Situação Irregular,

revogando também a lei de criação da FUNABEM. Será a partir deste código que a palavra menor é consolidada como classificatória das crianças e adolescente pobres da cidade, que são consideradas abandonadas (TORRES, SOUZA, MORGADO, 2009).

A doutrina da Situação irregular que era base para o Código de Menores, considerava esses menores como objeto de medidas judiciais, os privando desta forma das condições essenciais à sua subsistência, saúde e substituição obrigatórias. Ou seja, a categoria menor consolida-se no vocabulário legal e a infância é mais uma vez segmentada: infância geral, infância pobre e infância memorizada (LONDOÑO, 1991).

Assim o ECA traz uma nova ótica sobre a infância no Brasil já que rompe com essa divisão entre menor e criança deixando de apresentá-los como simples objeto de tutela para torná-lo sujeitos cujos direitos devem ser garantidos.

Essa mudança de concepção da criança e do adolescente como menor em situação irregular para pessoa que necessita de cuidados protetivos marca a passagem dessa Doutrina da Situação Irregular para a Doutrina da proteção Integral (ESPÍNDULA, SANTOS, 2004). Neste momento as crianças e os adolescentes passam a ser definidos como cidadãos, possuidores de direitos na condição peculiar de pessoas em fase de desenvolvimento. Ou seja, houve significativos avanços para a promoção da vida dessas crianças e adolescentes já que o mesmo abandona a ótica penal, criminalizadora e discriminatória do Código de Menores. Assim, a ideia de punição e afastamento social e o fato de serem tratados como objeto de intervenção judicial que vigorava nessa legislação anterior, foi substituído pela garantia da ampla defesa, limitando as ações do poder judiciário em relação aos menores de 18 anos.

Outra mudança trazida pelo ECA que merece destaque é o caráter universal que reside no reconhecimento de que todas as crianças e adolescentes tem direito à cidadania independente da classe social diferente do antigo Código de Menores que possuía um caráter discriminatório, que associava a pobreza à "delinquência", encobrindo as reais causas dessa pobreza, da desigualdade de renda e da falta de alternativas de vida.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, como orientação política e institucional, no campo específico da criança e do adolescente, enquadra-se no paradigma de construção de um Estado de Bem-Estar provedor da universalização de direitos sociais (TORRE, SOUZA, MORGADO, 2009). Sendo assim configura-se como um instrumento capaz de contribuir para a transformação do Estado brasileiro no que diz respeito a garantir os direitos fundamentais destes novos sujeitos, as crianças e os adolescentes.

Este também tem a finalidade de criar um aparato legal e protetivo garantidor dos direitos fundamentais dessa classe de sujeitos protegendo-os em todas as fases e situações de vida, para que se desenvolva e torne-se um adulto sadio, autônomo e livre.

Para Arantes (2009) a aprovação deste Estatuto foi aclamada por todos aqueles que esperavam grandes mudanças na política de atendimento já que o mesmo representava uma revolução nas áreas jurídica, social e política- por considerar as crianças sujeitos de direitos.

Em seu artigo 1º está disposto que “Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente”, o que implica dizer que o ECA apresenta princípios que norteiam a política de proteção, desenvolvimento e orientação da criança e do adolescente, sendo dever do Estado assegurar as condições básicas para que isto ocorra de forma plena e integral, no entanto, fazendo-se necessária a contribuição da família, da comunidade e da sociedade em geral neste processo, como exposto no artigo 4º

Art. 4º- É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar como 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 (ECA, 1990, p.6)

Ou seja, a ação governamental e social deve ser direcionada para a garantia e manutenção das condições necessárias para uma vida digna, onde o dever em assegurar a efetivação dos direitos básicos cabe não somente a família, como frisado no artigo anterior, mas também a comunidade, a sociedade em geral e ao poder público.

O ECA ainda “estabelece uma articulação do Estado com a sociedade na operacionalização da política para a infância com a criação dos Conselhos de Direitos, dos Conselhos Tutelares e dos Fundos geridos por esses conselhos” (FALEIROS, 2009, p.81). Os Conselhos Municipais de Direito da Criança e do adolescente é o órgão responsável pela adaptação das regras gerais previstas no estatuto e pela formulação de políticas específicas á nível estadual e municipal. Já os conselhos tutelares são órgãos permanentes e autônomos, encarregados de fiscalizar se os direitos das crianças e adolescentes previstos no Estatuto estão sendo cumpridos, sendo responsável pelo atendimento aos casos de violação dos direitos da criança e do adolescente (FALEIROS, RIZZINI, 2009). Sendo assim, a responsabilidade pela questão da infância e adolescência é descentralizada, passando para a sociedade civil (RIZZINI, 2009).

O ECA também possibilitou a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA que elaborou as normas da Política Nacional de Atendimento

dos Direitos da Criança e do Adolescentes, buscando integrar e articular as ações entre os Conselhos Estaduais e Municipais.

Para Faleiros (2009) a instalação do mesmo vai representar o coroamento das mudanças institucionais e permitir a implantação do estatuto, na fiscalização das ações, execução e diretrizes estabelecidas no mesmo.

O Estatuto da criança e do adolescente (Lei 8069/90) estabelece:

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” (ECA, 1990, p.6).

O Estatuto busca proteger a criança e o adolescente de qualquer forma de abuso, seja cometido pela família, pela sociedade ou indiretamente pelo próprio Estado. Porém, percebe-se que mesmo o Estatuto estando em vigor, os casos de violência doméstica e exploração sexual ainda ocorre em grande proporção trazendo á tona uma deficiência do Estado com relação á Políticas Públicas voltadas para o atendimento dos mesmos.

O mesmo em seu artigo de nº 13 estabelece:

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 (ECA, 1990).

A lei então determina que ao tomar ciência ou suspeitar de que uma criança esteja sofrendo violência, o profissional deve notificar as autoridades competentes. Já o artigo 245 da Lei 8069/90 estabelece que os professores e profissionais de saúde tenham a responsabilidade de notificar, caso isso não ocorra será aplicáveis às penalidades cabíveis a estes profissionais.

No Estatuto consta que a Política de Atendimento aos Direitos da Criança e do Adolescente deve ser feita por um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (GABEL, 1997 *apud* HAYECK, 2009). Tendo como prioridade serviços especiais de prevenção e atendimentos médicos e psicossociais as vítimas de negligência, maus-tratos, abuso, crueldade e opressão (artigos 86 e 87). Cabe, então, perguntar em que medida os profissionais estão capacitados para atuar no atendimento ás essas vítimas.

Para Hayeck (2009) considerar o ECA implica em valorizar, redimensionar e assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida digna de um cidadão em formação e

desenvolvimento. O Estatuto é considerado um grande passo para o combate à violência contra estes sujeitos, pois regulamentou a prevenção e a intervenção como responsabilidade do Estado e da sociedade (BRASIL, 1990 *apud* BURJAILI & RIBEIRO, 2007). Sendo assim, foi possível institucionalizar as práticas de atendimento à infância e adolescência em seus aspectos jurídicos, de atenção biopsicossocial, de direitos, além de tornar compulsória a notificação sobre as ocorrências, por profissionais de saúde e de educação (MINAYO *apud* COSTA, 2007).

Apesar do ECA estabelecer o direito de cidadania das crianças e adolescentes, esta nem sempre é a realidade com a qual nos deparamos atualmente. Por isso diante do exposto, fica claro que a discussão da temática violência contra crianças e adolescente requer um olhar mais atento devido seus determinantes e complexidade. Constituindo assim um fenômeno que influencia a saúde das vítimas e da coletividade.

1.2 Concepções de Violência, família e relações de gênero.

A violência é um fenômeno social e histórico de grande relevância na atualidade. Sendo assim, é entendida como o "evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais ou espirituais a si próprios ou a outros" (Minayo e Souza, 1997, p.514). Além de um fenômeno social a violência tem uma dimensão multifacetada, posto que influencia aspectos do homem e da sociedade, sendo considerada também um problema de saúde pública.

De acordo com o relatório mundial sobre violência e saúde, a mesma é definida como:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al.2002, p.5)

A violência como um problema de saúde pública tomou visibilidade na década de 60 com a temática da violência contra crianças e adolescentes, sendo esta a temática discutida a seguir.

Para Azevedo & Guerra, a violência doméstica configura-se como:

Todo ato ou omissão praticado por pais, parente ou responsável contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do

adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes tem de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (AZEVEDO & GUERRA, 1997, p.11 apud SANTOS, 2012).

Sendo assim a violência doméstica é aquela ocorrida dentro da esfera privada, sendo uma noção especializada. Ou seja, ocorre dentro de casa, no espaço do lar. Esse tipo de violência pode ser infringido à criança por outros membros do grupo, sem função parental que convivam num mesmo espaço doméstico. O sujeito e o objeto da ação não são determinados na estrutura do poder familiar (Almeida, 2007).

Já a violência intrafamiliar ocorre entre os parceiros íntimos e os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Ela pode ser cometida fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que possam assumir função parental, mesmo sem laços consanguíneos. Esse conceito de violência não se refere apenas ao espaço físico onde ela ocorre, mas também as relações que se constrói e efetua (Monteiro, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2002) a violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Tanto a violência doméstica como a violência intrafamiliar atingem crianças e adolescente em todos os lugares, em todos os países e sociedades e afeta a todos os grupos e todas as classes sociais. A maioria dos atos violentos a quais as crianças e adolescentes são vítimas são realizadas por pessoas que elas conhecem e que poderiam confiar. Ela foi conceituada por Silveira e Kempe como a síndrome da criança espancada, mas os novos estudos e análises mostraram que ela vai além dos maus tratos físicos, sendo consideradas as dimensões sexuais, físicas e psicológicas (MORGADO, 2007)

Como dito anteriormente este tipo de violência se manifesta no âmbito das relações familiares que colocam em xeque os valores construídos em torno de seu significado. A existência de um modelo nuclear de família burguesa -pai- mãe - filho nos papéis de provedores, cuidadores e protegidos naturaliza todas as relações e concepções existentes nas famílias. Este modelo de família nuclear burguesa surgiu, no século XVIII, onde passou a ser naturalizada e sacralizada tornando-se o modelo ideal a ser seguido impedindo maiores análise sobre as relações de poder e de dominação que se constituem dentro da mesma. Relações essas que apresentam uma distinção de papéis onde o homem é tido como dominador e provedor encontrando-se na esfera pública e a mulher como cuidadora do lar e dos filhos encontrando- se na esfera privada (Morgado, 2001).

A separação entre as esferas pública e privada tem ocasionado o descaso no enfrentamento dos fenômenos ocorridos dentro da família, sendo um deles a violência doméstica. Esta separação nas esferas acaba por inferiorizar e individualizar os problemas ocorridos dentro do seio familiar, que tem sua origem na organização da sociedade e não nas relações familiares como demonstra o modelo de família burguesa.

Embora o modelo idealizado de família seja reconhecido como um espaço privilegiado para assegurar o desenvolvimento humano, também se configura como espaço de desproteção quando o fenômeno da violência doméstica se faz presente. Conforme assinala Garcia apud Santos (2012),

Em lugar da visão da família como instituição sagrada, considera-se família como uma instituição social, permeada por valores produzidos socialmente. Valores que podem ou não indicar proteção, fomentar autoestima, fortalecer as conexões dos indivíduos com os demais segmentos da sociedade. Todas estas considerações são necessárias para que se supere a concepção de que as famílias de um modo geral, mas especialmente as que vivem em condição de pobreza são responsáveis pela degradação moral de seus membros e pelas consequências supostamente relacionadas a esta degradação, entre elas a situação de rua, a drogadição e a situação de conflito com a lei. (GARCIA, 2011, p.69).

Para Bruschini (1993) “a família nuclear burguesa, com seu modelo de assimetria sexual, não é um modelo único ou norma universal, mas sim um fenômeno historicamente construído (...)” (BRUSCHINI,1993:51-5 apud MORGADO). Ou seja, mesmo este modelo sendo o idealizado dentro da sociedade não é o predominante já que a família contemporânea apresenta composições familiares distintas das apresentadas pelo modelo burguês.

As novas configurações familiares surgiram devido, as modificações ocorridas na sociedade nas últimas duas décadas, quanto a isto Almeida afirma:

“(...) redução da constituição de novas famílias tradicionais; queda no tamanho médio das famílias; redução da taxa de fecundidade; ingresso maciço de mulheres no mercado de trabalho- movimento que não corresponde necessariamente à conquista da igualdade de condições entre homens e mulheres trabalhadores (a); alterações dos papéis familiares, ocasionadas por mudanças a ao nível das relações de gênero e estimulada, sobretudo, pelos movimentos feministas; aumento das famílias constituídas por casais homossexuais; aumento do nível de escolarização das mulheres ; crescimento das taxas de separações e divórcios; aumento das famílias mono parentais; e aumento das familiares chefiadas por mulheres” (apud, MORGADO, 2001, p.200-201).

Contudo, a permanência da concepção deste modelo de família burguesa com a idealização dos papéis de homem provedor e mulher cuidadora ainda estão presentes na sociedade, levando a ideia de que as relações familiares comportam permanências e mudanças (MORGADO, 2001).

Essa concepção idealizada de família faz com que as pessoas, principalmente as provenientes das camadas mais empobrecidas, tenham percepções de desajuste já que vivenciam composições familiares diferentes daquelas ditas como corretas.

Este modelo, então, acaba por não coincidir com a realidade da maioria das famílias que possuem arranjos familiares diversificados que vão além dos pais e filhos, criando assim um modelo ampliado de família.

Esta distinção dos papéis entre homens e mulheres devido à naturalização da divisão sexual do trabalho, característica do modelo burguês de família passa a ser questionada a partir da década de 70, por meio das pressões dos movimentos feministas. Porém este movimento não enfrentou de fato a questão da família já que estava mais preocupado com a denúncia da opressão da mulher e de sua exclusão do mundo do trabalho. Sobre isto Bruschini comenta:

“[...] Preocupados com a denúncia da opressão da mulher e vendo em sua exclusão do mundo produtivo, os fundamentos desta subordinação, os estudos sobre mulher conduziram a um único e possível caminho de libertação: o do trabalho fora de casa, da independência econômica e da negação das referências domésticas, maternais e familiares que foram sempre a marca da condição feminina. Nesse caminho, o feminismo não enfrentou a questão da família (...) transforma-se em cidadã, significava abrir mão de viver em família” (apud MORGADO, 2001, p.199).

Evidencia-se assim que as mudanças de papéis entre homens e mulheres ocorridos na sociedade são geradas pelas transformações sociais, sendo a família um espaço de permanentes mudanças, no qual se convive em permanente tensão. Ela deixa de ser vista como espaço de manutenção de valores para um local de mudanças sociais (RIBEIRO e RIBEIRO, 1994 *apud* MORGADO, 2001). Nesta direção Bruschini aponta que família:

(...) é um grupo de indivíduos diferenciados por sexo e por idade, que se relacionam cotidianamente, gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções; ela não é uma soma de indivíduos, mas um conjunto vivo, contraditório e cambiante de pessoas com sua própria individualidade e personalidade. A sexualidade, a reprodução e a socialização são esferas potencialmente geradoras tanto de relações prazerosas quanto conflitivas. A divisão interna de papéis pode ser expressão de importantes relações de dominação e submissão, na medida em que configura uma distribuição de privilégios, direitos e deveres dentro do grupo (MORGADO, 2001, p. 200).

Entretanto mesmo a família sendo vista como um espaço propício a mudanças, com relações afetivas, respeitadas e contraditórias ainda se encontra presente valores como a separação entre os sexos e o sentimento de dominação do homem pela mulher vigentes no modelo burguês de família e recorrentes da dominação patriarcal.

Morgado (2001) afirma que embora haja mudanças relacionadas a novos arranjos familiares e certa aceitação da sociedade para a mesma, a família nuclear ainda é o modelo natural de união. Essa perspectiva ilusória camufla as questões relacionadas à violência doméstica intrafamiliar sendo esta de difícil detecção já que é incentivada por uma cultura patriarcal e machista, em que há uma relação de poder entre pais e filhos. Esta relação de poder entre pais e filho atravessa a instituição social chamada família, que sendo idealizado no imaginário social como espaço de socialização, de afeto e de respeito impede que se faça uma maior análise das questões referentes à violência dentro da mesma (MORGADO, 2001).

“A família brasileira, em meio á discussão sobre sua degradação ou enfraquecimento, está presente e permanece enquanto espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância e divisão de responsabilidades, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência e lugar inicial para o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos” (KALOUSTIAN, 1994:11 apud MORGADO, 2001, p.20003).

Segundo a citação acima a família como espaço de socialização, deveria preservar integralmente a igualdade e o respeito, mas encontra-se como local propício a violência a partir do momento que seus membros praticam atos de opressão e dominação. Neste sentido o ideal de harmonia familiar pregado pelo modelo burguês não se encontra presente, sendo necessárias análises mais profundas sobre a temática família.

Mesmo havendo uma maior aceitação das diferentes composições familiares e do conceito de família ampliada, a concepção de família nuclear burguesa ainda não foi problematizada, fazendo-se necessário a discussão das relações de gênero para compreender o modo como as relações entre homens, mulheres e crianças se constituem em relações hierarquizadas, onde as diferenças são transformadas em desigualdades permitindo a dominação no espaço das relações familiares, como é o caso da violência doméstica contra crianças (MORGADO, 2001). Será através destas relações de gênero que haverá uma nova compreensão dos lugares sociais ocupados por homens, mulheres e crianças.

Esta discussão voltada para as relações de gênero permitirão que haja uma desnaturalização dos fenômenos sociais na tentativa de se romper com o determinismo

biológico que tem aprisionado as mulheres e os homens em perfis socialmente definidos (MORGADO, 2012). Para Morgado (2012): “na contramão do biologismo ainda não superado, afirma-se que o gênero é uma construção social, pois o que se espera e se atribui as mulheres e homens são determinados histórica e socialmente” (MORGADO, 2012, p.132). Assim, na concepção de Scott, gênero “é um elemento constitutivo de relações sociais

fundadas sobre diferenças percebidas entre os sexos”. Para a autora a discussão de gênero está baseada nas diferenças sexuais, pois toma por referências as relações entre homens e mulheres.

O debate acerca da questão de gênero se torna relevante, pois oferece elementos para discussão dos significados dos lugares ocupados por homens, mulheres e crianças dentro das famílias buscando romper com as formas de dominação e exploração. Estes lugares ocupados por homens e mulheres são socialmente construídos e enraizados, por meio de uma educação diferenciada conduzindo-os para a reprodução de comportamentos socialmente produzidos baseada na distinção entre os sexos.

Esse processo de socialização que diferencia homens e mulheres evidencia a dimensão do cuidado e do servir, do homem como provedor e da mulher como cuidadora, consolidando o modelo nuclear de família burguesa. (MORGADO, 2001, 2012).

Fica nítido que problematizar o ainda atual modelo de família nuclear burguesa e as relações que a configuram é o caminho para descaracterizar como desestruturadas e desajustadas as famílias onde a violência doméstica ocorre (MORGADO, 2012).

Quando apresentamos que a violência doméstica e o abuso sexual ocorrem dentro de famílias desestruturadas estamos reduzindo uma questão de ordem pública à esfera do privado culpabilizando o indivíduo, "negando o quanto os sujeitos se constituem e são constituídos nas e pelas relações sociais" (MORGADO, 2012, p. 128).

Nesse sentido, fica claro que a violência doméstica, pode ser entendida como uma expressão da violência de gênero. Tal violência está presente em qualquer classe social, independente de raça, etnia ou cultura.

As diferentes concepções sobre violência, sua relação com a saúde e a discussão da mesma no interior da família permitirão um maior entendimento sobre a temática, uma vez que serão importantes para realização da análise da atuação do profissional de saúde no atendimento as vítimas de abuso sexual.

Nesse sentido, se faz necessário apresentar argumentos que fundamentam as reflexões sobre temas importantes como as diferentes concepções sobre violência e abuso sexual, suas dinâmicas e as relações de poder existentes na sociedade e nas relações de gênero. Embasamento que são de extrema importância e relevância para o entendimento da complexidade que é o abuso sexual, o que será feito no segundo capítulo.

2 Violência doméstica e suas características.

Há um grande avanço na literatura nacional e internacional sobre o significado da violência doméstica nos primeiros anos do século XXI. Mas foi na década de 1990 que a temática começou a ganhar destaque com a criação de ONGs e de instituições como o CRAMI- Centro Regional de Atenção aos maus Tratos na Infância e a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e a Adolescência (Abrapia) que trabalham com esta temática. Mesmo com a criação destes programas e Ongs a atuação em relação à Violência Doméstica se mostrou ineficaz devido a sua fragmentação e descontinuidade (MORGADO,2012)

De acordo com Morgado (2012) e outros autores, há diferentes definições para o conceito de violência doméstica, sendo necessária a utilização de alguns conceitos usados por grandes autores como Saffioti que diz:

“Compreendida na violência de gênero, a violência familiar pode ocorrer no interior do domicílio ou fora dele, embora seja mais frequente o primeiro caso. A violência Intrafamiliar extrapola os limites do domicílio. [...] A violência doméstica apresenta pontos de sobreposição com a familiar, podendo também atingir pessoas que, não pertencendo à família, vivem parcial ou integralmente no domicílio do agressor [...].(SAFFIOTI, 1999, p.83 apud MORGADO, 2012, p.46).

A existência de diferentes conceitos, dentro da literatura, relacionados a diversas formas de violência traz uma ruptura entre a violência estrutural e a violência doméstica. Essa diferença ou separação entre a violência estrutural e a violência doméstica acaba por individualizar ou patologizar o fenômeno (MORGADO, 2012).

Segundo Morgado (2012), Faleiros (1998) rompe com a dicotomização entre estrutura e relação interpessoal, revelando que:

A violência, que, no cotidiano, é apresentada como abuso sexual, psicológico ou físico, de crianças e adolescentes, é, pois, uma articulação de relações sociais gerais e específicas, ou seja, de exploração e de forças desiguais nas situações concretas, não podendo, assim, ser vistas como se fosse resultantes de forças de natureza humana ou extranaturais- por exemplo, obra do demônio – ou um mecanismo autônomo e independente de determinadas relações sociais (FALEIROS,1998 apud MORGADO,2012,p.55).

Saffioti e Almeida se colocam contra a denominação de Azevedo e Guerra (1993), no que se refere a crianças vitimizadas e a crianças vitimadas.

Não faz sentido [...] separar a violência estrutural de outras que, por oposição, se poderiam denominar de conjunturais, ou como querem Azevedo e Guerra (1989) resultantes de relações interpessoais, como se estas independessem da estrutura social. Assim, estas autoras chamam de vitimização o processo de violência estrutural contra crianças, denominado assim o resultado da violência interpessoal. Há dois referenciais neste tipo de análise, segundo a crítica das autoras: o de classe, que vitima os pobres adultos e crianças, e a assimetria das relações entre adultos e crianças, que vitimiza estas última (SAFFIOTI e ALMEIDA apud MORGADO, 2012, p.56)

Com relação a este processo de vitimação e vitimização Azevedo e Guerra colocam que o que varia é a natureza da relação de poder envolvida, sendo a vitimização ligada ao macropoder e a vitimização ligada ao micropoder. Já Saffioti e Almeida (1995) discordam dos autores acima quando afirmam que o poder apresenta a mesma natureza tanto no plano macro como no plano micro. Para estas autoras não há uma diferenciação entre o macro e o micro na medida em que os fenômenos ocorrem concomitantemente nestas duas instâncias (MORGADO, 2012)

Essa dicotomização entre a diferença espacial do micro e do macro traz consequências quando coloca a violência doméstica como fenômeno secundário diante de outros fenômenos de caráter social. Neste sentido, Morgado (2012), afirma que o fenômeno da violência doméstica deve ser visto como uma expressão de violência nas relações interpessoais.

A dicotomização traz como consequência a culpabilização dos indivíduos o que explica a ausência de políticas públicas já que a problemática da violência doméstica ainda vem sendo atribuída a indivíduos considerados problemáticos ou “doentes” perante a sociedade (MORGADO, 2012).

Diante das reflexões acima referentes aos diferentes conceitos existentes na literatura sobre violência mostra-se necessária uma abordagem sobre suas características. Uma das características da violência doméstica é que ela atinge crianças de todas as classes sociais, estando presente em todas as sociedades, no entanto ela não atinge a todos os indivíduos indistintamente na medida em que se coloca contra mulheres crianças e adolescentes. Neste sentido, segundo estatísticas são as mulheres e meninas as maiores vítimas de abuso sexual, em todas as sociedades e países (MORGADO, 2012). Por este motivo o fenômeno não pode ser considerado democrático, pois, esta concepção pode trazer uma ideia confusa sobre seus efeitos. Já que o conceito de democracia deve se basear em análises que se distanciam do processo de dominação e exploração presentes na sociedade em que vivemos (MORGADO, 2012).

Quando a violência doméstica é tida como um fenômeno democraticamente distribuído, acaba por encobrir o contexto no qual o homem é considerado o agressor, levando a uma violência de gênero.

Outra característica da violência doméstica é o fato dela ocorrer de maneira rotineira, mantendo a criança em um estado de permanente alerta. Esta rotinização pode acontecer de maneira gradual, uma vez que o agressor não agride a vítima primeiramente. Sendo realizados outros tipos de violência como a psicológica ou agressões físicas, como beliscões e tapas que se encontram tão aceitos na sociedade que não são considerados de fato atos violentos. (MORGADO, 2012).

Como citado acima os episódios de violência perpetrada contra crianças pode ocorrer de maneira rotineira, tornando-se assim sistemático e ocorrendo por um longo período até que se torne público. Quanto a isso Morgado sinaliza que:

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos em 1996, no qual foram estudados 1.100 casos, identificou-se que, “[...] em 41% das famílias estudadas, os abusos sexuais havia continuado por um período de sete anos” (BUTLER, 1979, p.22). Os dados coletados nos processos analisados embora não sejam precisos (a criança ou adolescente, normalmente, não sabe indicar quando foi o primeiro episódio de violência que sofreu), indicaram que seis delas vinham acontecendo, em média, em um intervalo de 2 a 4 anos. (MORGADO, 2012, p. 66).

Com base nos dados fica claro que passa um longo período até que a vítima leve o ato do abuso sexual ao conhecimento de pessoas que não fazem parte do âmbito familiar. Sendo assim, o abuso sexual se configura como uma relação de violência, uma vez que ocorre por um longo tempo e se caracteriza de maneira distinta a um único episódio de violência. Quando o fenômeno do abuso sexual é analisado como uma relação de violência, tende-se a pensar em diferentes sujeitos interagindo e que essas diferenças envolvem algumas implicações para os envolvidos.

A violência doméstica também se apresenta como um fenômeno que traz consequências físicas e emocionais na medida em que destrói a autoestima, confiança e segurança da criança vítima do abuso.

Outra característica da violência doméstica é a impunidade acerca dos agressores, mesmo com as leis e os artigos referente a punições e denúncias no Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta impunidade permite que a violência se perpetue trazendo um sentimento de medo e insegurança para a criança. (MORGADO, 2012).

Na visão da criança e do próprio adulto- agressor- a relação estabelecida entre ambos vai além do fato dele ser um abusador, ainda mais se o agressor for o pai ou padrasto. Para as crianças a ato abusivo era a única forma de amor, afeição e atenção que poderiam obter do agressor. Ou seja, o ato sexual pode ser considerado algo normal, na visão da criança, posto que o pai ou padrasto em sua concepção tem o dever de protegê-la. A criança pode até desconfiar que os atos de seu pai/ padrasto são incorretos, mas se sente coagida ou forçada a fazê-lo por causa da sua autoridade e do seu poder. (SAFFIOTI, 1989).

Morgado argumenta que:

[...] mesmo o abuso tendo provocado danos, o relacionamento com as pessoas, o apego, a interação podem ter sido a experiência mais importante e intensa na vida da criança. Essa experiência tem que ser considerada e analisada (FURNISS, 1993 apud MORGADO, 2012, p. 99).

O relacionamento entre a vítima- criança e o agressor- pai/padrasto pode começar apenas com carícias ou através da exibição de fotos e vídeos pornográficos para a criança a fim de que ela se inteire de como ocorre o ato sexual.

Este tipo de imposição e de coação pode causar uma relação de medo, cumplicidade e segredo da criança com o agressor, sendo que o mesmo pode passar da sedução para uma agressão sexual mais violenta, com marcas, escoriações e rompimento e rupturas do tecido vaginal e até do ânus (SAFFIOTI, 1989).

Diante desta perspectiva os profissionais devem permitir que os aspectos positivos do vínculo entre o agressor sejam desenvolvidos, mesmo sendo de difícil visualização e entendimento por parte de outros adultos.

2.1 Considerações sobre a violência sexual e seus diferentes conceitos.

A partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente a questão relacionada à violência sexual passou a fazer parte da agenda de programas e políticas sociais voltados para as famílias e vítimas da mesma, possibilitando que estudiosos e profissionais desvelem os aspectos ainda obscuros da violência no âmbito doméstico. Sendo assim, é necessário que haja a identificação de outras expressões da violência doméstica que atinge as crianças vítimas de abuso sexual incestuoso. (MORGADO, 2012).

Estes profissionais, particularmente os que atuam na área da saúde e da infância tem estudado sobre esta violência cometida no âmbito familiar para apontar e rever os conceitos sobre este fenômeno, buscando capacitação para atuar na proteção e garantia dos direitos individuais das crianças. (BULHÕES, 2003).

Segundo Bulhões (2003) os expositores do Seminário Abuso Sexual contra crianças e adolescentes apontaram a necessidade da conceituação de termos como violência, violência doméstica e abuso sexual para que haja melhor entendimento dos mesmos, posto que haja diferenças entre ambos, o que acarreta diferentes implicações na elaboração do Diagnóstico de abuso sexual e no atendimento as vítimas.

Faleiros, (2003) também coloca a necessidade de haver uma conceituação adequada sobre a violência e o abuso sexual uma vez que há imprecisões terminológicas e conceituais sobre o tema, o que tem dificultado o intercâmbio de dados sobre violência e abuso sexual. Esta imprecisão terminológica referente aos conceitos tem gerado uma grande confusão, acarretando dificuldades para os profissionais da área da saúde no atendimento e diagnóstico as vítimas.

Para a autora esta confusão de conceitos ocorre, pois o fenômeno do abuso sexual é “designado por diferentes termos, como: violência sexual, agressão sexual, vitimização sexual, exploração sexual, maus tratos, sevícia sexual, ultraje sexual, injúria sexual e crime sexual” (FALEIROS, 2003, p.14), sendo a violência sexual intrafamiliar também denominada ora de abuso sexual, ora de violência sexual doméstica, ora de incesto, ora de abuso sexual incestuoso.

No que se refere ao abuso sexual a Abrapia o constitui como:

[...] uma situação em que uma criança ou adolescente é usada para a gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseado em uma relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência. (ABRAPIA, 1997c, p.7 apud MORGADO, 2012, p.47).

Existem duas formas de abuso sexual, com contato físico: “os atos físicos em si; b) sadismo; c) pornografia e prostituição”. (MORGADO, 2012, p. 47) e sem contato físico:

a) expressão verbal, nas quais o adulto conduz conversas ligadas a sexo, visando despertar ou estimular o interesse da criança ou adolescente para o assunto; b) voyeurismo: situações em que o adulto constantemente observa, por exemplo, banhos e trocas de roupas da criança; c) exibicionismo: quando o adulto faz questão, dentre outros episódios, de mostrar sua genitália à criança. (MORGADO, 2012.p 47).

Essas definições e conceitos referentes ao abuso sexual trazem possibilidades e limites a partir do momento que problematiza o espaço da família. Contudo a existência de todos estes conceitos não permite que a sua real dimensão seja explicada.

A designação destes diferentes termos para um mesmo conceito pode causar prejuízo às crianças vítimas de violência sexual já que a utilização de todos estes termos pode atrapalhar no diagnóstico das vítimas e na classificação do tipo de violência nos prontuários e nas fichas de notificação- SINAN.

Faleiros, (2003) argumenta que a definição de abuso encontrada nas bibliografias estudadas refere-se à ideia de uma situação de uso excessivo, mau uso e ultrapassagem de limites, isto traz a tona a questão de que o abuso não se refere apenas as situações ligadas à violência sexual, mas as outras situações que envolvam uma ultrapassagem de limites. Ela afirma que se tratando de violência sexual contra crianças há uma ultrapassagem de limites culturais, legais, humanos éticos e geracionais (FALEIROS, 2003).

De acordo com a autora o abuso sexual seria uma categoria descritiva de situações em que há um uso excessivo ou uma ultrapassagem de limites, ou seja, o conceito de abuso sexual é apenas descritivo, não explicitando de fato o fenômeno da violência sexual.

Então para buscar compreender a natureza da relação violenta, através de uma categoria explicativa de fato, será necessário se basear no conceito de violência sexual. Neste conceito há uma relação de poder entre desiguais, que aniquila o direito do outro, neste caso o direito da criança. Essa desigualdade entre o agressor (adulto) e a vítima (criança) pode ser de “tamanho, de força física, psicológica e social, de idade, de autoridade e de geração, de experiência de vida e de status social” (FALEIROS, 2003, p.16). Quanto a isso Assis *et al* observa:

Pode-se sintetizar o abuso ou maus tratos pela existência de um sujeito agressor em condições superiores (idade, força, posição social, condição econômica, inteligência e autoridade) que perpetra um dano físico, psicológico ou sexual contrariamente a vontade da Vítima ou por consentimento obtido a partir da indução ou sedução enganosa. (ASSIS et al., 1994, p. 15 apud MORGADO, 2012, p.46)

Diante do exposto acima, Faleiros (2003) sinaliza a questão de como conceituar e denominar as situações de abuso sexual perpetrado contra crianças por familiares, conhecidos ou desconhecidos. Neste sentido ela parte do princípio “de que o conceito e a designação dos diferentes tipos de violência sexual devem ter como critério a natureza da relação que se estabelece em cada um dos cenários em que a mesma ocorre” (FALEIROS, 2003, p. 16, 17).

A autora argumenta que para Dorais (1997) o abuso sexual está relacionado ao contexto da relação e para Azevedo (1990) a violência sexual é caracterizada “ ‘como uma relação interpessoal e intersubjetiva’ ”. (FALEIROS, 2003, p. 17). No entanto esta definição não indica a natureza dessas relações interpessoais.

Com isso Faleiros (2003) argumenta que o abuso sexual seria um relacionamento interpessoal sexual forçado, posto que trata-se de uma relação de dominação onde não há o consentimento da criança vitimada sexualmente.

Porém houve discordância em relação ao termo por parte de outros estudiosos da temática uma vez que a palavra forçado se refere ao uso da força e consecutivamente da agressão física (FALEIROS, 2003). Para estes estudiosos a agressão nem sempre ocorre em situações de abuso sexual, visto que o agressor pode pertencer ao círculo familiar não querendo que a criança de sinais de que está sendo vítima de abuso sexual.

2.2 Abuso Sexual e suas dinâmicas.

De acordo com Oliveira (2011), a dinâmica do abuso sexual divide-se em cinco etapas. A primeira relaciona-se a um processo de envolvimento e comprometimento de abusador com a criança, onde o autor se aproxima por sucessivas vezes da vítima. Não possuindo a princípio envolvimento sexual, pois, isso permite que a criança não tenha clareza de que a atitude não partiu dela.

A segunda etapa está interligada a primeira e possui interação sexual ente o abusador e a vítima. O abusador vai experimentar atividades que lhe trazem satisfação sexual, ou seja, ele acaba por concretizar, com a criança, o ato sexual através de atividades evasiva no corpo da criança o que causa uma busca pela não interrupção do ato sexual, do abuso por parte do agressor.

A terceira etapa está ligada a manter o sigilo da interação abusiva, através de argumentos, subornos e ameaças criando assim, uma ludicidade para a criança, no sentido de cumplicidade.

Na maioria dos casos relatados nas bibliografias, a última etapa só se encerra com a saída da criança de casa. Mas em outros casos esta dinâmica avança para uma quarta fase, onde uma terceira pessoa pode presenciar o ato abusivo ou evidenciar os sinais e os sintomas provindos do abuso sexual o denunciando e encerrando este ciclo. Esta terceira pessoa pode ser um profissional de saúde, médicos, psicólogos ou assistentes sociais ou até um familiar ou professor dependendo da situação.

No momento em que há o envolvimento desta terceira pessoa algumas questões conflitivas são colocadas à mostra e o lar que parecia seguro e seus lugares familiares são postos em xeque.

Oliveira (2011) argumenta que nesta fase os profissionais devem tomar cuidado para o caso não evoluir para o que Sgroi (1982) chama de supressão de alegação de abuso, onde a família suprime a alegação da ocorrência do abuso sexual. Isso acontece após a família perceber as consequências que a denúncia pode trazer como a exposição dos membros, a destruição da coesão familiar, perda da privacidade e do convívio familiar. Os profissionais também devem tomar cuidado com equívocos na condução e intervenção dos casos, com repetições de entrevistas e demandas familiares.

Para evitar situações como esta os profissionais tem de estar capacitado dando importância à questão relacionada ao segredo para que não ocorra uma das situações citadas acima. Ao não considerar o segredo e os motivos que levam a ele os profissionais termina por desconsiderar o abuso sexual.

O segredo tem como função proteger a satisfação do desejo sexual do abusador. A característica do abuso sexual permite que os fatos permaneçam dentro do ambiente comunicacional da família não podendo ser compartilhado dentro e fora do mesmo.

O segredo impede que a família e a vítima verbalizem os fatos ocorridos no abuso sexual e reflitam a respeito do mesmo. Dentro deste contexto o temor e o medo da criança em não ser ouvida também colaboram para o segredo. (CRIVELLÉ *apud* OLIVEIRA, 2011).

*Acreditar ou não na palavra da criança é um problema que os adultos têm entre si. São os adultos que, ao final das contas, definem as regras do “jogo” e sua arbitragem. A criança não pode fazer mais que falar ou se calar. Será ouvida apenas em função daquilo que os adultos pensam ou querem pensar dela. (CRIVELLÉ *apud* OLIVEIRA, 2011, p. 42).*

A proibição em torno da não verbalização dos fatos está relacionada ao modo de comunicação não verbal predominante nas famílias que abusam de crianças.

*É dessa forma que a criança em busca de ternura é entregue ao adulto, numa confusão de línguas (FERENCZI *apud* OLIVEIRA, 2011, p. 42). Trata-se de uma relação onde à violência passional é exercida por um simulacro de sexualidade genital (THOUVENIN *apud* OLIVEIRA, 2011, p.42).*

*O segredo da relação incestuosa encerra várias particularidades: a) é um segredo que implica a violação da lei num triplo nível simbólico, moral e social (jurídico); b) é um segredo forçosamente partilhado, pois uma relação sexual implica por definição duas pessoas; c) é um segredo partilhado, mas impingido por um dos protagonistas, a saber, o pai, com relações sexuais impostas pela violência ou não (HAMONN *apud* OLIVEIRA, 2011, p.44).*

O segredo, muitas vezes, é partilhado pelos pais, sem que necessariamente a criança, vítima, se de conta disso. Quando esse segredo é compartilhado por familiares é associado a assuntos não ditos, não mencionados. Mesmo aqueles que não têm acesso a este segredo, sabem que existe um segredo. “Este saber faz com que este familiar tenha poder sobre os outros membros da família e traz também uma ameaça que seria a revelação deste segredo”. (HAMONN *apud* OLIVEIRA, 2011, p.44).

As crianças se tornam vítimas do abuso sexual e da incredulidade do adulto, no caso, são duplamente vítimas. Isto ocorre porque o adulto acredita que a criança deva ter a mesma reação de protesto e recusa que ele (SUMMIT *apud* OLIVEIRA, 2011). Só que a criança apresenta um comportamento distinto deste adulto, pois suas reações estão ligadas ao segredo, ao sentimento de impotência por cair na armadilha tendo enfim que se adaptar. A criança acaba por perder a confiança no adulto porque acha que sua palavra é desvalorizada.

Furniss (1993) caracteriza essa relação mantida no abuso sexual como “a síndrome de segredo para a criança e a família”. Ele coloca cinco fatores para explicar esta relação. “O primeiro está ligado à prova forense e a evidência médica estarem disponíveis apenas na minoria dos casos” (FURNISS, 1993, p. 29-31). O segundo está ligado ao primeiro, uma vez que sem evidências será necessário “a acusação verbal da criança ou de alguma outra pessoa como representante da criança, e nós [profissionais] precisamos da admissão da pessoa que cometeu o abuso” (*ibid*). O terceiro está ligado ao fato dos familiares ou até mesmo os profissionais não acreditarem na criança e o último está ligado ao fato das crianças serem subornadas e ameaçadas pelo agressor o que as torna possível à permanência do segredo.

O profissional do SGD deve ter conhecimento da importância e das consequências que o rompimento do segredo acarreta à criança, diante disso tem de estar ciente de sua dinâmica e dos danos secundários nas dimensões psíquicas, social e moral que traz as vítimas (OLIVEIRA, 2011).

Furniss (1993) acrescenta que outro motivo para o segredo ser mantido está relacionado com o fato da criança não querer perder o contato ou se afastar dos pais, através da prisão ou divórcio. Na visão dele estas crianças querem um pai, mas não que o mesmo abuse dela. Ainda há a presença de um vínculo entre a vítima e o agressor e este vínculo pode ser importante para a criança, apesar do ato abusivo. (FURNISS, 1993).

Segundo Morgado (2012) o segredo é utilizado pelo agressor como uma estratégia para que o mesmo mantenha a relação e dificulte que a criança denuncie o abuso. Neste sentido Saffioti argumenta:

O segredo constitui uma verdadeira prisão para a vítima, que se sente privilegiada por compartilhá-lo com o adulto investido de autoridade, daí derivando seja o medo de não ser acreditada se o revelar a outrem, seja o receio de magoar a mãe e perder seu amor, seja ainda o profundo temor de que as ameaças do agressor se concretizem. (SAFFIOTI, 1992 apud MORGADO, 2012, p.68).

De acordo com Souza (2003) o abuso sexual pode ocorrer devido a quatro questões, sendo uma delas relacionadas ao segredo como expôs Morgado (2012); a história familiar, as relações abusador abusado, o segredo e a transmissão psíquica entre gerações. Para a autora a rigidez das normas familiares, que muitas das vezes atravessa gerações e a obediência da criança ao grupo familiar permite que o abuso sexual ocorra sem ser descoberto, fazendo com que a transgressão perpetrada contra a criança fosse desconhecida pela mesma. Romper com este abuso e com esta transgressão significa para a criança a perda da referência familiar.

A ausência de diálogo impede à criança de falar sobre o abuso. Ou seja, há uma perda de comunicação entre os membros da família, principalmente se o agressor se mostrar dominador, e a impossibilidade da criança em demonstrar qualquer tipo de emoção já que as manifestações afetivas podem na visão da criança, vítima do abuso, destruir o grupo familiar (SOUZA, 2003).

O segredo é outra questão que envolve o abuso sexual cometido contra crianças pelos membros familiares. Esse segredo, segundo Souza é denominado pelo autor Boszormenyi-Nagy de “lealdades invisíveis” que existe em todas as famílias que determinam as suas “contas familiares” com suas colunas de créditos e débitos através dos quais se estabelece “justiça familiar” (SOUZA, 2003, p.28), significando assim uma estrutura de obrigações escondidas.

Para Souza (2003) este segredo dá origem ao que os autores Marie Torok e Natam Abraham chamam de “cripta”, lugar onde os segredos indizíveis e impensáveis, no caso o abuso sexual sofrido, permanecem em nível inconsciente se transformando em fantasmas escondidos em grutas. Estes segredos podem passar de geração em geração até que determinadas pressões, ou forças externas abrem essa “cripta” libertando os fantasmas, ou seja, permitindo que a criança quebre o ciclo do abuso sexual infligido a ela por algum familiar.

Segundo Furniss (1993) será preciso diferentes conceitos de responsabilidade, participação, culpa, poder e acusação, dentro do que ele chama de enquadramento

metassistêmicos de linearidade e circularidade, para entender os distintos aspectos legais, terapêutico e protetivos á criança no abuso sexual. Para Furniss:

Um relacionamento linear é um relacionamento que não está aberto a qualquer forma de redefinição através de qualquer reinterpretação ou pontuação da interação. A circularidade define aspectos interacionais dos relacionamentos interpessoais que podem ser igualmente atribuídos a ambos os parceiros de acordo com o contexto (SELVINI- PALAZZOLI E COLABOLADORES, 1978 apud FURNISS, 1993, p. 15).

A diferença entre esses conceitos serão de grande importância prática e terapêutica no abuso sexual contra crianças.

Furniss (1993) afirma que os fatores biológicos são determinantes para a relação de dependência existente entre pais e filhos. Neste sentido, um bebê depende fisicamente, emocionalmente e socialmente dos pais para se desenvolver apropriadamente, sendo assim existe uma desigualdade legal entre esses pais e a criança, onde os mesmos sempre serão responsáveis, e as crianças nunca, por aquilo que acontece na interação entre eles. Esta desigualdade legal é baseada na imaturidade biológica da criança. Neste sentido, essa dependência estrutural da criança em relação aos pais permite que o abuso sexual ocorra, levando - a acreditar que o ato abusivo realizado pelo pai faz parte do processo de desenvolvimento, sendo algo aceitável, visto que ele está sempre com a razão. (FURNISS, 1993).

O autor ainda assegura que a participação ativa constitui o elemento circular e de relacionamento no abuso sexual. Isto ocorre porque mesmo a criança não tendo um papel ativo na iniciação do abuso sexual, são participantes ativas nas interações abusivas, mesmo estando participando do ato sexual contra sua vontade. É importante destacar, que mesmo que a criança não colabore para o abuso e tenha um papel passivo no mesmo, ele ainda se constitui uma atividade de participação, ou seja, a passividade da vítima no nível interacional também consiste em uma participação ativa. Um exemplo deste tipo de participação pode ser confirmado em um dos trechos escrito por Furniss:

Uma menina que sofreu abuso sexual relatou como seu pai costumava manda- la levar chá para ele em sua oficina mecânica. Ela sabia exatamente o que isso realmente significava e que ele abusaria sexualmente dela quando ela chegasse na oficina. Ela ficava confusa e não queria ir, mas ia todas às vezes e sujeitava-se às exigências do pai. Embora não ocorresse nenhuma violência real, essa criança não tinha escolha e era forçada, por ameaças a obedecer. (FURNISS, 1993, p 16)

Fica claro que mesmo sendo uma participante forçada, ela foi uma parceira interacional ativa nesta relação abusiva que no fim tornou-se a experiência de relacionamento mais importante e prejudicial de sua vida. Este tipo de participação interacional permite que a criança tenha uma experiência emocional explicando assim o fato de se sentirem responsável, mesmo não ás sendo (FURNISS, 1993).

Ele assegura que a culpa sentida pela criança após ser abusada tem um duplo sentido. O primeiro está relacionado ao componente legal (linear) e o segundo ao componente psicológico (circular), refletindo assim uma associação entre estes elementos. A culpa, no aspecto linear, está relacionada ao fato do abusador ser o responsável legal da criança, sendo ele uma figura parental na qual deveria protegê-la, quando esta responsabilidade é violada ele passa a ser considerado culpado pelos órgãos competentes.

A culpa no aspecto psicológico está associada à característica relacional da participação resultante do fato de que a criança e o abusador estão envolvidos internacionalmente no abuso. Diante desta distinção pode-se concluir que só o progenitor, no caso o abusador, pode ser considerado culpado pela violência infligida, porém é comum que a criança sinta-se a responsável, ou seja, culpada pelos atos abusivos, a partir do momento que o agressor a faz sentir-se responsável pela violência. Este sentimento de culpa surge devido às experiências da criança como participantes do abuso, ela se considera responsável pelos abusos por estar participando deste, mesmo que contra sua vontade. Outro fator que permite que essa criança sinta-se culpada são as ameaças advindas do abusador de que a mesma será responsável pelas consequências se revelar a violência a outro. (FURNISS, 1993)

Como existe uma relação de dominação, poder e autoridade do agressor em relação à criança, vítima do ato abusivo, a mesma acaba por criar um sentimento de responsabilidade e de culpa pela violência vivida, criando assim um misto de sentimentos que dificulta seu discernimento em relação ao certo ou errado (MORGADO, 2012). Ou seja, o sentimento de culpa permite que o agressor a responsabilize pelo seu comportamento perante ela e pelos atos cometidos por ele.

Estes sentimentos ambíguos vivenciados pelas vítimas fazem com que elas não confiem em si e em outros adultos, desencadeando um processo de baixa autoestima. Mesmo se sentindo culpada por não conseguir evitar os frequentes abusos, já que se sente a causadora da violência por ter sido má, desobediente e provocadora, a criança também se sente especial e importante por ter sido escolhida pelo agressor para receber aquele tipo de “afeto”. Outro sentimento proveniente dos abusos é o medo de que o agressor faça algum dano físico a ela e seus familiares se forem contra o ato abusivo (MORGADO, 2012).

Os sentimentos de culpa e medo impossibilitam que a criança denuncie os agressores, posto que, suas palavras frente aos adultos sejam desacreditadas e desvalorizadas devido à dinâmica social reproduzida dentro da família. Outro fator que impossibilita que a criança denuncie o abuso está relacionado com o fato de que dialogar sobre o ocorrido o transforma em realidade perante a família (MORGADO, 2012). Ao não denunciar o abuso sexual a criança tem a sensação de estar protegendo a mãe e o núcleo familiar, transformando isto em sua responsabilidade.

Assim como as vítimas de abuso sexual, os agressores também tendem a esconder as agressões e os constantes abusos infligidos as vítimas sejam por medo da punição criminal ou porque a descoberta do ato abusivo traria a destruição da instituição família e do seu caráter sagrada.

Essa ocultação do ato abusivo pela criança ocorre devido às dificuldades que as mesmas encontram de verbalizar o ocorrido com outro adulto. Isso porque a publicização destes fatos perante a sociedade poderá comprometer a imagem que os adultos terão desta criança, uma vez que poderão não conseguir constituir uma nova família.

Há uma confusão no funcionamento familiar dentro das famílias onde o abuso sexual é cometido, ou seja, existe uma inversão da hierarquia entre pais e filhos que causa confusão nas crianças que são vítimas de abuso sexual. Neste sentido a diferença está no nível sexual onde a criança se torna pseudo - parceiro do pai no relacionamento sexual inadequado. Assim a criança tem um relacionamento com o pai diferente da maioria das crianças que não são vítimas de abuso sexual. Há uma confusão entre o nível emocional e sexual, pois existe uma parceria emocional desigual entre a vítima e o abusador, ou seja, a criança quer cuidado emocional, mas recebe uma resposta sexual. No futuro essa criança que sofreu o abuso pode apresentar um comportamento sexualizado, pois vão repetir essa confusão emocional com outra pessoa (FURNISS, 1993).

Segundo Furniss (1993), as meninas podem se tornar promiscuas e os meninos agressores, enquanto na verdade, só querem cuidado emocional.

A criança por medo de ser rejeitada pela mãe e por culpa acaba não desenvolvendo uma proximidade e confiança com essa mãe o que permite que não haja o claro reconhecimento do abuso sexual e a criança acaba por não receber ajuda da mãe. Com isso o segredo se une a confusão entre cuidados práticos, cuidados emocionais e parceria sexual, fazendo com que haja um sistema de segredo que une todos da família prolongando o abuso onde todos se tornam coniventes.

Existem distintos padrões de relacionamentos nas famílias onde o abuso sexual ocorre isto está ligado às diferentes respostas dadas por diferentes famílias, no caso do abuso. Uma delas são os fatores psicológicos de personalidade e de experiência de vida das pessoas, que influenciam os relacionamentos dentro destas famílias (FURNISS, 1993).

A diferença no padrão familiar e a diferença na função do abuso podem levar a reações distintas na família, evitando, os conflitos ou regulando-os . Os profissionais têm de pedir que as famílias descrevam seu padrão familiar e a função do abuso sexual para entender o processo familiar. O profissional tem de saber por que o padrão surgiu, como ele funciona e porque este padrão mantenedor sustenta o abuso sexual prolongado.

A distinção entre evitador de conflito e regulador de conflitos nas famílias organizadas e desorganizadas são importantes para os profissionais ajudarem as famílias na intervenção.

A mãe pode ser considerada a pessoa que não abusa dentro de famílias onde o abuso sexual ocorre. Pode haver um equívoco nesta afirmação a partir do momento que existe mãe que tem ciência do abuso, mas muitas vezes são cúmplices (FURNISS,1993).

No caso onde não há proximidade entre mãe e filha e não existe uma relação de proximidade entre elas pode ocorrer abuso sexual. Quando há esta relação de proximidade o abuso pode ocorrer, mas não perdura. Neste caso são as mães que revelam o abuso sexual, pois elas percebem os sinais dados pelas crianças, às confrontam e acreditam nelas. Elas agem para proteger as crianças e induzem uma revelação. Neste contexto existe uma proximidade entre a criança e a mãe que não existia quando esta era cúmplice do abuso.

As crianças vítimas de abuso sexual prolongado não contam as suas mães porque as consideram rígidas e distantes e acreditam que elas não dariam crédito a sua palavra e protegê-las do abusador. A maioria das crianças vítima de abuso sexual responsabilizam suas mães pelo desamparo e por não protegê-las do abusador (FURNISS,1993).

2.3 Abuso Sexual: A distinção entre vitimação e vitimização.

Saffioti (1989) afirma que mesmo que a vitimização de crianças, traga as pessoas um sentimento de desconforto as mesmas acabam por se isentarem de responsabilidades, uma vez que consideram os pais ou um indivíduo em especial, os culpados pelas agressões infligidos as vítimas. Isto se dá pelo fato destas pessoas responsabilizarem a sociedade, uma entidade abstrata, pelos abusos ocorridos, esquecendo-se de que as mesmas também fazem parte desta. Ou seja, acabam por responsabilizar a sociedade os governantes e os próprios agressores, se eximindo da culpa.

A explicação para a falta de responsabilização das pessoas com relação à vitimização das crianças ocorre devido ao fato delas estarem distante desta cruel realidade, permitindo assim que o fenômeno adquira contornos superficiais e inusitados.

Este processo de vitimação e de vitimização tem raízes em uma sociedade na qual as relações sociais são baseadas no poder, sendo isto talvez as causas destes dois processos (SAFFIOTI, 1989).

Saffioti (1989) coloca que mesmo havendo certa sobreposição entre crianças vitimadas e crianças vitimizadas, o processo de vitimação atinge as crianças pertencentes às famílias de classes desfavorecidas, enquanto o processo de vitimização atinge as crianças de todas as classes sociais, sendo assim transversal. Assim considerar a divisão da sociedade em classes se torna insuficiente para explicitar o fenômeno da vitimização.

De acordo com Azevedo e Azevedo Guerra (1989) a palavra vítima abarca a ideia de “*sacrifício e de imposição de dano*”. Ou seja, as duas se remete ao fato de que ser vítima não é algo comum, natural, normal, uma vez que é necessário que haja um processo de “*fabricação*”. Esse processo é referente à vitimação e vitimização.

O processo de vitimação tem como resultado as “*crianças de alto risco*” e o processo de vitimização tem como resultado as “*crianças em estado de sítio*”, estes dois processos são considerados formas de violência contra as crianças e não podem ser explicados de forma iguais (AZEVEDO e AZEVEDO e GUERRA, 1989).

As crianças consideradas de alto risco são aquelas vítima da violência estrutural que tem origem em sociedades onde a dominação de classes e a desigualdades sociais se fazem presentes. São denominadas de alto risco, pois tem seus direitos humanos mais elementares, como a vida, a alimentação, a educação e o lazer violados, na maioria das vezes constantemente e cotidianamente. Esta violação dos direitos ocorre devido à violência estrutural característica de nossa sociedade onde o sistema econômico e política vigente privilegia as classes dominantes. (AZEVEDO e AZEVEDO e GUERRA, 1989).

Esta violência estrutural inerente à sociedade capitalista não é uma das únicas maneiras de fabricar crianças vítimas, a violência das relações interpessoais adulto –criança também é responsável pela fabricação destas crianças vítimas.

Essa relação interpessoal adulto criança é de natureza hierárquica e autocêntrica, pois tem base no poder do adulto – maior de idade- sobre a criança- menor de idade, frágil e indefesa.

Neste sentido, a vitimização se constitui então uma violência interpessoal onde existe um aumento do padrão citado acima, ou seja, há um abuso do adulto em relação à criança que

pode ocasionar um dano físico, psicológico ou sexual. Assim o abuso- vitimização pode ser considerado “as duas faces da mesma moeda de violência”. (AZEVEDO e AZEVEDO e GUERRA, 1989, p.35).

Segundo Azevedo e Azevedo e Guerra (1989) a vitimização é uma forma de submissão ao poder do adulto, onde a criança se vê obrigada a realizar os desejos, interesses e expectativas do mesmo, sendo “cúmplice” do agressor, através do pacto de silêncio. Assim a vítima, no caso a criança passa a viver com medo, não podendo expressar ação ou reação diante dos abusos e do agressor.

A vitimização é um processo de longa duração, onde a criança passa a viver em um estado de sítio, posto que tenha sua liberdade restringida pelo agressor que a cerca e a coíbe de todas as formas. Este estado de sítio só terá fim quando a criança se libertar através da palavra, publicitando a violência que a comete no âmbito privado. (Azevedo e Azevedo e Guerra, 1989).

Existem três formas de abuso- vitimização dentro da literatura, o abuso – vitimização física, abuso vitimização psicológica e o abuso-vitimização sexual. Como estou trabalhando com o conceito de violência sexual, mas especificamente abuso sexual, irei debruçar-me sobre o abuso- vitimização sexual contra crianças.

O abuso- vitimização sexual, de acordo com Azevedo e Azevedo e Guerra são:

Todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa (AZEVEDO e AZEVEDO e GUERRA,1989,p.42)

Esta conceituação segundo as autoras possibilita a abrangência de dois tipos de abuso, o incestuoso e a exploração sexual. O Incesto se define como:

Toda atividade de caráter sexual, implicando uma criança de 0 a 18 anos e um adulto que tenha para com ela, seja uma relação de consanguinidade, seja de afinidade ou de mera responsabilidade (AZEVEDO e AZEVEDO e GUERRA, 1989, p.42).

De acordo com a conceituação pode-se incluir como agressor qualquer pessoa que seja responsável pela criança. Esta conceituação também possibilita incluir todo e qualquer ato sexual seja ele de caráter heterossexual ou homossexual, com ou sem contato físico, com ou sem força física.

Esta conceituação tem limitações a partir do momento que se permite considerar duas modalidades de abuso- vitimização envolvendo adolescente. Ou seja, existe duas categorias

de abuso –vitimização sexual, a primeira diz respeito a crianças menores de doze anos ou menos terem experiências sexuais com adolescentes menores de dezoito anos, mas que sejam no mínimo cinco anos mais velhas que a criança. A segunda diz respeito a adolescentes de treze a dezesseis anos terem experiências sexuais com adultos que tenham dez anos ou mais que os adolescentes. (AZEVEDO e AZEVEDO e GUERRA, 1989).

O abuso- vitimização sexual tem suas próprias características sustentadas pela literatura Nacional e Internacional. Uma delas está ligada ao fato de não ser um fenômeno característico da pobreza já que não é causado pelo regime sócio- econômico vigente. Também é um fenômeno que tem sua origem no lar, mesmo não se restringido a ele.

Outra característica deste fenômeno é que se reproduz em ciclos de violência e que tem a criança- mulher como vítima mais frequente, isto tem explicação no fato do processo de vitimização ter sua base nas relações de gênero (AZEVEDO e AZEVEDO e GUERRA, 1989).

2.4 A relação entre abuso sexual e o Poder.

Para avançar na discussão desta temática serão necessárias algumas considerações a respeito de como as relações de poder são obtidas, conquistadas e utilizadas pelos adultos. Quanto a isso a Abrapia explicita que:

[...] Inúmeros são os fatores que desencadeiam, facilitam e perpetuam os maus tratos contra crianças e adolescentes. Há, no entanto, um fator comum a todas as situações: o abuso do poder do mais forte- o adulto- contra o mais fraco – a criança. (ABRAPIA, 1997 apud MORGADO, 2012, p. 58)

A questão do poder é essencial para entender a discussão sobre o abuso sexual, assim, deve ser estudado e analisado nos seus diferentes espaços, sendo um deles a família. Por isso Morgado (2012) argumenta sobre a relação entre o poder e a violência doméstica:

[...] os conceitos políticos, sociológicos, interacionais, psicológicos e físicos de poder foram frequentemente confundidos na discussão do abuso sexual da criança, e o resultado é que o uso do termo muitas vezes não tem realmente significado. [...] No abuso sexual da criança, as questões de poder estão envolvidas em um nível estrutural e um nível interacional. [...] No nível estrutural, o conceito de poder poderia ser aplicado, mas não se ajusta exatamente. Ele poderia referir-se à diferença no poder muscular, no poder de raciocínio, no poder emocional e no poder social ou legal entre a mãe e o bebê. [...] No nível interacional, o conceito de poder não tem sentido. Tanto o bebê quanto a mãe são participantes iguais na interação. (FURNISS, 1993 apud MORGADO, 2012, p. 59)

Diante do exposto por Morgado na citação acima, há uma diferenciação ou separação entre o poder estrutural e o poder interacional. À nível estrutural, ele afirma que os adultos têm as mesmas condições estruturais para proteger indivíduos considerados mais vulneráveis. Com relação ao nível interacional afirma que tanto as crianças como os adultos possuem iguais condições para participar nas relações entre ambos. Porém se o adulto é considerado mais forte no aspecto físico, psicológico, social, legal e emocional não pode haver uma relação igualitária entre ambos, mesmo que seja em nível de interação.

Furniss (1993) sinaliza que a questão do poder na discussão do abuso sexual assume um nível estrutural e interacional, porém no trabalho clínico realizados com as crianças e suas famílias a visão estrutural de poder deve ser substituída pelo conceito de responsabilidade. Isto porque o conceito de poder á nível estrutural não pode ser aplicado na relação entre uma mãe e um bebê, já que poderia referir-se à diferença no poder muscular, de raciocínio, emocional e no poder social e legal entre essa mãe e o bebê. Essas distintas formas de “poder” referem-se à capacidade de maturação e psicossocial que a mãe tem sobre a criança que se torna a base para a responsabilidade estrutural, na qual ela deve proteger e promover seu desenvolvimento.

Com relação ao nível interacional o conceito de poder não se aplica, posto que tanto a mãe quanto o bebê se tornam participantes iguais na interação. No entanto, com relação ao nível estrutural o maior “poder” da mãe permite que a mesma tenha capacidade para assumir a responsabilidades pelos eventos na interação, algo que o bebê não pode realizar”. Ou seja, neste nível pode-se substituir o conceito de poder pelo de responsabilidade. (FURNISS, 1993).

O abuso sexual da criança por figuras familiares sejam elas pais ou padrastos, derivam mais da capacidade física, psicológica, emocional, social e legal utilizada irresponsavelmente do que de um maior “poder”. Segundo Foucault

...tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras [...] não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer esse poder e de sofrer sua ação, nunca são alvos inertes e consentidos do poder, são sempre centros de transmissão (FOUCAULT, 1979, p. 183).

Neste sentido, Furniss (1993), preferiu utilizar a noção de responsabilidade parental e a dependência estrutural que as crianças possuem em relação ao abusador do que um conceito definido de poder.

Dentro do abuso sexual a questão da acusação se mostra de maneira muito errônea, posto que esta sempre relacionada à família e se mostra presente nas falas e argumentações de muitos profissionais que lidam com vítimas de abuso sexual. Neste sentido, Furniss (1993) diz que é inútil fazer acusações de qualquer tipo já que o emprego do conceito estrutural de responsabilização junto ao aspecto legal e psicológico da culpa tornou desnecessária a utilização da noção de acusação. Sem contar que aplicar esse conceito de acusação no atendimento a crianças vítima de abuso sexual é inadequado, pois levará á jogos de acusações familiares onde o “objetivo é recusar- se a assumir a responsabilidade e evitar ser considerado culpado ou sentir-se culpado” (FURNISS, 1993, p.20).

A maioria dos profissionais usa o conceito de acusação achando que está protegendo a criança vítima do abuso e sempre se utilizam de frases como: “é tudo culpa do seu pai, isso não tem nada a ver com você”. Eles também acreditam que evitar falar sobre o abuso sexual com a criança vai proporcionar a mesma um esquecimento do ocorrido, o que é um equívoco já que esta atitude em não falar sobre o abuso traz uma mensagem muito diferente para a vítima de abuso sexual. (FURNISS, 1993).

Quando os profissionais colocam essa frase para a criança eles querem transmitir para elas que não são culpadas pelos abusos e isto se refere à visão legal de responsabilidade parental pelo ocorrido. Essa mensagem também inclui a questão do aspecto psicológico e relacional da criança envolvida, retirando assim a experiência da criança e sua participação no abuso, sendo assim negamos a experiência do abuso sexual que ela sofreu e conseqüentemente negamos e rejeitamos a própria criança. Isto faz com que mesma pense que o adulto não quer ouvi-la da mesma maneira que os outros adultos não quiseram acreditar no abuso. (FURNISS, 1993).

Uma questão que tem se apresentado nos casos de abuso sexual é o da “criança sedutora”, nesta situação o agressor ou algum membro da família procura responsabilizar a criança pelo ato sexual afirmando que a mesma seduziu o abusador e que aprecia a relação sexual. Furnnis (1993), no entanto discorda desta teoria quando afirma que isto não tem nada a ver com a realidade do abuso sexual de criança.

Para ele esta teoria está ligada á projeção que os adultos fazem com relação às crianças, ou seja, em seus pensamentos o abusador as colocam como responsável pelo abuso. Mesmo se as crianças se comportassem de maneira sedutora e se mostrassem convidativo

sexualmente, comportamento este que de acordo com Furniss (1993) está ligado ao abuso anterior e não ao ponto de partida, cabe ao adulto, no caso o pai ou padrasto, em seu papel de progenitor impor e estabelecer os limites que impedirão a realização do ato sexual. Neste sentido, por mais que a criança tenha demonstrado um comportamento sedutor, jamais poderia ser responsabilizada pelo ato sexual cometido pelo seu pai.

Ainda discorrendo sobre a questão do poder, Saffioti diz:

[...] poder/ prestígio é distribuído na luta cotidiana dos diferentes contingentes humanos na base da contradição entre as classes sociais, do antagonismo entre as raças/etnias em presença e dos interesses opostos de homens e mulheres gerados pela organização social de gênero. (SAFFIOTI, 1997 apud MORAGADO, 2012, p. 60)

Neste sentido a autora discorda de Azevedo e Guerra (1997) que afirma que o poder encontra-se presente tanto nas relações de classe como nas relações interpessoais, representando a dominação e a coisificação. Relacionando esta definição de poder com a temática do abuso sexual, fica nítido que Saffioti sai a frente a partir do momento que as autoras anteriormente citadas absolutizam as relações de poder, através do dominador e do dominado que é considerado coisificado.

Essa relação de poder viola não só os direitos a integridade física e psicológica da criança como viola também o direito ao desenvolvimento pleno e sadio da mesma, sendo mais traumático quando a violação é perpetrada por familiares, pois o direito da criança a uma família protetora acaba por ser desrespeitado (FALEIROS, 2003).

2.5 - Abuso Sexual: Relação entre desiguais.

A questão das diferentes classes sociais traz à tona a relação de dominação exploração, referente ao sistema capitalista, onde a classe trabalhadora é explorada pela burguesia, constituindo assim uma das bases da sociedade em que vivemos. Neste sentido, além do sistema de dominação exploração que estruturam a sociedade, existe também o patriarcado que legitima as relações de gêneros, onde as mulheres são subordinadas dos homens e o racismo, onde o branco tem mais privilégios que o negro (SAFFIOTI, 1989). Neste sentido, não é fácil lidar com este fenômeno uma vez que os três sistemas juntos formam um nó que não se desata.

Assim, dentro destes sistemas de dominação exploração o “*poder define-se como macho, branco e rico*” (SAFFIOTI, 1988, p.16) sendo o “poder” pertencente ao adulto.

Estes sistemas de dominação-exploração são considerados antagônicos e contraditórios na medida em que possuem interesses distintos, diferente do adultocentrismo que não possui contradições, e sim uma relação de hierarquia onde o adulto tem o poder de socializar e cuidar de uma criança. Ou seja, o adulto tem de transformar a criança em alguém sociável. Não existe uma relação contraditória no adultocentrismo já que os interesses dos adultos são os mesmos da criança em relação ao ser social. O adultocentrismo não tem base no mesmo arcabouço teórico do patriarcado–racismo-capitalismo (SAFFIOTI, 1989).

Segundo Saffioti (1989), o sistema de dominação-exploração da classe subalterna pela classe dominante, traz uma dinâmica onde a alta concentração de renda está concentrada na mão de poucos os fazendo desfrutar de um poder denominado por ela “*de grande poder ou macro poder*”. Este macropoder permite que estes sujeitos submetam outras pessoas a fazer o que lhe convém. No entanto se a vitimização de crianças dependesse deste macropoder o número seria menor, uma vez que a vitimização de crianças ocorre porque o agressor possui uma pequena parcela de poder que não se constitui como “*macropoder*”.

Neste sentido a autora assegura que por possuir apenas uma pequena quantidade de poder, o adulto, que anseia pelo macropoder, acaba por abusar da sua autoridade em relação à mulher e aos filhos, apresentando o que ela chama de *a síndrome do pequeno poder*. Este pequeno poder é praticado contra categorias sociais distintas, quanto a isso Saffioti argumenta:

As mulheres, em geral, só podem entrar em síndrome do pequeno poder frente a crianças. Excetuando-se aquela cuja ocupação consiste em lidar com crianças, via de regra, a mulher exerce seu pequeno poder contra as crianças de sua própria família: filhos, sobrinhos, netos. As síndromes do pequeno poder do homem estão sujeitas a amplas categorias sociais; mulheres, crianças, homens ocupando posições subalternas (SAFFIOTTI, 1989, p.18).

Como exposto por Saffioti (1989) anteriormente, a síndrome masculina do pequeno poder terá consequências mais graves devido ao fato de abarcar amplas categorias e por ser quantitativamente e qualitativamente mais importantes que a exercidas pelas mulheres. Qualitativamente, porque o número de agressores masculinos é maior que o de agressores femininos.

Isto se dá porque o abuso sexual é considerado, na visão do agressor, uma maneira de socializar as vítimas, através da submissão pelo poder. O adulto tem a ideia de que a criança deve se submeter as suas vontades, principalmente as meninas, a fim que ela não se coloque contra a dominação exercida por ele.

A relação de poder, seja pequena ou grande, evidencia a desigualdade social entre os protagonistas, no caso entre o agressor e a vítima, uma vez que as crianças são consideradas inferiores aos adultos tanto socialmente quanto fisicamente (SAFFIOTI, 1989).

Saffioti (1989) afirma que o pequeno poder é mais perigoso que o macropoder, pois este traz uma sensação de satisfação, prazer e poder ao agressor. Diferente dos adultos que exercem o grande poder, os que exercem o pequeno poder necessitam se firmar violentando crianças, uma vez que necessitam ampliá-lo através do estabelecimento de uma relação interpessoal com outra pessoa. Outro motivo para se firmar é por não conseguirem alcançar o macropoder. “Esta síndrome sempre tem lugar numa relação interpessoal e miúda, se comparada ao plano macrossocial” (SAFFIOTI, 1989, p.19). Esta síndrome do pequeno poder tem natureza social e não individual, posto que a estrutura da sociedade oferece os elementos para que ela seja amplamente exercida. A síndrome deste pequeno poder acaba por revelar a fragilidade do autor e traz grandes consequências para as vítimas da mesma.

A reflexão acerca da síndrome do pequeno poder é necessária para entender o fenômeno da vitimização de crianças na sociedade em que vivemos. Esta mesma sociedade oferece as condições para perdurar a ideologia que o poder é dos homens brancos e ricos e que o pequeno poder atingir pessoas que não se incluem em todas estas esferas (Saffioti, 1989). Nesta relação em que há a síndrome do pequeno poder entre adultos e crianças, são os adultos que fazem as regras, pois tem mais poder, força e autoridade do que as crianças.

Segundo Saffioti (1989) a sociedade a qual pertencemos é andocêntrica e adultocêntrica, pois existe uma relação de dominação – exploração do homem em relação à mulher e a criança. Essa relação é baseada no poder que o adulto, que faz parte do ciclo familiar, detém sobre a criança.

Nesta relação de poder a criança tem de submeter-se as ordens e vontades do adulto, mesmo que tal ordem na visão da criança seja errônea, a mesma não poderá discutir tal ordem, visto que o adulto não tem razão mas tem autoridade, segundo normas pré-estabelecidas pela sociedade (SAFFIOTI, 1989). Neste sentido, fica claro que algumas normas sociais e ideologia devem ser repensadas e discutidas a partir do momento que pode facilitar os atos de violência doméstica contra a criança.

Dentro desta conjuntura há uma hierarquia entre os sexos e a faixa etária, ou seja, a mãe tem menos autoridade que o pai, uma vez que ele domina a mulher e ela domina os filhos, sendo que a palavra final é sempre a do homem. Assim o homem é mais poderoso que a mulher, e a criança é destituída de qualquer poder. No entanto a mulher se permite dominar as crianças, já que a sociedade lhe impõe a função de educar e socializar os filhos. Esta

relação de poder da mulher sobre a criança se dá porque a mesma vive esta mesma relação de poder com o marido.

Quanto a isso Saffioti (1989) diz que não é preciso necessariamente poder para educar uma criança, que as experiências de vida e os conhecimentos já seriam suficientes. Ela argumenta que não haverá vantagem neste tipo de família, posto que o poder pertencente aos humanos dificulte a efetividade entre ambos.

A questão da relação dominação-exploração que estabelece poder ao homem sobre mulheres e criança ocorre porque as relações sociais vigentes não são questionadas, sendo pelo contrario repetidas de geração em geração. Isto acontece porque a estes dominadores não interessa questionar o modelo tradicional vigente devido aos privilégios que este o traz.

A autoridade que o homem tem em relação às mulheres e as crianças têm base legal e social, na medida em que a própria constituição coloca que “o marido é o chefe da sociedade conjugal, função que exerce com colaboração da mulher”, como consta no artigo 233 do Código Civil Brasileiro (SAFFIOTI, 1989, p.53) e que “o exercício do pátrio poder cabe ao pai”. Esta autoridade que tem base na Constituição Federal permite que as mulheres e principalmente as crianças não contestem o poder do homem, na medida em que ele reina soberano.

Saffioti (1989) argumenta que o pequeno poder exercido pela mãe sobre os filhos já é caracterizado como violência. Essa violência, na sua visão, é psíquica na medida em que a mãe impõe suas vontades aos filhos. Ela coloca que esta imposição se faz necessária, visto que os adultos têm de socializar as crianças através do ensinamento dos padrões e normas sociais impostos pela sociedade. No entanto a repressão que a mãe imprime aos seus filhos para que ele apreenda as normas sociais ultrapassa os limites e se caracteriza como uma violação dos direitos da criança.

A autora assegura que o uso da violência pelo adulto sobre a criança decorre do fato do homem ter um poder maior que o da mulher na medida em que o mesmo é socializado para expressar violência e agressividade, enquanto a mulher é socializada para expressar docilidade e submissão. Neste contexto, o poder é adquirido pelo homem, através do uso da força. Este poder permite que o homem seja violento e que exerça episódio de violência contra os mais fracos caso seja ameaçado, não importando se a ameaça não se constituir verdadeira. Isso pode ocasionar o uso da força física e da violência sexual a partir do momento que a mesma é legitimada pela ideologia machista.

A violência, então, seria exercida sobre categorias consideradas dominadas, uma vez que a cultura apresenta que os homens são socialmente superiores às mulheres que são

responsabilizadas por se sujeitarem aos homens. Para que esta concepção de sociedade seja modificada, será necessária uma mudança na estrutura das relações sociais de gênero que só pode ser realizada de maneira coletiva. Esta ideologia machista, expressa no sistema dominação exploração permite ao homem exercer um poder sobre as categorias dominadas, no caso, as crianças possibilitando a violência sexual (SAFFIOTI, 1989).

Neste contexto, onde a mulher é subordinada do homem e as relações de gêneros são desiguais, a violência se constitui como forma de socialização do homem. O homem detém muito poder sobre os filhos por ser considerada uma autoridade no seio familiar por isso, se utiliza deste meio para abusar e violentar física e sexualmente suas vítimas. Por este motivo, muita das vezes a probabilidade de fracassar e não conseguir seu intento é nulo.

3-Os profissionais de saúde no enfrentamento aos casos de violência sexual

Neste capítulo irei apresentar os resultados contidos em trabalhos que versam sobre a temática da violência sexual, o perfil e a atuação dos profissionais de saúde no atendimento a vítimas de abuso sexual, o perfil das vítimas de violência sexual, os tipos de abusos sofridos e a relação com os agressores. Dessa forma, utilizei dados e gráficos pré-existentes, que constam em oito trabalhos com base territorial em cinco Estados distintos.

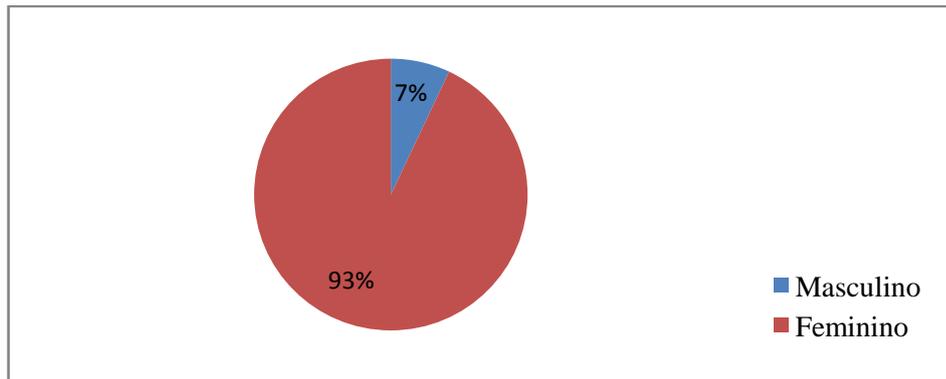
Destes trabalhos, 4 utilizaram diferentes instituições de saúde do Rio de Janeiro como campo de pesquisa, sendo 2 realizados no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), 1 no PAM de Irajá e 1 no CREAS Centenário em Duque de Caxias. Os demais utilizaram o Hospital privado do Distrito Federal, o Hospital da Criança Santo Antônio em Boa Vista, no Estado de Roraima, o Hospital Estadual Pérola Byington, em São Paulo e as três instituições localizadas no Estado do Rio Grande do Sul como seus respectivos campos de pesquisa. Diante da dificuldade de encontrar trabalhos que abordassem sobre a atuação dos profissionais de saúde no atendimento específico aos casos de abuso sexual, optei por utilizar trabalhos que versem sobre os profissionais de saúde no atendimento às crianças vítimas de violência, na medida em que o abuso sexual é discutido em todos eles.

Neste sentido, os critérios utilizados para a escolha dos trabalhos foram pautados no fato de todos terem como objeto de pesquisa a temática da violência sexual contra criança, a utilização de instituições de saúde como campo de pesquisa e a atuação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos e assistentes sociais). Além da maioria dos trabalhos terem como base a pesquisa com profissionais de saúde, eles oferecem um quadro sobre os outros tipos de violência sofridos por essas vítimas, os agressores envolvidos, as condutas e os encaminhamentos realizados por estes profissionais mediante os casos de violência, mas especificamente os de abuso sexual.

A análise dos dados será iniciada pelo perfil (idade, sexo e tempo de atuação) dos profissionais de saúde envolvidos nas distintas pesquisas.

3.1- Caracterização dos profissionais de saúde (sexo e idade).

Na pesquisa realizada em uma instituição privada no Distrito Federal catorze enfermeiros foram entrevistados, sendo que treze (93%) eram do sexo feminino, enquanto apenas um (7%) entrevistado era do sexo masculino, conforme mostra o gráfico 1 (SOBRAL, 2007).

Gráfico 1 – Perfil dos enfermeiros; Sexo

Fonte: DF/2007 (SOBRAL, 2007).

Na pesquisa realizada no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) que serve de campo prático para técnicos, enfermeiros e médicos da graduação e pós-graduação, localizada em Boa Vista Roraima, a população entrevistada foi de 235 profissionais de saúde, sendo 76,17% do sexo feminino. Nas duas pesquisas pode-se notar que a maioria dos profissionais é do sexo feminino. Lima (2007) sinaliza que dos 235 profissionais entrevistados 63,90% (150) eram auxiliares e técnicos em enfermagem, 16,20% (38) médicos, 14,80% (35) enfermeiros, 3,90% (07) assistentes sociais e 2,10% (05) psicólogos.

A terceira pesquisa foi desenvolvida pelo Instituto Oswaldo Cruz, realizada no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), hospital de referência para atendimento a condições clínicas pediátricas de maior complexidade, localizadas na Cidade Universitária (Fundão), na Ilha do Governador no Estado do Rio de Janeiro. Este trabalho diferente dos demais aqui analisados está voltado para avaliação do Ambulatório da Família que teve sua pesquisa baseada nos dados obtidos através dos prontuários dos pacientes e dos bancos de dados do Ambulatório da Família o (AF). Diferente do meu objeto de pesquisa que está baseado na análise dos profissionais de saúde, este estudo se focou na avaliação de um serviço público, no entanto, este serviço só pode ser avaliado através do atendimento as vítimas de abuso sexual. Neste sentido, Ferreira utilizou uma amostra de 129 crianças, vítimas de abuso sexual no período de abril de 1996 a Setembro de 2000, foram avaliadas e analisadas também os prontuários das vítimas, relatórios e atas realizados pela equipe do AF.

A autora utilizou de entrevistas com alguns dos profissionais do IPPMG e de outras instituições que constam nos prontuários e bancos de dados do AF, ou seja, foram entrevistados seis profissionais do IPPMG, ”uma médica da Enfermaria, um professor que atua no Ambulatório de Pediatria Geral, uma professora do Ambulatório de Dermatologia, uma médica plantonista da Emergência, um médico que atua tanto no Ambulatório Materno-

Infantil quanto na Emergência e uma médica do Ambulatório de Adolescentes” (Ferreira, 2002, p.72). Também foram entrevistados cinco profissionais, pertencentes a três diferentes Instituições sendo, dois médicos, uma do Serviço de Ginecologia e um do Serviço de Proctologia, ambos os serviços utilizados como referência pela equipe do AF; uma psicóloga do Núcleo de Atenção à violência (NAVE), uma assistente social e uma conselheira tutelar do Conselho Tutelar de Ramos (Ferreira, 2002). Nota-se que dos onze profissionais entrevistados neste trabalho nove são do sexo feminino e três do sexo masculino comprovando que há um número maior de profissionais do sexo femininos envolvidos no atendimento as vítimas de abuso sexual.

O quarto trabalho analisado foi realizado em três instituições hospitalares na cidade de Cruz Alta, situada na região norte do Estado do Rio Grande do Sul, nos setores de Pronto Atendimento e Unidade Pediátrica (Cocco, Silva, Jahn, 2008). As autoras utilizaram uma amostra de 34 profissionais, sendo 11 na primeira instituição, 11 na segunda e 12 na terceira.

“Nas duas instituições pesquisadas, as equipes, que atendem os casos de violência contra crianças e adolescentes, têm maior representatividade no sexo feminino, com 72% dos sujeitos, resultado semelhantes aos outros estudos, os quais encontraram expressiva participação do sexo feminino atuando no setor saúde” (COCCO, SILVA, JHANN, 2008).

Comparando os trabalhos citados anteriormente fica evidente que os três possuem um número mais expressivo de profissionais do sexo feminino trabalhando nas distintas instituições de saúde, mesmo com populações distintas, visto que uma analisa apenas os atendimentos da enfermagem e os outros trabalham com médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Sendo assim, há um maior quantitativo de profissionais do sexo feminino.

“Quanto à faixa etária, nas três instituições da Cidade de Cruz Alta houve predominância da faixa etária de 23-30 anos, com 38%. Já em relação à categoria profissional, 59% eram técnicos de enfermagem, seguidos de 29% sendo enfermeiros e 12% compreendendo médicos” (Cocco, Silva, Jahn, 2008)

Com relação à faixa etária os dados obtidos na pesquisa referentes à enfermagem em uma instituição privada no Distrito Federal presente no quadro 1, coincidem com a faixa etária obtidas na pesquisa realizada nas instituições da cidade de Cruz Alta, onde as maiorias dos entrevistados têm de 20 a 30 anos.

Quadro 1- Faixa etária dos enfermeiros entrevistados

Idade	Profissionais	Percentual
Entre 26 e 30 anos	7	50%
Entre 31 e 40 anos	6	42,85%
Acima de 40 anos	1	7,15%

Fonte: DF/2007 (SOBRAL, 2007).

No entanto, a pesquisa realizada no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) localizado em Boa Vista, Roraima, único hospital específico para o atendimento pediátrico no Estado, apresenta um resultado diferente do encontrado nas duas instituições anteriores, visto que nessa pesquisa a faixa etária predominante varia entre 31 á 35 anos. Ver quadro 2.

Quadro 2: Distribuição dos profissionais de saúde segundo, idade, sexo.

VARIÁVEIS		Médico	Enfermeiro	Aux./ técnico	A.Social	Psicólogo	Total
		N%	N%	N%	N%	N%	N%
FAIXA ETÁRIA	16-21	00 0,00	00 0,00	02 1,30	00 0,00	00 0,00	02 0,85
	21-25	04 10,50	06 17,10	15 10,00	00 0,00	00 0,00	20 10,64
	26-30	05 13,20	11 31,40	38 25,30	01 14,30	03 60,00	58 24,68
	31-35	11 28,90	08 22,90	43 28,70	01 14,30	00 0,00	63 26,81
	36-40	06 15,80	04 11,40	30 20,00	03 42,90	00 0,00	43 18,30
	41-45	06 15,80	03 8,60	14 9,30	00 0,00	02 40,00	25 10,64
	46-50	04 10,50	00 0,00	06 4,00	01 14,30	00 0,00	11 4,68
	51-55	01 2,60	03 8,60	01 0,70	01 14,30	00 0,00	06 2,55
	56-60	01 2,60	00 0,00	01 0,70	00 0,00	00 0,00	02 0,85
	Total	38 100,00	35 100,00	150 100,00	07 100,00	05 100,00	235 100,00
SEXO	Feminino	18 47,37	28 80,00	122 81,33	06 85,71	05 100,00	179 76,17
	Masculino	20 52,63	07 20,00	28 18,67	01 14,29	00 0,00	56 23,83,
	Total	38 100,00	35 100,00	150 100,00	07 100,00	05 100,00	235 100,00

Fonte: (LIMA, 2007)

Fazendo uma análise das categorias profissionais citadas em alguns dos trabalhos nota-se a predominância de cinco delas, técnicos e auxiliares em enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais, em alguns trabalhos houve entrevistas com umaconselheira tutelar e com professores. Estas categorias são escolhidas pelos pesquisadores

por serem aqueles que no ambiente hospitalar lidam, mais diretamente com os casos de abuso sexual, pois muitos deles trabalham em escalas de plantões matutinos, vespertinos e noturnos. Sendo as unidades hospitalares uma das portas de entradas para situações de violência sexual.

Os resultados referentes à pesquisa realizada nas instituições hospitalares na cidade de Cruz Alta mostram que a equipe multidisciplinar era constituída das seguintes categorias profissionais: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, achados similares às outras pesquisas citadas neste trabalho. No entanto, houve a inserção de algumas categorias profissionais no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), e no IPPMG onde foram entrevistados mais profissionais, tais como: psicólogos, assistentes sociais e conselheira tutelar.

As semelhanças e diferenças das equipes são atribuídas às características do local e ao contexto do estudo. Diante disto, é necessário incluir outras categorias profissionais no atendimento, pois a complexidade do fenômeno e as consequências psicológicas, emocionais e físicas na criança, na família e na sociedade requerem atendimento multiprofissional e qualificado que vão de encontro com as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência. Entretanto esta constatação não foi percebida em algumas pesquisas já que tinham equipes constituídas apenas pela enfermagem e medicina, não havendo a inserção de uma psicóloga, pedagoga ou assistente social (COCCO, SILVA, JAHN, 2008).

O Ministério da Saúde recomenda que são necessários de 15 a 23 profissionais, considerados indispensáveis, no atendimento a vítimas de abuso sexual nos hospitais de referência. Isto por que o atendimento de crianças vítimas de violência não se limita a um só profissional e a atuação conjunta entre estas categorias torna mais seguro os encaminhamentos desses casos. Na medida em que a complexidade da abordagem da situação requer uma busca compartilhada de conhecimento com vistas à elaboração de programas que atuem eficazmente no diagnóstico, tratamento e encaminhamento do fenômeno (Cocco, Silva, Jahn, 2008). Neste sentido tem de haver uma maior integração da equipe multiprofissional já que a maioria deles vivencia conflitos de ordem técnica assistencial, política, administrativa e ética.

3.2- Perfil das vítimas de Violência Sexual.

Diante do material apresentado nos demais trabalhos selecionei alguns gráficos e quadros fornecidos por eles para realizar uma comparação referente aos números de atendimentos

efetuados pelas diferentes instituições de saúde. Assim serão abordados o sexo e a faixa etária das crianças vítimas de abuso sexual e o tipo de violência mais frequente.

Os dados aqui expostos são referentes aos atendimentos realizados pelo Hospital Pérola Byington, especializado no atendimento das vítimas de violência sexual em São Paulo, no período entre 2006 a 2010 (até junho deste ano), apresentando a frequência e a porcentagem, por sexo, desses atendimentos.

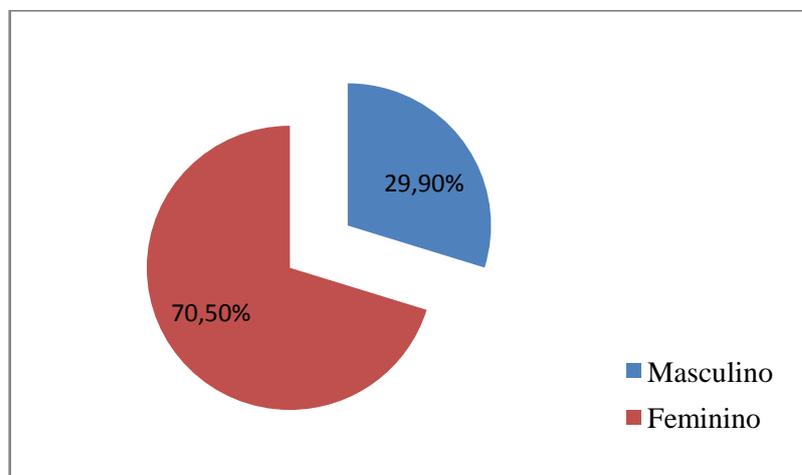
Quadro 03: Frequência e porcentagem de atendimento no Hospital Pérola Byington, no período de 2006 a 2010 (até junho inclusive), por ano e por sexo.

Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Feminino	1725	1692	2024	2339	1068	8848
Masculino	195	234	306	384	199	1318
Total	1920	1926	2330	2723	1267	10166

Fonte: Núcleo do Serviço Social do Hospital Pérola Byington

De acordo com o quadro três a maioria dos atendimentos é do sexo feminino. Observa-se também que houve um aumento no número de atendimentos oferecido pelo hospital, o que corrobora a mesma tendência indicada pelos dados do Departamento de Polícia Judiciária da Capital (DECAP) e das Informações Criminais (INFOCRIM-SSP) (Hospital Perola Byington).

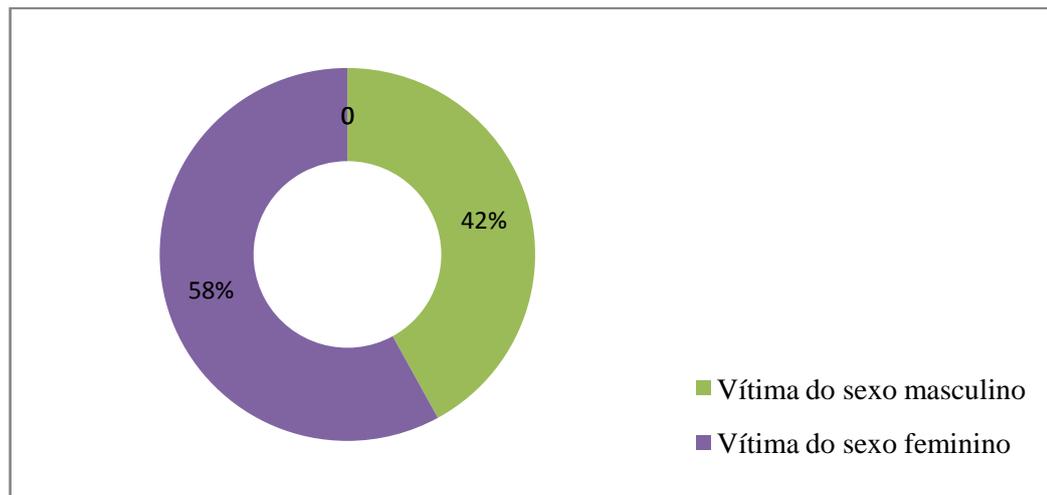
Gráfico 2 : Distribuição das vítimas de abuso sexual atendidas no AF, segundo sexo. Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N=129).



Fonte: (Ferreira, 2002)

O gráfico 2 é referente à pesquisa realizada no IPPMG, mais exatamente no Ambulatório da Família e tem como objetivo mostrar um panorama da situação apresentada à equipe do AF, através do perfil das crianças atendidas pelo mesmo. Neste gráfico nota-se que há uma predominância do sexo feminino, sendo em menor número o sexo masculino.

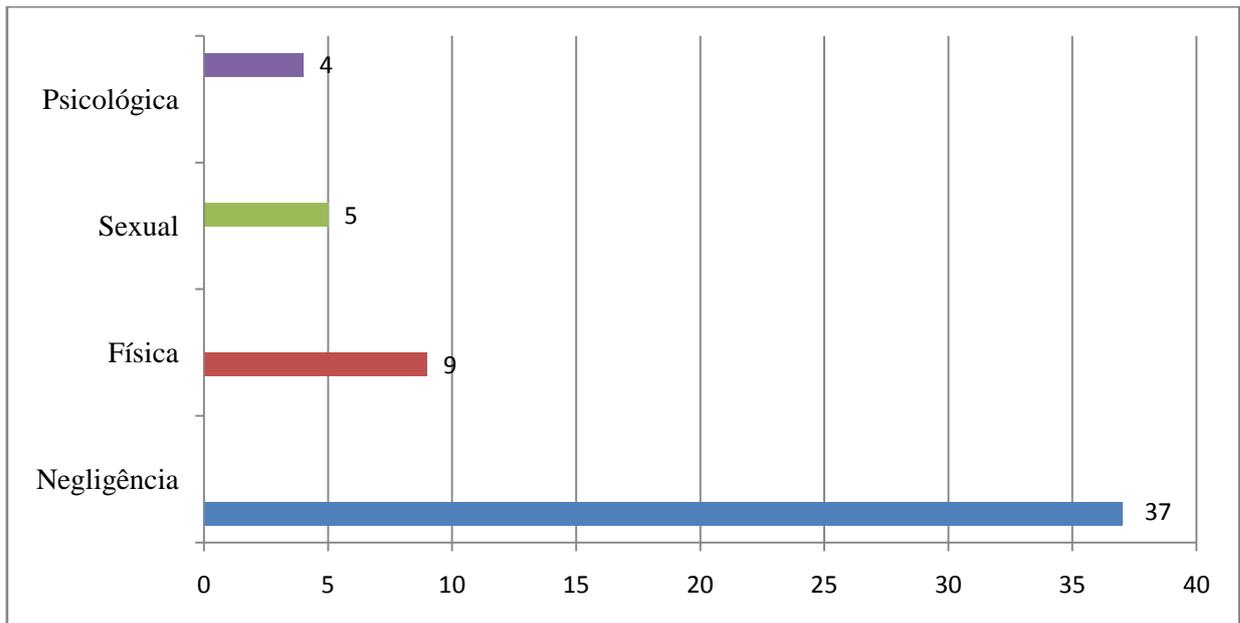
Gráfico 3: Distribuição de vitimização por sexo.



Fonte: / HMFST (Gama, 2009)

Os dados referentes ao gráfico 3 foram retirados da pesquisa realizada no Hospital Municipal Francisco da Silva Teles(HMFST)/“ Pam de Irajá”, instituição pública gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ), Localizada no Bairro de Irajá. (Gama, 2009). Nesta pesquisa foram analisadas 50 Fichas de Notificação de Violência, Suspeitas ou Comprovação de Maus Tratos contra Crianças e adolescentes emitidas no Período de 2004 á 2008 no Hospital Francisco da Silva Teles. De acordo com o gráfico, 29 (58%) são vítimas do sexo feminino e 21 (42%) do sexo Masculino. É possível perceber que há uma maior incidência de vítimas femininas, porém esses números se aproximam dos casos ocorridos com vítimas do sexo masculino o que causa discrepância com os dados obtidos nos dois gráficos citados anteriormente onde há um número muito mais elevado de vítimas do sexo feminino. Estes dados corroboram com as análises de Azevedo e Azevedo e Guerra (1989), Morgado (2012) e Saffioti (1989) explicitados no capítulo 2 deste trabalho, que indicam que as crianças do sexo feminino são as que mais sofrem abuso sexual.

Gráfico 4: Incidência quanto ao tipo de maus tratos estudados no Período da pesquisa.



Fonte: / HMFST (Gama, 2009)

O gráfico 4 também referente a pesquisa realizada no Hospital Municipal Francisco Silva Teles (HMFST) está relacionado aos tipos de maus tratos mais comuns evidenciados nas Fichas de notificações analisadas pela autora. Quanto a isso fica claro uma maior predominância da negligência 37 (74%) como violência mais cometida contra crianças, sendo seguida da violência física 9 (18%), da violência sexual 5 (10%) e da violência psicológica 4 (8%) . (Gama, 2009).

Neste sentido fica claro que a violência sexual teve um índice bem menor do que as relacionadas à violência física e a negligência. Houve um grande desnível relacionado à violência sexual. Estes dados vão de encontro à discussão realizada por Saffioti (1989), no capítulo anterior com relação à vitimização e a síndrome do pequeno poder onde o adulto, homem, se utiliza do seu poder e da sua força para infringir violência física e sexual contra a criança.

Quadro 4: Tipos de violências infligidas às crianças no CREAS Centenário

Tipo	Usuários
Abuso sexual	5
Abuso sexual + Violência psicológica	2
Abuso sexual + Violência Física	4

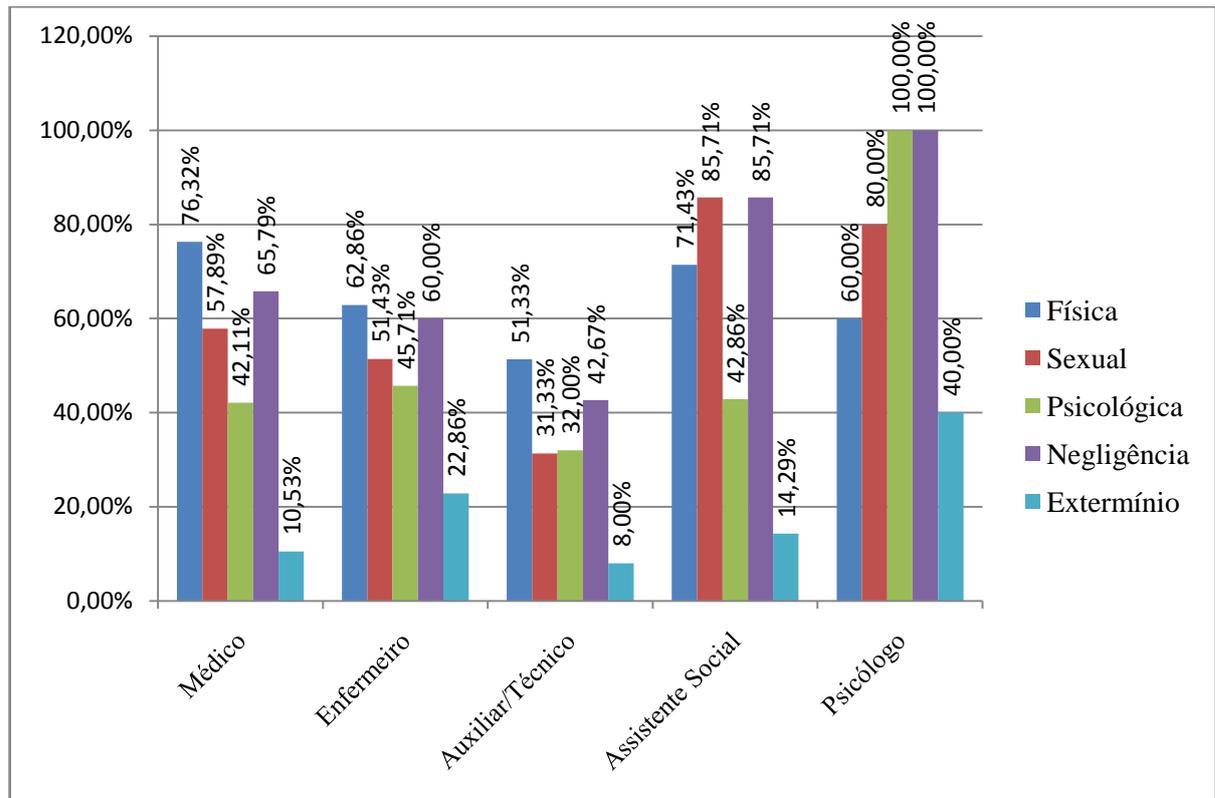
Fonte: (Fernandes, 2012)

O quadro acima faz referência a pesquisa realizada no “CREAS localizado em um bairro próximo ao centro de Duque de Caxias, denominado Centenário. Este equipamento faz parte do Complexo de Assistência Social (CAS) de Duque de Caxias, relacionados ao Conselho Tutelar, o Centro de Referência para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica” (FERNANDES,2012, p.64). Foram analisados 11 prontuários neles estavam contidos a:

“faixa etária da suposta vítima de abuso sexual, faixa etária do suposto autor da violência sexual, ano em que ocorreu a violência, localidade em que ocorreu a violência, modalidade da violência(abuso sexual intrafamiliar ou extrafamiliar), relação familiar com a vítima, serviço que encaminhou a família para o CREAS.(FERNANDES,2012, p.71)

Como é possível notar, o abuso sexual aparece em primeiro lugar, sendo seguida do abuso sexual vinculado a violência psicológica e física. Isto está relacionado ao fato da violência sexual sempre vir acompanhada de outro tipo de violência, o que causa um sofrimento a mais para a vítima. Nestas situações a violência psicológica quase sempre se faz presente, possibilitando que o agressor faça ameaças em relação à família da criança/adolescente e/ou ao seu próprio bem estar. Quanto a isto Faleiros (2003), sinaliza em discussão no capítulo anterior, que o abuso sexual seria um relacionamento interpessoal sexual forçado, sendo precedido de outros tipos de violência como a física. Porém outros autores discordam porque a palavra força faz referência à agressão física e nem todos os agressores se utilizam do abuso físico durante o ato abusivo.

Gráfico 5: Tipos de violência sexual, segundo distribuição dos profissionais de saúde.



Fonte: HCSA- BOA VISTA/RR, (LIMA, 2007)

Já na pesquisa realizada no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) em Boa Vista nota-se uma maior prevalência da violência física 139 (29,00%), de acordo com os profissionais de saúde, seguida pela negligência 121 (25,80%) e da violência sexual 97 (26,68%). No entanto, analisando cada categoria profissional separadamente nota-se que os dados são bastante divergentes, sendo que 100% (05) dos psicólogos afirmam que os tipos de violência mais identificados e mais frequentes são a psicológica e a negligência. Já os assistentes sociais informarão que as mais identificadas são a violência sexual e a negligência com um percentual de 85,71% (06) ambas. Os médicos 76,32% (29), enfermeiros 62,86% (22) e auxiliares e técnicos 51,33% (77), porém, afirmam que a violência mais identificada é a física.

Isto mostra que nem todos os profissionais estão capacitados para identificar a violência sexual, já que ela não deixa marcas evidentes como a violência física, sendo esta de mais fácil identificação entre os profissionais de saúde como um todo. A violência doméstica, mais especificamente a sexual, é de difícil identificação, sendo necessário um maior conhecimento sobre o tema e seus sintomas. Ficou claro que as assistentes sociais,

nesta pesquisa especificamente, estavam mais capacitadas e tinha um maior conhecimento sobre as questões relacionadas à violência sexual.

Quadro 5: Distribuição da clientela atendida no AF, segundo o tipo de abuso. Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N = 436 pacientes e 588 abusos)

Tipo de abuso	Número de Abusos	Percentual
Abuso Físico	170	28,9%
Abuso sexual	166	28,2%
Negligência	154	26,2%
Abuso psicológico	98	16,7%
Total	588	100%

Fonte: (Ferreira, 2002).

Os dados contidos no quadro 5 fazem referência à pesquisa realizada no IPPMG onde foram analisados 436 pacientes, sendo detectados 588 abusos. Mais uma vez o abuso físico se mostrou mais visível do que o abuso sexual, no entanto é possível perceber que o abuso sexual foi seguido de outros tipos de violência, visto que o número de abusos é mais elevado que o número de pacientes, isto fica mais claro na tabela abaixo, onde o abuso sexual foi seguido pelo físico, pela negligência e pelo psicológico. Também foi possível notar que o abuso sexual em alguns casos vinha seguido de dois ou mais tipos de violência. Como apresentado no quadro abaixo.

Quadro 6: Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo associação com outros tipos de abuso. Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N=40 pacientes).

Tipo de Associação	Número de Pacientes
Abuso sexual + físico	9
Abuso sexual + negligência	6
Abuso sexual + psicológico	13
Abuso sexual + físico + psicológico	3
Abuso sexual + físico + negligência	4
Abuso sexual + psicológico + negligência	4
Abuso sexual + físico + psicológico + negligência	1

Total	40
--------------	-----------

Fonte: (Ferreira, 2002)

Houve outra pesquisa realizada no Ambulatório da Família (AF) componente assistencial do Núcleo de Atenção a Criança Víctima de Violência no IPPMG do mês de julho a agosto de 2010. Esta teve como “objetivo analisar o processo de notificação dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, tendo como observatório o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG)” (OLIVEIRA, 2011, p.5).

Nesta pesquisa foram analisados “24 prontuários de pacientes atendidos pelo AF entre os meses de Julho e Agosto de 2010. Dos 24 casos notificados, vinte e dois pacientes eram crianças entre 4 a 10 anos e dois pacientes adolescentes” (Oliveira, 2011, p.71). Em relação ao sexo, 11 pacientes eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino, o que vai ao encontro aos dados apresentados em outras pesquisas já citadas neste trabalho.

Oliveira (2011) aponta que dos 24 pacientes 15 foram vítimas de abuso sexual; 5 pacientes sofreram violência física e psicológica; 2 pacientes sofreram abuso sexual e violência física; 1 paciente sofreu abuso sexual e negligência; 1 paciente sofreu violência física. “*Vale à pena considerar que a ocorrência de um tipo de violência em geral está associada a outras, mesmo que não seja referida como a principal*” (Oliveira, 2011, p.71).

Quadro 7– Abuso sexual associado a outros tipos de abuso.

Tipos	Número de Pacientes
Abuso sexual	15
Abuso sexual + violência física	2
Abuso sexual + negligência	1
Violência física	1
Violência física + psicológica	5
Total	24

Fonte: (Fernandes, 2012)

Neste sentido, é possível realizar comparação com o quadro 7 do CREAS Centenário, onde também existe um acúmulo de vários tipos de abuso.

Outro fator importante neste trabalho é a faixa etária das crianças envolvidas nos casos de violência sexual. Sendo assim, foram separados alguns dados referentes à idade das vítimas e quando o abuso sexual começou a ocorrer.

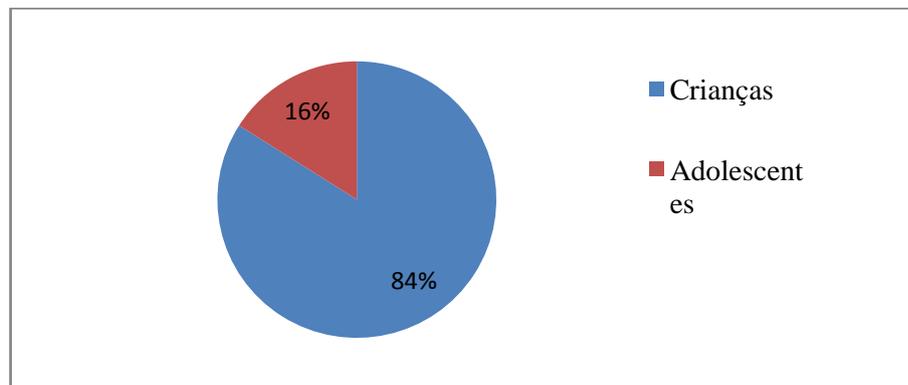
Quadro 8: Frequência e porcentagem de atendimento no Hospital Pérola Byington, de 2006 á 2010 (até junho inclusive), por idade e faixa etária.

Faixa Etária	2006	2007	2008	2009	2010	Total	%
0 a 11 anos	805	846	1103	1379	684	4817	47,4
12-17 anos	540	517	668	798	376	2899	28,5
Maiores de 18 anos	573	563	559	546	207	2448	24,1
Total	1918	1926	2330	2723	1267	10164	100,0

Fonte: Núcleo do Serviço Social do Hospital Pérola Byington.

Segundo estes dados, a maior parte dos atendimentos é prestada para crianças de até 11 anos de idade. Interessante notar que parece haver uma tendência de aumento do número dos atendidos durante o período examinado, dos pacientes menores de 18 anos.

Gráfico 6: Incidência de Maus- tratos levando em consideração a faixa etária da criança “PAM IRAJÁ”



Fonte: (Gama, 2009).

Os dados acima apresentam uma maior porcentagem de crianças vítimas de maus tratos de acordo com Gama (2009) onde 84% (42) dos maus – tratos notificados são contra crianças entre 0 a 12 anos, enquanto, 16% (8) são contra crianças entre 13 e 17 anos. Esses dados são alarmantes, pois 20 (40%) dos casos notificados são entre crianças de 0 a 2 anos de idade. Isso prova o quanto à qualificação e o olhar do profissional são de extrema importância para a descoberta do abuso, uma vez que nessa idade as crianças não podem

verbalizar o ato sexual. Questões sobre a atuação profissional e a qualificação diante dos casos de abuso e as condutas realizadas pelos profissionais serão discutidas no capítulo a seguir que servirão de embasamento teórico para alguns resultados analisados neste capítulo.

Quadro 9: Comparação das vítimas atendidas no AF em relação à ABRAPIA

Faixa Etária	Amb. Família (abr/96 a set/00) N= 129 casos	ABRAPIA* (1998) N= 121 casos
< 2 anos	3,9%	–
2 a 5 anos	36,5%	41,3%
6 a 10 anos	45,2%	28,1%
11 a 15 anos	13,4%	25,6%
16 a 18 anos	1,6%	5%

*Relatório de atividades do ano de 1998 (ABRAPIA, 1999)

Fonte: (Ferreira, 2002)

O que podemos observar é que ambas os estudos apontaram para um número maior de atendimento a crianças entre 0 e 13 anos. Importante frisar que ambas as pesquisas que foram realizadas no AF no IPPMG, mesmo em anos diferentes apresentam uma maior porcentagem de vítimas de abuso sexual entre 0 e 10 anos. O fato de o IPPMG ter um número mais expressivo de atendimento entre crianças é explicado pelas limitações na capacidade do Serviço de Adolescentes do hospital em atender à demanda e também ao fato de existir limite máximo de idade (13 anos incompletos) para atendimentos na Emergência e para internação nas enfermarias. Estes fatores contribuem para a diminuição dos atendimentos dos adolescentes, posto que a maioria das demandas provém de atendimentos internos. (FERREIRA, 2002).

Quanto a isso Morgado (2012) sinaliza que as meninas são as maiores vítimas em caso de abuso sexual, sendo a faixa etária compreendida entre 7 e 13 anos de idade, confirmando a argumentação de Saffioti de que “a preferência por crianças aponta para o abuso sexual enquanto afirmação de poder e não com resultado de uma pulsão sexual irreprimível” (SAFFIOTI, 1997 *apud* MORGADO, 2012, p. 63).

Estes números não coincidem com os dados obtidos no Mapa da Violência de 2012, que abarca uma pesquisa mais ampla realizada nos Pais inteiro onde são entre os 15 e os 19 anos que os índices femininos atingem sua máxima expressão: 93,8%. Os números não coincidem, pois os dados retirados dos estudos que tive como bases foram realizadas em sua

maioria em hospitais cujo atendimento é voltado para a infância, não representando o universo das violações. Neste sentido se difere do Mapa da Violência que tem como base o SINAN e corresponde a todo território nacional.

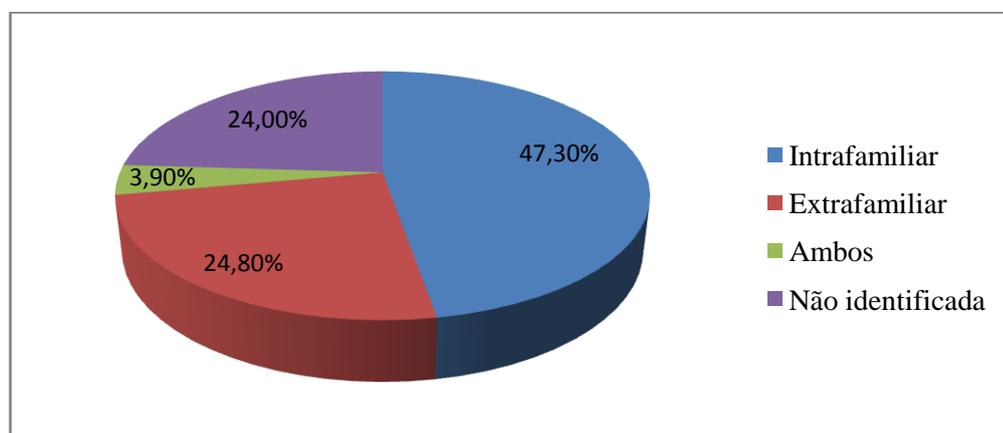
De acordo com o último gráfico analisado é possível perceber que a ABRAPIA não teve nenhum relato de vítimas abaixo de dois anos de idade. Isso ocorre porque crianças nesta faixa etária não possuem capacidade para relatar o abuso sendo as suspeitas mais relacionadas às alterações físicas e comportamentais o que obriga a família a procurar os profissionais de saúde, que podem então suspeitar do abuso sexual.

As diferentes formas de captação dos casos desses dois serviços (um principalmente por denúncia anônima e o outro pela procura espontânea dos responsáveis ou encaminhados por profissionais de saúde) podem influenciar na maior ocorrência dessa faixa etária num serviço de saúde. Ou seja, como um dos serviços é feito por denúncia fica mais complicado haver crianças nessa idade já que a maioria das descobertas é feita nos hospitais. Essa afirmação pode ser evidenciada através das tabelas anteriormente citadas que mostram um índice elevado de crianças nesta faixa de idade que foram vítimas de abuso.

3.3- Relação do agressor com a vítima.

Os profissionais de saúde são aqueles responsáveis em confirmar casos de violência sexual, através do trabalho realizado com as vítimas e suas famílias. Assim eles conseguem classificar e caracterizar os tipos de violência mais perpetrados as crianças, identificando-as em intrafamiliar ou extrafamiliar.

Gráfico 7: Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo a relação do agressor com a vítima. Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=129)

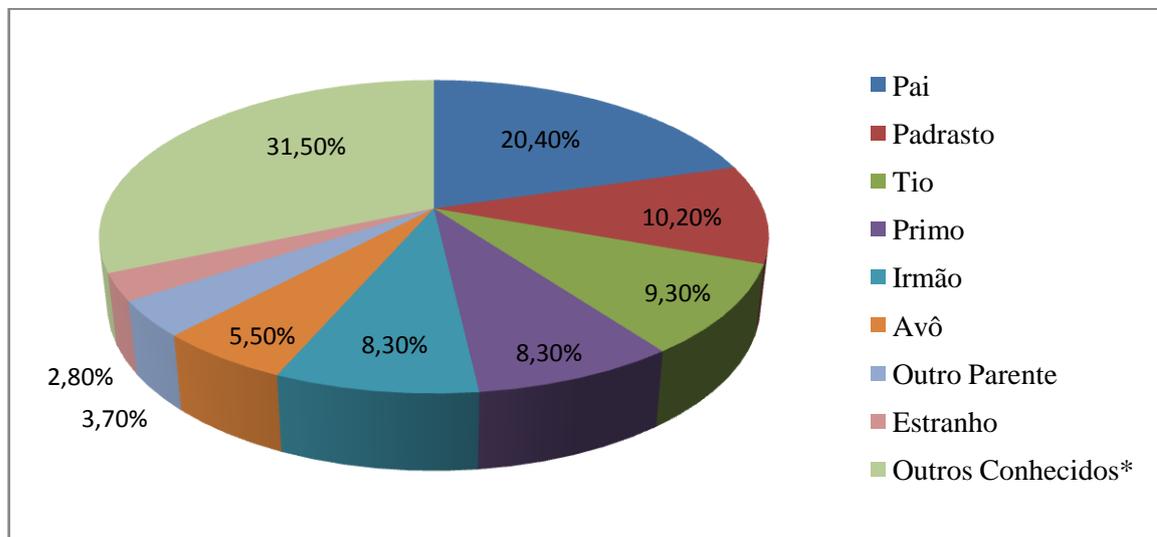


Fonte: (Ferreira 2002).

O gráfico 7 mostra a distribuição dos casos de abusos sexual atendidos no AF no IPPMG, fazendo relação com os tipos de agressores. A relação do agressor com a vítima não pôde ser identificada em 24% dos casos pelo fato de não haver suspeitos. Estas situações são encaminhadas ao ambulatório da Família pelos profissionais de saúde devido às alterações físicas e comportamentais condizente com o abuso sexual. Nesta ocasião não há suspeitos porque a denúncia não foi proveniente dos familiares o que torna impossível identificar se o abuso foi intrafamiliar ou extrafamiliar:

“Em 47,3% o abuso foi intrafamiliar; em outros 24,8%, o agressor não pertencia à família da vítima, sendo considerado assim abuso extra-familiar, e em 3,9%, houve relato de abuso intra e extra-familiar concomitantemente ou em períodos diferentes” (Ferreira, 2002, p. 94).

Gráfico 8: Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo o grau de familiaridade do agressor com a vítima. Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=108 agressores)



* Outros conhecidos: vizinhos, colegas de colégio, babá, amigos da família.

Fonte: (Ferreira 2002).

O gráfico 8 irá mostra a relação do agressor com a vítimas já que houve uma maior porcentagem em relação a violência intrafamiliar. Neste gráfico temos a distribuição dos agressores, segundo sua familiaridade com a vítima, nos 98 casos em que esta identificação foi possível. Ferreira(2002) sinaliza que houve mais de um agressor para uma única vítima, efetuando um total de 108 agressores.

Uma questão a ser frisada nos resultados do gráfico acima é que os pais/ responsáveis, neste período, nesta instituição, não representam a maioria dos agressores sexuais, uma vez que existe uma variedade de agressores. No entanto, mesmo os pais não sendo a maioria há uma grande porcentagem de pessoas com o mesmo vínculo consanguíneo com as vítimas o que representa o abuso intrafamiliar. Conforme já debatido no capítulo dois deste trabalho pelas autoras Saffioti (1989) e Morgado (2012).

A outra pesquisa também realizada no AF no IPPMG mostra que dos 24 casos de violência investigados, em 17 os agressores/abusadores eram membros da família, e os outros 7 casos, eram pessoas conhecidas da família, ou seja, todos os casos remetem a violência intrafamiliar (OLIVEIRA, 2011).

Isso mostra que mesmo havendo uma diferença em relação ao período das pesquisas no AF, há uma maior porcentagem do número de violência intrafamiliar, isto ocorre devido às características do IPPMG, que atende predominantemente crianças numa faixa etária ainda muito dependente dos familiares. Nesse aspecto, fica claro a importância da denúncia por parte da família. Furniss (1993), no capítulo anterior deste trabalho, aponta que as mães são as que mais denunciam, quando não são cúmplices dos abusos cometidos contra a criança.

No CREAS Centenário dos 11 casos analisados “em sua maioria, as vítimas conheciam o agressor e mantinham relações de afetividade com ele, sendo 8 prontuários a modalidade de abuso sexual intrafamiliar e 3 prontuários de abuso sexual extrafamiliar”. (FERNANDES, 2012).

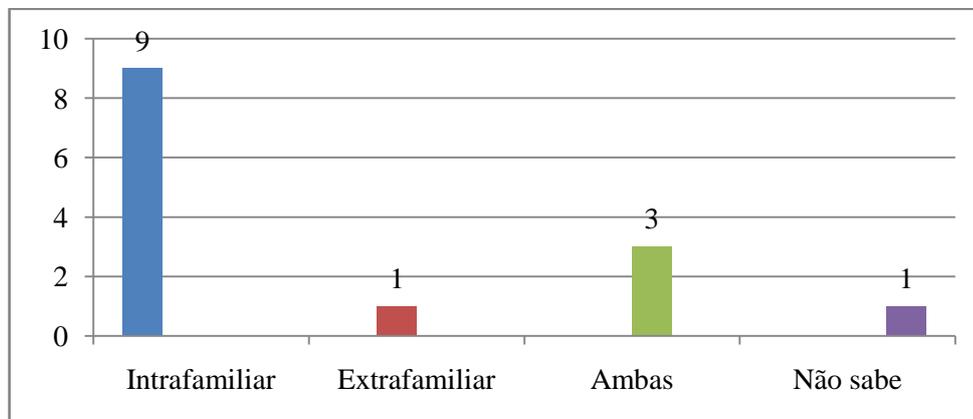
Quadro 10: Classificação do abuso sexual x Agressor CREAS Centenário/ Duque de Caxias.

Tipo de Abuso Sexual	Agressor	Usuários
Intrafamiliar	Avô	2
Intrafamiliar	Padrasto	2
Intrafamiliar	Pai	1
Intrafamiliar	Primo	1
Intrafamiliar	Tio	1
Intrafamiliar	Irmão	1
Extrafamiliar	Vizinho	1
Extrafamiliar	Amigos do Namorado	1
Extrafamiliar	Desconhecido	1

Fonte: (Fernandes, 2012).

Diante dos resultados encontrados no CREAS fica evidente que a violência intrafamiliar é a mais frequente e que nem sempre é realizada pelos pais, coincidindo com os dados das pesquisas anteriores, onde os irmãos, avós, primos e tios são juntos os maiores responsáveis pelo abuso perpetrado às crianças. A respeito, Azevedo e Azevedo e Guerra (1989) argumentam que o abuso vitimização sexual possibilita a conceituação de dois tipos de abuso sendo um deles o incesto onde o agressor pode ser qualquer pessoa responsável pela criança.

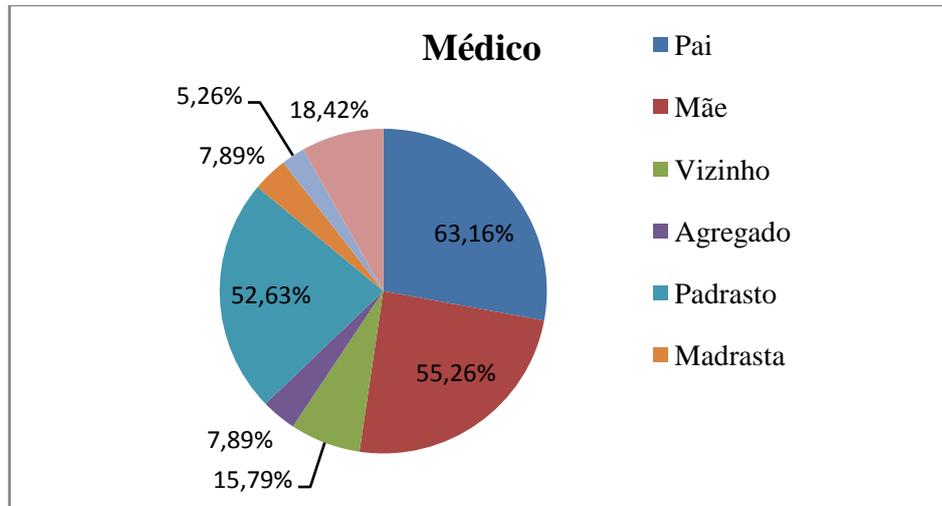
Gráfico 9: Intrafamiliar, extrafamiliar ou ambas: a violência mais prevalente na visão dos entrevistados.



Fonte: (Sobral, 2007)

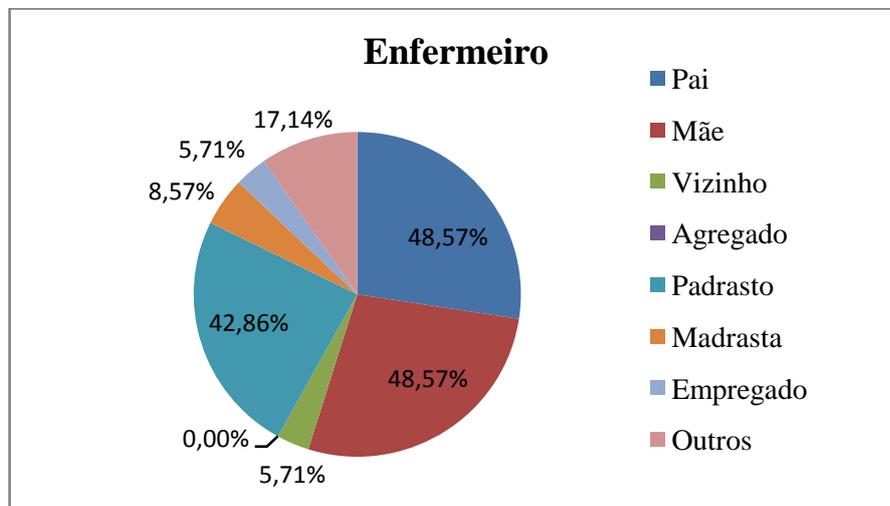
O gráfico referente à pesquisa realizada no Hospital privado do Distrito Federal apresenta que (64,28%) dos profissionais entrevistados afirmaram que a violência sexual contra crianças ocorrem com pessoas que possuem o mesmo laço consanguíneo. Mais uma vez os dados confirmam que a violência familiar é a mais cometida contra crianças (Sobral, 2007).

Gráfico: 10 –Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a busca da identificação dos agressores identificados.



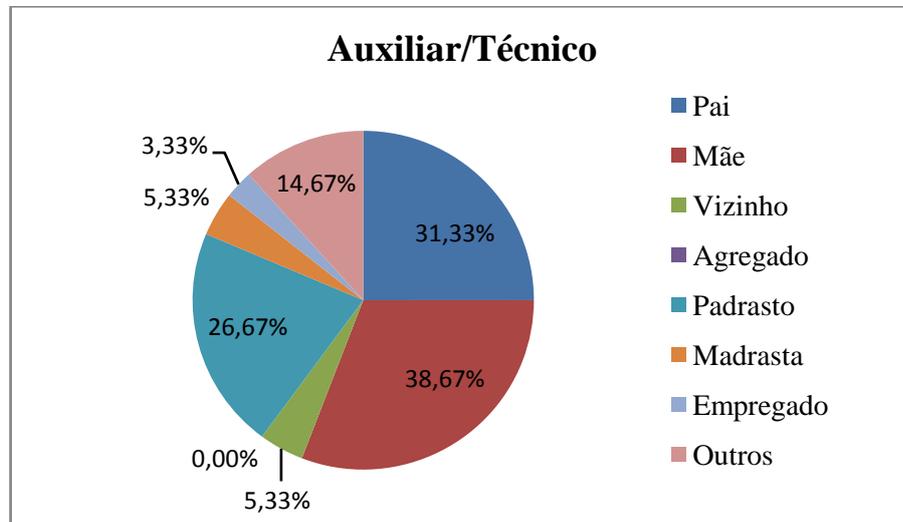
Fonte: HCSA-BOA VISTA/RR, (Lima, 2007).

Gráfico: 11–Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a busca da identificação dos agressores identificados.



Fonte: HCSA-BOA VISTA/RR, (Lima, 2007).

Gráfico: 12–Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a busca da identificação dos agressores identificados.



Fonte:HCSA-BOA VISTA/RR(Lima, 2007).

Os dados retirados da pesquisa realizada no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) localizado em Boa Vista Roraima, nos oferece um panorama da distribuição dos profissionais de saúde segundo a identificação dos agressores. Os dados a seguir foram analisados de acordo com cada categoria profissional (médicos, enfermeiros, auxiliares técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos) que contabilizam total de 235 profissionais.

Gráfico: 13- Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a busca da identificação dos agressores identificados.

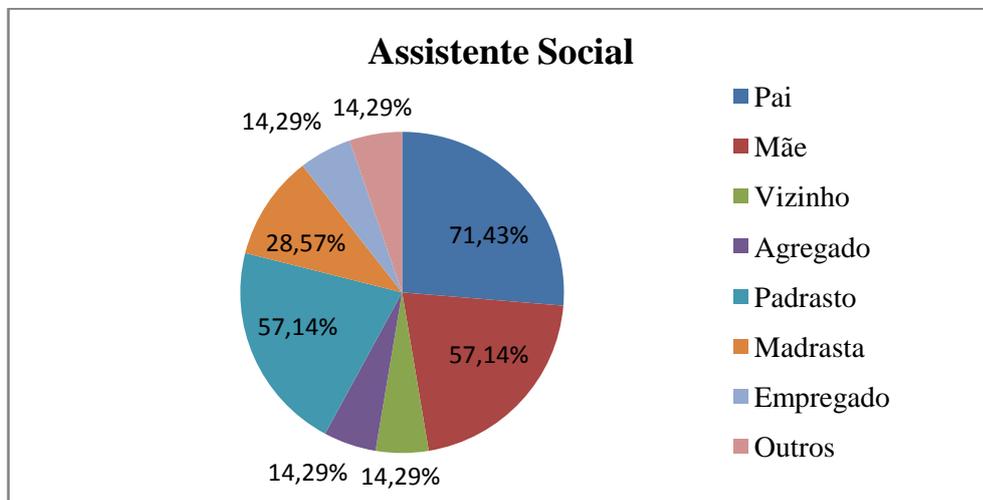
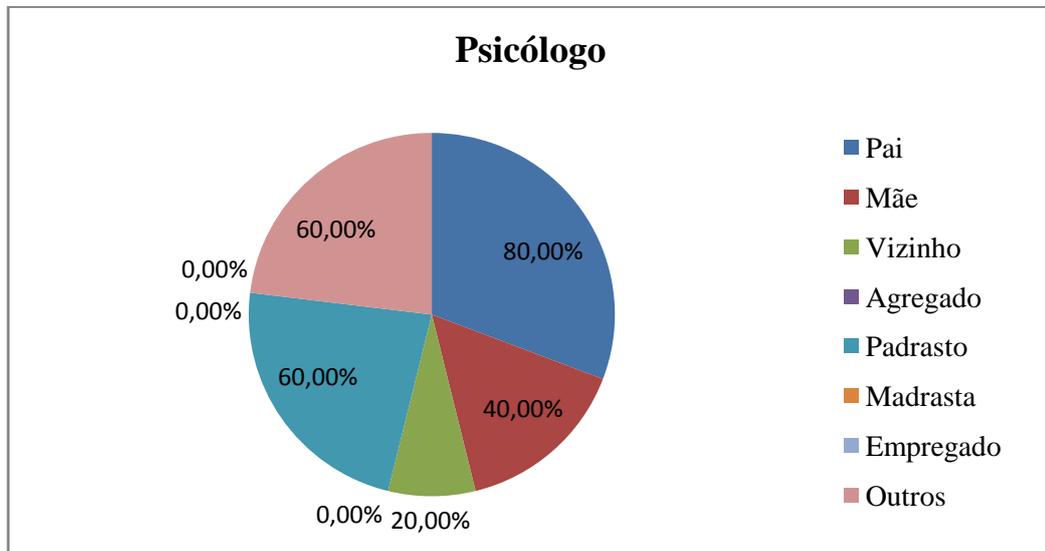


Gráfico: 14 -Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a busca da identificação dos agressores identificados



Fonte: HCSA-BOA VISTA/RR, (Lima, 2007).

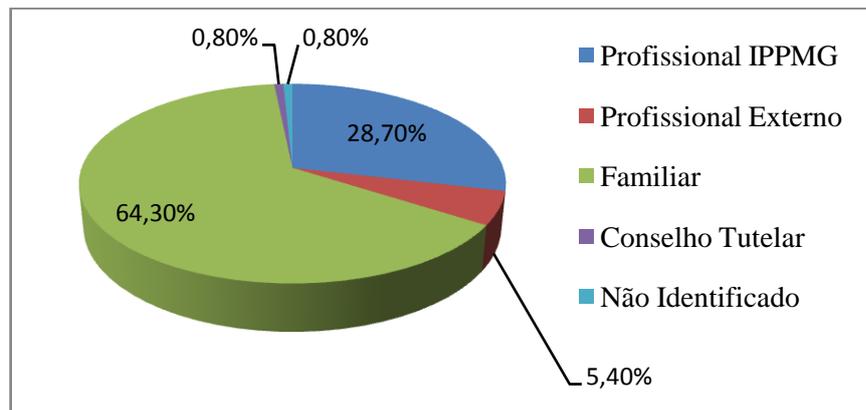
Lima (2007), afirma que 91,57% (163) dos profissionais buscaram identificar os agressores das vítimas de violência, sendo estes 100% (05) dos psicólogos, 94,12% (32) dos médicos, 92,86% (26) dos enfermeiros, 90,48% (95) dos auxiliares e técnicos de enfermagem e 83,33% (05) dos assistentes sociais.

De acordo com os gráficos 10,11,12 o pai foi identificado como o maior agressor na opinião de 80% (04) dos psicólogos, 71,43% (05) dos assistentes sociais e 63,16 (24) dos médicos. Já o gráfico 12 aponta a mãe como principal agressora na visão dos 38,67 (58) dos auxiliares de enfermagem e no gráfico 11 a mãe e o pai tem a mesma proporção para os enfermeiros com 48,57% (17) cada.

Esses dados se diferem dos anteriores, onde a mãe e o pai não se encontraram como os principais agressores de violência sexual, os dados aqui apresentados não são especificamente sobre violência sexual e sim sobre a violência doméstica como um todo, abordando também a física, psicológica e a negligência. Mas mesmo havendo tais divergências dos dados anteriormente citado nas pesquisas acima fica nítido que a violência aqui apresentada se trata da intrafamiliar, posto que ocorre com membros da família.

3.4- Classificação e categorização dos casos violência sexual segundo as condutas adotadas pelos profissionais.

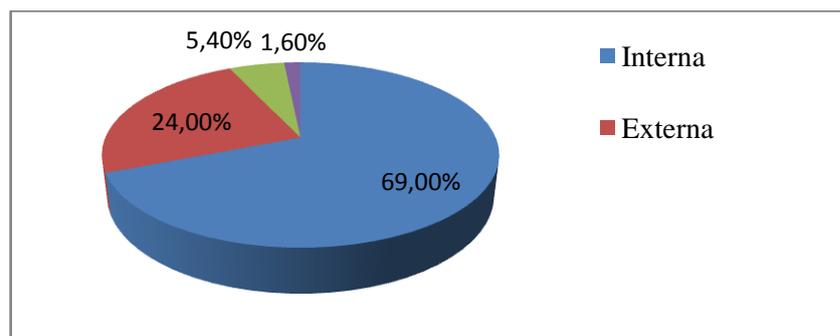
Gráfico 15: Distribuição das situações de abuso sexual atendidas no AF, segundo a origem da suspeita. Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N=129)



Fonte: (Ferreira, 2002).

Outro fator importante para a discussão proposta neste trabalho está relacionado às suspeitas em relação ao abuso sexual, o gráfico acima mostra que a família tem sido a principal responsável pelas denúncias de abuso sexual. É interessante notar que a preocupação em relação a uma possível ocorrência de abuso sexual tem surgido dentro da própria família. Este dado aponta para uma tomada de consciência dos familiares em relação à necessidade e à possibilidade de modificar a situação, quebrando o silêncio e buscando atendimento a fim de ajudar as vítimas. Conforme já debatido no capítulo dois, autores como Furniss(1993), Morgado (2012) e Oliveira(2011) discorrem sobre a questão dos familiares serem os principais responsáveis pela denúncia e como quebrar a questão do segredo e do silêncio.

Gráfico 16: Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo a origem da demanda. Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N=129).



Fonte: (Ferreira, 2002)

De acordo com o gráfico acima, a maior demanda de atendimentos nos casos de abuso sexual segue sendo via demanda interna apresentando 69,00% dos casos, sendo a demanda externa a segunda maior com um percentual de 24,00%, seguida da demanda espontânea com 5,4%. Segundo Ferreira (2002) a “demanda externa representa os encaminhamentos vindos de outras unidades de saúde, dos Conselhos Tutelares ou de instituições do poder judiciário (Varas da Família, Promotorias, Juizados da Infância e da Juventude) e a demanda espontânea é aquela na qual o responsável buscou direta e espontaneamente o AF, sem encaminhamento por parte de qualquer serviço interno ou externo”.

Esta tese de que a maior demanda provém de dentro do próprio hospital é comprovada na pesquisa realizada por Oliveira(2011), que afirma que dos 24 casos analisados, 19 foram encaminhados por profissionais das especialidades pediátricas do IPPMG (9 pela Pediatria Geral; 4 pela Dermatologia; 2 pelo Materno Infantil; 2 pela Gastroenterologia; 2 pela Ginecologia e 1 pela Endocrinologia). Os outros 5 pacientes foram encaminhados por outras instituições (2 foram encaminhados pelo Conselho Tutelar de Ramos; 1 pela Equipe Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1 pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB); e 1 pelo Serviço Social da FIOCRUZ) o que vêm corroborar com o fato da demanda externa ser a segunda colocada.

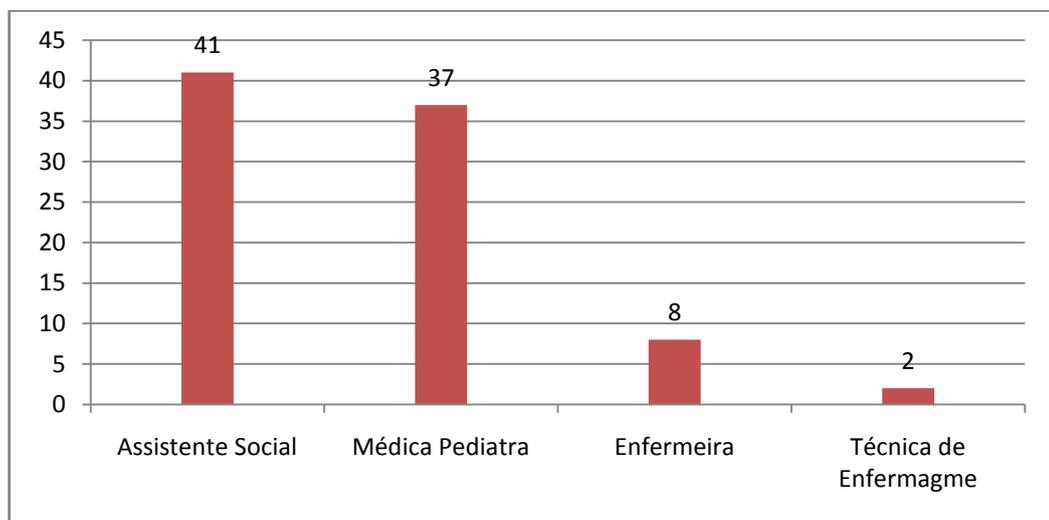
Assim, os casos de abuso sexual no IPPMG têm sido os mais notificados, sendo o mais recorrente, representando um percentual significativo dos atendimentos prestados pelos profissionais. Segundo Ferreira (2002) no período de 1996 a 2000, o abuso sexual representou 28,2% dos casos atendidos, sendo o tipo de abuso mais encaminhado para a equipe. Na visão da mesma este tipo de abuso é mais encaminhado porque:

mobiliza mais o profissional de saúde que, conseqüentemente, encaminharia mais esse tipo de abuso ao Ambulatório da Família; o IPPMG é unidade de referência, o que poderia aumentar a detecção do abuso sexual a partir de avaliações clínicas mais minuciosas dos pacientes, ao ser investigada uma grande diversidade de sinais e sintomas que se apresentam à instituição; e, por fim, muitas situações de negligência que não eram suficientemente “severas” não haviam sido assumidas pelo AF, mas pelo setor de Pediatria Geral, diminuindo relativamente esse tipo de violência no serviço em questão. (FERREIRA, 2002, p. 83)

A predominância da demanda interna nos leva a crer que um investimento em ações conjuntas intra-institucionais possa trazer bons resultados para o atendimento às vítimas no que diz respeito às ações de saúde.

A seguir será apresentado dado retirados da pesquisa da Talita Gama realizada no HMFST, já citado anteriormente. Será feita uma análise mediante os resultados obtidos por um questionário aplicado a equipe desta instituição composta por 5 profissionais de saúde, a médica pediatra, enfermeira, técnica em enfermagem, assistente social e psicóloga. Também será apresentado um gráfico referente à pesquisa da mesma com as fichas de Notificações de Maus – Tratos (50) referentes à participação dos profissionais de saúde nos casos de violência, citados anteriormente neste trabalho.

Gráfico 17: Participação dos profissionais de saúde nas notificações realizadas, segundo sua formação.



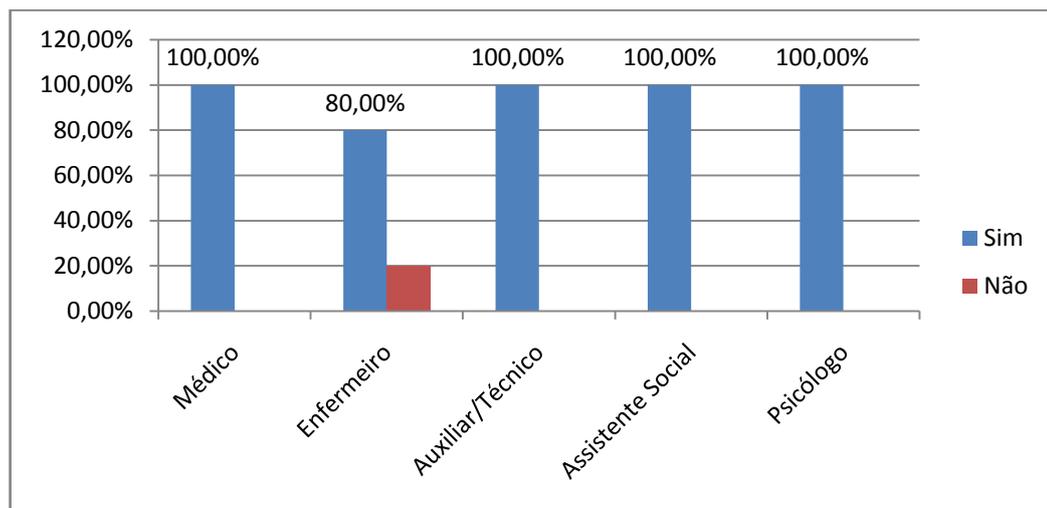
Neste gráfico fica evidente que há um maior número de assistentes sociais (41) envolvidas com as notificações sobre violência, seguidos da médica pediatra (37), da enfermeira (8) e da técnica em enfermagem (2). Neste sentido o índice de notificações realizado por assistentes sociais e médicos é bem mais expressivos do que o realizado pela enfermagem. Ou seja, deve haver uma maior atenção dos profissionais de enfermagem no diagnóstico do abuso sexual, uma maior capacitação e maior percepção sobre o tema. Isso mostra que das 50 fichas preenchidas a maioria teve a participação do serviço social e da medicina.

Para a maioria dos profissionais que trabalham nesta área, a violência sexual, mais especificamente o abuso sexual contra crianças, pode ser considerado um terreno extremamente complexo e desafiante, sendo necessário o rompimento das estruturas consideradas tradicionais. Esta é uma zona de perigo para certos profissionais da saúde que precisam estar preparados para lidar com qualquer tipo de situação. Uma delas é a de

trabalhar em equipe, com diferentes profissionais que pertencem a distintas áreas e que possuem diferentes tarefas (FURNISS, 1993).

Estudo realizado nas três instituições localizado na cidade de Cruz Alta, constituída de 34 profissionais, revela que 91,66% dos sujeitos sabem da existência da Ficha de Notificação Compulsória para casos de maus tratos e violência contra crianças nas instituições. “No que tange à responsabilidade pelo seu preenchimento, salienta-se que 66,66% dos sujeitos responsabilizaram o médico, seguidos de 25% que atribuem a tarefa ao enfermeiro, 37,5%, ao assistente social e 12,5%, ao médico e ao enfermeiro” (COCCO, SILVA, JAH, 2008). Nas duas pesquisas realizadas, observa-se que a maioria dos profissionais conhece a Ficha de Notificação, mas não se apropriam da função do preenchimento da mesma, atribuindo ao médico, ao assistente social e ao enfermeiro esta responsabilidade, no caso do HMFST, Irajá, a responsabilização foi direcionada para a assistente social.

Gráfico 18: Distribuição dos profissionais de saúde, segundo a capacidade de identificar os tipos de violência sofridos por essas crianças.



Fonte: HCSA, BOA VISTA/RR (Lima, 2007)

Os dados do gráfico, 18 mostram que neste estudo a maioria dos profissionais 96,22% (178) demonstrou ter qualificação para identificar os tipos de violência sofrida. Ou seja, 100% dos médicos, 100% dos auxiliares técnicos, 100% dos assistentes sociais, 100% dos psicólogos e 80% dos enfermeiros estão aptos a fazer este tipo de identificação. Quanto às categorias profissionais, observa-se que 100,00% (05) psicólogos afirmam registrar no prontuário a ocorrência, 85,71 (06) dos assistentes sociais comunicam ao Conselho Tutelar, 81,58% (31) dos médicos optam por fazer a anamnese e o exame físico, 74,29% (26) enfermeiros opta por comunicar ao serviço social e 50,00% (75) dos auxiliares e técnicos de enfermagem comunicam aos enfermeiros. Estes dados divergem dos dados do HMFST e das

instituições da Cidade de Cruz Alta quanto a qualificação para identificar e preencher as fichas de notificações.

Quanto ao fluxo do atendimento dos casos de violência a crianças e adolescentes, os resultados da Cidade de Cruz Alta mostram que 31% acionam o Ministério Público; 25% comunicam o Conselho Tutelar; 12% preenchem a ficha de notificação compulsória, comunicam ao Conselho Tutelar e prestam assistência; 6% encaminham à Assistente Social do Hospital e ao Conselho Tutelar e 6% comunicam a Assistente Social do Hospital e o serviço Especializados.(*COCCO, SILVA, JAH, 2008*).

Fica claro o reconhecimento de alguns profissionais quanto à intervenção do conselho tutelar e de outros órgãos de defesa. Percebe-se que em uma das pesquisas os assistentes sociais são os que mais recorrem ao Conselho tutelar. Já que a pesquisa realizada nas 3 instituições de Cruz Alta não teve uma distribuição por categorias profissionais não podemos afirmar quais deles recorreram ao Conselho Tutelar e qual encaminharam para a assistente social do hospital e para outros serviços especializados.

Oliveira (2003) afirma que os desafios encontrados pelos profissionais ao lidar com os casos de abuso sexual não devem ser “vivenciados isoladamente por um profissional ou uma instituição” (OLIVEIRA apud ROCHA, 2003, p. 47). Ou seja, será necessário que haja colaboração entre os autores envolvidos como a família da criança vítima de violência, os profissionais da área da medicina, psicologia e serviço social.

Esses profissionais têm de apreender e analisar os desafios impostos a eles através dos casos de abuso sexual, produzindo assim um conhecimento que venha contribuir para uma intervenção qualificada nos encaminhamentos e atendimentos dos mesmos.

4- Desafios à intervenção profissional frente ao abuso sexual.

Rocha (2003) chama a atenção para a importância de uma qualificação que permita ao profissional uma intervenção adequada diante das situações concretas.

Neste sentido Silva (2003), sinaliza a necessidade de se desenvolver capacitação qualificada dentro da universidade para os profissionais que vão intervir em situações de abuso sexual. Para tal será preciso que haja diretrizes e propostas a serem apresentadas; como a de formar profissionais que tenham um agir ético e com excelência.

Dessa maneira a Universidade deve ter como compromisso educativo ultrapassar o tecnicismo, ou seja, “as respostas prontas e fechadas que conduzem ao enquadramento das pessoas de forma repetitiva” (SILVA, 2003, p. 75). Além disso, a Universidade tem de criar e produzir condições para se investigar o novo, através da criação de saberes com as pessoas e não sobre elas. Sendo assim, os profissionais têm de ser capacitado para olhar o outro na sua dimensão de integralidade.

O profissional que atua nos casos de abuso sexual necessita de um instrumental teórico para poder diagnosticar com mais eficácia o fenômeno da violência sexual. Ao se deparar com os casos de abuso sexual o profissional deve levar em consideração os padrões de relações que vão além do ato abusivo. Ele precisa compreender a dinâmica dessa relação, apreendendo-a onde a mesma se insere, ou seja, precisa considerar “a especificidade do abuso, o singular de cada família e de cada criança atendida” (GONCALVEZ apud ROCHA, 2003, p. 46).

Furniss (1993) argumenta que o abuso sexual cometido contra crianças, além de ser “uma questão normativa e política” é uma questão clínica, sendo assim, a discussão sobre a atuação profissional e os métodos utilizados nessa atuação serão de grande importância para que haja um melhor atendimento e acompanhamento para as crianças.

Outro fator relevante é que estes profissionais precisam ter conhecimento dos aspectos criminais, legais, como os de proteção à criança e conhecimento sobre os aspectos psicológicos, por isso o trabalho interdisciplinar é de extrema importância para que a criança seja assistida da melhor maneira possível. Os profissionais precisam ter ciência de que o ato de violência envolve as crianças como seres humanos estruturalmente dependentes, que possuem seus próprios direitos, mas que não podem exercê-los, precisando assim da proteção e cuidados dos seus familiares (FURNISS, 1993).

Gonçalves (2003) sinaliza que os profissionais que trabalham no campo da violência sexual contra crianças devem atuar junto às famílias, lhes propiciando informações e

orientações legais de maneira a encaminhá-lá juntamente com as vítimas aos serviços e programas existentes. A autora faz referência a duas formas de abuso sexual; o extrafamiliar e o intrafamiliar para explicar as diferenças na atuação dos profissionais nestas duas situações. Como o objeto de pesquisa proposto neste trabalho faz referência à atuação de profissionais no caso de abusos sexual intrafamiliar a discussão acerca desta diferença na atuação envolvendo a crianças vítimas de violência sexual intrafamiliar será de grande relevância.

Na visão da autora os profissionais de saúde e os próprios assistentes sociais consideram os casos de abuso sexual cometido fora do âmbito familiar de mais fácil abordagem. Uma vez que é menos complexo para a família e para a própria criança lidar com um agressor que não possui vínculos familiares e sanguíneos com a vítima, posto que esta distância evita um rompimento na dinâmica familiar (GONÇALVES, 2003). No entanto a autora sugere que a capacidade que a criança tem de reagir à agressão vai depender muito do apoio ofertado pela família, depois de constatado o abuso. Este apoio oferecido à criança facilitara na condução do processo de recuperação da mesma, caso a família não ofereça este suporte pode ocorrer uma dinâmica simbólica que se aproximaria da dinâmica incestuosa, mesmo o agressor sendo um desconhecido.

Então o apoio da família é de extrema importância para criança, facilitando de certa maneira o trabalho realizado pela equipe de saúde, posto que a agressão não ocorreu no seio familiar.

O apoio que esta criança, vítima de abuso irá receber da família está relacionado ao muro de silêncio ou ao segredo que envolve as situações de abuso sexual, que pode ser destruído através do diálogo e da comunicação e da proteção ofertados pelos familiares e profissionais envolvidos. Caso este muro de silêncio não seja rompido criará obstáculos à proteção da criança (GONÇALVES, 2003). “Em suma a família que silencia em torno do abuso extrafamiliar opera simbolicamente como uma família incestuosa” (GONÇALVES, 2003 p. 52).

Diferentemente do abuso extrafamiliar, o abuso perpetrado por familiares traz uma dificuldade maior para a família, visto que nem a família nem o agressor se tornam incestuosos subitamente. Quando se trata da intervenção profissional, através do ato de proteger a criança o padrão incestuoso da relação tem mais importância que o próprio ato incestuoso.

Diante das situações de abuso sexual, os padrões de relacionamento entre a vítima, o agressor e seus familiares são mais importantes que a própria agressão sexual, posto que esses

padrões antecede o abuso e vão além dele, mobilizando a criança muito mais que a agressão sexual a qual foi acometida. Diante disto Gonçalves observa que:

O envolvimento da criança nesse padrão abusivo de relação pode colocar em risco a confiança que ela deposita nos adultos de sua família e pode gerar conflitos de lealdade e de autoridade que serão, para ela, muito mais importante que a própria agressão sexual (GONÇALVES, 2003, p. 52).

Ainda de acordo com Gonçalves (2003) é comum que a maioria das crianças vítima de abuso sexual relate o fato sem que haja uma carga emocional, sendo o relato muitas vezes meramente factual. Segundo ela são os adultos significativos, ou seja, a família que emprega uma carga emocional ao ato, visto que a criança nem sempre é capaz de sexualizar o ato abusivo, sendo incapaz de representar o incesto na agressão.

Assim o que a criança busca ao relatar a situação de abuso aos profissionais ou familiares não é uma reparação do ato sexual em si, mas sim recompor o relacionamento familiar que demonstra ser “*intrusivo e pouco protetor*” (GONÇALVES, 2003, p.53). Neste sentido será necessário realizar uma intermediação entre a demanda apresentada pela criança, pela família, com as intervenções realizadas pelos profissionais, posto que estas venham a ser distintas. Além disto, é importante destacar qual demanda da criança já que a mesma é o principal foco da equipe envolvida no caso. Deve haver um olhar mais amplo da equipe em relação ao abuso para que os mesmos possam compreender dentro do padrão familiar a diferença entre a demanda da família e da criança a fim de realizar uma interlocução entre ambas.

Em suma, é importante que haja uma qualificação para os profissionais se afastarem dos tipos apresentado na literatura que envolve perfis determinados de agressões sexuais e crianças vítimas de abuso, posto que esses desenhos nem sempre corresponde à realidade. Sendo necessário que os profissionais voltem-se para as singularidades e particularidades de cada caso que ao fim representam o todo.

Com relação a isto Gonçalves (2003) argumenta:

Encontrar a distância adequada entre a literatura e os casos singulares, estar preparados para encontrar supressas, tropeçar em novidades e encontrar crianças e responsáveis que contradizem o material apresentados nos livros, parecem-me serem fatores essenciais da qualificação dos profissionais e do exercício das funções de capacitação e de supervisão de atendimento (GONÇALVES, 2003, p.54).

Essa qualificação acadêmica e profissional servirá para trazer experiências às equipes envolvidas nos casos de violência sexual, posto que o material literário ainda é insuficiente para traçar as especificidades e particularidades das crianças vítimas de abuso sexual, das dinâmicas em que estão inserida e das rupturas que o ato abusivo perpetrado por familiares representa. Ou seja, “das reações que se poderia esperar das crianças que são vítimas de incesto, dos autores da agressão sexual e das respostas das famílias a essa forma de agressão” (GONÇALVES, 2003, p.55).

Os profissionais devem buscar um aperfeiçoamento com relação à temática da violência sexual, ou seja, estarem sempre buscando uma formação contínua, posto que o fenômeno e suas implicações se apresentem de forma diferenciada e descontínua. (SILVA, 2003). Estes profissionais devem estar à procura de algo novo, para olhar o fenômeno de maneira diferenciada, proporcionando as vítimas e familiares uma escuta sensível. Eles necessitam se desprender do senso comum e de concepções consideradas prontas, ou seja, precisam deixar de seguir uma “determinada receita”. Precisa-se gritar e abandonar o silêncio que afligem não só as crianças que vivem em situação de abuso, mas que afligem a sociedade.

Portanto deve estar preparado para o desconhecido, se descolar deste perfil pré-desenhado que nos é imposto pela literatura e que nos induz a raciocínios pré-estabelecidos tornando impossível pensar as singularidades de cada caso e novas alternativas de intervenção.

Outra questão que surge em relação aos casos de abuso sexual é que muitas vezes os familiares ou as vítimas não encontram um espaço para ser ouvido ou compreendido, posto que muitos profissionais não tiveram uma formação adequada para atuar com esta temática. Neste sentido é preciso que os profissionais e a própria sociedade comecem a se dar conta deste fenômeno vendo-o como uma questão de saúde pública, se tornando assim mais capazes para atuar diante dos casos que lhe são apresentados.

Sendo assim, ao ignorar esta singularidade perceptível nos casos de abuso, o profissional está por renunciar na sua prática profissional as reações da família e das crianças o que pode levar a repostas que ainda não se encontram na literatura. Nesse contexto espera-se que haja uma qualificação adequada onde o conteúdo relacionado à violência sexual seja veiculado a mentalidades dispostas a conhecer o novo evitando vitimizar crianças e responsáveis. Em razão da dificuldade do profissional em conceder as famílias e crianças seu lugar singular e particular na dinâmica imposta pelo abuso sexual. (GONÇALVES, 2003).

Furniss (1993) afirma que a síndrome do segredo é um elo que conecta a criança ao agressor e a sua família, sendo esta síndrome um fator prejudicial para a intervenção clínica

terapêutica e legal referente à criança. Neste sentido é necessária uma intervenção apropriada da equipe a vítima do abuso, através de uma abordagem integrada à família. Nesta abordagem os profissionais têm de prestar atenção aos processos da própria rede profissional e aos acontecimentos familiares.

A simples nomeação do abuso perante a família, nos casos de abuso sexual como síndrome do segredo, cria o abuso como um fato para a família e isto acaba por refletir nos profissionais através de crise e pânico fazendo com que intervenham cegamente em um processo que às vezes não compreendemos (FURNISS, 1993). Por este motivo os profissionais de saúde precisam compreender que o contexto em que o ato profissional é realizado pode ser considerado mais relevante para o resultado final quanto o ato em si.

Os profissionais de todas as áreas precisam entender que os efeitos e as ações dos seus atos tem influência sobre a ação e os atos de outros profissionais e sobre o resultado da intervenção realizada com a família e a vítima de maneira geral. Ao fim lidar com o abuso sexual contra crianças requer uma análise dos procedimentos, técnicas e abordagens utilizadas. Desta maneira, todos os profissionais, sem exceção, precisam conhecer todos os conceitos básicos e saber os princípios de procedimento em relação ao abuso sexual. Assim poderá realizar com competência suas funções e tarefas profissionais para que a criança vítima do abuso tenha atendimento e acompanhamento capacitado. (FURNISS, 1993).

Oliveira (2003) argumenta que a formação profissional pode adquirir muitos significados e que este depende dos objetivos a serem alcançados ao trabalhar com profissionais que lidam com as situações de abuso sexual contra crianças. Para isto, segundo ele, será necessário conjugar as questões, éticas, técnicas e políticas presentes na intervenção profissional para que possa haver uma direção em relação aos elementos emergente e imprevisto que surgem no cotidiano dos profissionais que trabalham com a temática da violência sexual (OLIVEIRA, 2003).

De acordo com o autor a efetividade da intervenção profissional junto às vítimas e suas famílias ocorrerão quando os profissionais considerar toda a dinâmica familiar sem paternalizar ou penalizar os familiares, o agressor e até mesmo a criança vítima do abuso, buscando oferecer proteção à mesma e sua família.

Os profissionais que atuam com os casos de abuso sexual devem ultrapassar os sentimentos de vingança em relação ao agressor, mesmo que estes sentimentos sejam legítimos, para intervir junto a ele e entender o papel que exerce na dinâmica familiar. Eles devem aprender a lidar com as emoções, uma vez que poderão surgir situações e relatos

terríveis que levarão o profissional ao choque quer pela gravidade dos fatos e pela omissão dos familiares.

Assim, para atuar neste tipo de situação os profissionais precisarão bem mais que os domínios de conceitos e as técnicas que mesmo importantes são insuficientes para resolver as questões que surgem no cotidiano profissional. Será preciso adotar uma postura crítica consistente e propositiva que vá além dos conteúdos aprendidos e das técnicas, ou seja, será necessário que os profissionais tenham a capacidade de estranhamento em relação ao que foi apreendido nos livros e na academia.

Oliveira (2003) aponta a importância de o profissional unir teoria e técnica no atendimento ofertado a vítima e suas famílias, para tal é necessário que a equipe trabalhe com estudos de caso, na medida em que permite aos profissionais desenvolver a capacidade crítica na avaliação dos casos permitindo que sejam aplicados a outros casos similares.

Todo profissional que atua em situações de abuso sexual tem de lidar com diversas emoções, sendo assim, será necessário que tenham um suporte para lidar com o desgaste, a frustração e a tensão que trazem as chamadas ‘doenças ocupacionais’. A falta deste suporte leva o profissional a negar suas emoções ocasionando a anulação da intervenção profissional sem resolver a problemática familiar (OLIVEIRA, 2003). Quanto a isso Oliveira aponta: “Em geral, ou se racionaliza completamente o caso ou ocorre a paternalização da família e da vítima e a execração do agressor” (OLIVEIRA, 2003, p.64). Ou seja, se o profissional não for consistente e eficiente em sua intervenção poderá estar deixando de proteger a criança ou estigmatizando ou culpando um familiar que não tenha de fato cometido o ato abusivo.

Nesta situação a ação profissional pode ser considerada autoritária, na medida em que há uma intervenção no cotidiano familiar, e a família, como grupo não solicitou a participação do profissional. Ao admitir esta intervenção autoritária o profissional pode lidar com a hostilidade vinda das famílias que muitas vezes se mostra pouco eficiente e ineficaz na proteção da criança protegendo o agressor para não modificar a dinâmica familiar (OLIVEIRA, 2003). Porém, não se pode fazer juízo de valor ou recriminar os familiares da vítima, pois aos julgá-los, os profissionais rompem com possibilidade de se reestabelecer a dinâmica e os laços familiares e ignorar os motivos que levaram a família a não agir de maneira protetiva com a vítima.

Segundo Oliveira (2003) o importante em todo o processo de intervenção é não permitir que a criança seja revitimizada para ao fim possibilitar um atendimento de qualidade as vítimas e as suas famílias através da união de todos os integrantes do Sistema de Garantia

dos direitos da Criança e do Adolescente. Neste sentido deve haver comunicação entre a equipe, para que todos os membros aprendam a intervir diante destas situações.

Silva (2003) nos fala sobre o fato dos profissionais que lidam com a temática da violência também serem afetados pela mesma na medida em que precisam intervir nas situações de abuso com vista a alterar o estado de violação de direitos em que se encontram.

Um ponto primordial para se atuar no campo da violência sexual é o trabalho interdisciplinar, a atuação junto à equipe, já que o saber profissional ocorre quando se está junto. Quando não há troca de experiência e diálogo entre os membros da equipe pode ocorrer uma perda, comprometendo assim a intervenção, não possibilitando uma “*abordagem interprofissional*”.

Com relação a isto Silva observa: “Trata-se de aprender a atuar em conjunto, com as nossas diferenças e pontos convergentes, buscando aclarar o que nos choca e distância do outro, buscando novas formas de pensar e agir”. (SILVA, 2003, p.79).

Diante deste contexto se mostra a necessidade do profissional estar em constante formação, buscando aprender novas práticas e apreender novas teorias, visto que o contexto sócio histórico se modifica, as práticas se desgastam e os conteúdos se tornam insuficientes e ultrapassados. Com as exigências de produtividade vindas das instituições, principalmente as de saúde, os profissionais pecam em relação à documentação, já que não possuem tempo para sistematizar, relatar e registrar suas experiências e encaminhamentos. (SILVA, 2003).

Então é preciso privilegiar a teoria, a ética e a técnica no processo de formação profissional posto que se esta lidando com as vidas de crianças vítimas de abuso sexual e suas famílias.

4.1- Atuação dos profissionais de saúde na abordagem as vítimas de abuso sexual.

A revelação do abuso sexual pode ocasionar uma enorme crise na rede profissional que por vezes se torna maior e mais complexa que a crise familiar. Essas crises estão relacionadas às abordagens que serão usadas no atendimento a essas crianças vítimas de abuso e que muitas vezes não são nada terapêuticas. As intervenções não coordenadas realizadas por muitos profissionais podem acarretar traumas e danos muito maiores do que o próprio abuso (FURNNIS, 1993).

Diante disto, é preciso diferenciar o dano primário que foi ocasionado pelo abuso e o dano secundário ocasionado pela intervenção profissional. Sendo assim, os profissionais devem “ter como objetivo principal evitar o dano secundário pela intervenção, antes de se

dedicar á tarefa terapêutica primária de tratar o trauma decorrente do próprio abuso sexual”. (FURNISS, 1993, p.23). O dano secundário e a vitimização das crianças que sofreram abuso ocorre em cinco níveis.

- 1- *Estigmatização social: As crianças que sofreram abuso sexual e suas famílias podem se tornar socialmente estigmatizadas pelas reações dos vizinhos escolas e companheiros. As dificuldades sociais e materiais trazem problemas adicionais quando as pessoas que cometeram o abuso deixam as famílias ou vão para a prisão.*
- 2- *Traumatização secundária no processo interdisciplinar: A traumatização secundária pelos conflitos institucionais estruturais acontece mais frequentemente nos conflitos entre o sistema legal e as necessidades psicológicas e de proteção da criança. Isso baseia-se no fato de o sistema legal ainda não se adaptou completamente aos aspectos dos direitos humanos da criança como um sujeito perante a lei, que não obstante é estruturalmente dependente do cuidado adulto.*
- 3- *Traumatização secundária no processo família- profissional: No processo família – profissional, a traumatização secundária acontece como um resultado da escolha da intervenção profissional básica e através de mudanças da forma básica da intervenção pelas famílias e membros da família. Os profissionais podem escolher uma Intervenção Punitiva Primária ou uma Intervenção Primária Protetora da Criança, em primeiro lugar, tanto quanto as famílias e membros da família podem conseguir influenciar a rede profissional de uma maneira que transforma uma Intervenção Terapêutica Primária em uma Intervenção Punitiva Primária ou em uma intervenção Primária Protetora da Criança.*
- 4- *Traumatização secundária no processo familiar. A falta de crença na criança e a negação por parte das pessoas que cometeram o abuso e os membros da família, em casos não comprovados de abuso sexual da criança, podem levar ao dano secundário na criança, o que também pode acontecer se os pais, irmãos e outros membros da família usarem a criança como bode expiatório, castigando-a e acusando-a por todos os problemas familiares, como um resultado da revelação.*
- 5- *Traumatização secundária no processo individual. As crianças que sofreram abuso sexual podem finalmente induzir traumatização secundária através de seu próprio comportamento. Elas frequentemente provocam rejeição, punição ou novo abuso através de comportamento sexualizado ou de vítima que a torna mais vulneráveis e incapazes de se protegerem das consequências de sua própria comunicação sexualizada e mensagem de vítima. (FURNISS, 1993, p.23;24)*

Para Furniss (1993) estes danos secundários também podem ocorrer quando não há intervenção profissional, ou seja, quando médicos e psicólogos negam o abuso sexual ou procuram lidar com ele sem a ajuda de outros profissionais e sem o aparato legal. No fim, isto acaba por se tornar uma terapia ante - terapêutica. Neste sentido, o abuso sexual da criança como síndrome de associação de segredo e adição deve ser abordado de maneira multidisciplinar onde o tratamento e as questões legais devem estar interligadas.

De acordo com o autor este conceito de dano secundário juntamente com o conceito de dano primário é muito importante para os profissionais que atuam na área de abuso sexual contra crianças.

Uma questão importante nos casos de abuso sexual contra crianças está relacionada ao fato de muitas mães não acreditarem que seus filhos foram vítimas deste tipo de violência pelos progenitores ou membros da família. Assim é necessário que elas estejam presentes no momento em que ocorre a revelação do ato abusivo por parte das crianças ou na entrevista de encaminhamento após a revelação. A presença desta mãe ou de outro familiar não envolvido é importante para que as mesmas possam acreditar que o abuso de fato aconteceu. Porque mesmo as provas legais, a admissão dos agressores e a revelação da própria criança não são suficientes para fazer estas mães acreditarem que o abuso de fato ocorreu. Elas podem até reconhecer o fato superficialmente e legalmente, mas raramente o reconhecem psicologicamente. Isto ocorre porque é muito difícil aceitar que seu companheiro ou um membro da família foi capaz de cometer tal ato contra a criança e ela como mãe não teve capacidade de perceber ou de impedir (FURNISS, 1993).

Quando estas mães reconhecem o abuso sexual cometido, mas não acreditam, não terão capacidade para proteger a criança que sofreu o abuso e conseqüentemente precisarão de terapia e de ajuda profissional para lidar com a aceitação do fato em vez de negá-lo (FURNISS, 1993). Esta falta de aceitação do abuso por parte destas mães permite que os profissionais vejam como não protetoras e como não tratáveis, visto que não acreditam e aceitam o que ocorreu com seus filhos.

Furniss (1993) argumenta que o abuso sexual cometido contra crianças como síndrome de segredo para a criança e como síndrome de adição para o abusador traz a tona a diferença entre o abuso sexual e outras formas de abuso. O abuso sexual como síndrome de segredo é definido por fatores externos, por fatores psicológicos internos e por aspectos específicos de segredo na própria interação abusiva.

Assim existem cinco fatores externos que fundamentam o abuso sexual da criança como síndrome de segredo que são:

- 1- Prova forense e evidencia médica; Nem sempre é possível comprovar o abuso sexual através de exames médicos, visto que muitos dos agressores são precavidos e evitam deixar evidências (FURNISS, 1993). No entanto, diante do aumento dos casos de abuso sexual contra crianças e os avanços médicos as provas físicas têm se mostrado mais evidentes, na medida em que os profissionais de saúde se encontram mais capacitados do que a anos atrás. Isso vêm de encontro há uma das falas de (HOBBS E WYNNE, 1987) que se encontra

no livro de Furniss que diz: “Temos a esperança de que o presente índice de casos comprovados como evidencia física cresça com a prática” (FURNISS, 1993. p.29). Porém, muitos dos casos de abuso sexual contra crianças não apresentam evidências médicas que comprovem o abuso sexual, ou seja, mesmo que haja uma clara evidencia médica, esta não se constitui uma prova Florence conta o agressor sexual.

2- Acusações verbais: Diante da falta de provas e evidencias medicas que comprovem o abuso sexual é necessário que haja uma acusação verbal por parte da criança vítima de abuso e da confissão da pessoa que cometeu o abuso. Entretanto esta falta de provas à declaração da criança muitas das vezes não é suficiente para punir o acusado. Assim sem provas o agressor sexual acaba por negar, ameaçando a criança caso ela permaneça com a acusação.

Neste sentido a criança pode negar o abuso, mesmo que ele já tenha o revelado em outro momento, por medo que algo aconteça a si própria e sua família. Sendo assim o abusador pode sair impune já que não há provas físicas na criança que comprovem os frequentes abusos (FURNISS, 1993). Diante disto, como os profissionais de saúde deveriam agir para com a criança, afim de que os abusos sofridos por ela venham à tona?

3- Não acreditando na comunicação da criança: Muitas crianças são desacreditadas quando tentam comunicar sobre o abuso que vêm sofrendo a algum ente-querido. Na maioria dos casos as crianças afirmam terem tentado comunicar as suas mães ou familiares sobre os frequentes abusos, mas eram taxadas de mentirosas e castigadas pelas famílias. Quanto a isto se tem como exemplo:

O caso de uma menina de quatorze anos de idade, cujo padrasto abusava sexualmente dela desde seus sete anos. O abuso começara quando a mãe engravidara novamente. Embora a menina tivesse tentado contar a mãe, esta, em vez de acreditar na filha e confrontar o marido, procurou o clinico geral para pedir conselhos. O clinico geral disse que a criança estava mostrando sinais de ciúmes em relação à gravidez da mãe. A mãe continuou não querendo confrontar o marido com a revelação da criança. Ela simplesmente falou a ele da revelação, ligando-a imediatamente ao diagnostico de ciúme que o clínico geral fizera. A recusa da mãe em confrontar o marido e sua convivência com a negação do abuso sexual por parte do clínico geral permitiu que o pai usasse a menina como bode expiatório e a chama-se de mentirosa. Ela foi severamente castigada pela revelação e continuou a sofrer abuso sob crescentes ameaças de violência. A criança não ousou repetir a alegação de abuso sexual, que continuou ate ela atingir a adolescência, quando tentou cometer suicídio (FURNISS, 1993, p.30).

4-Mentindo sobre ameaça: A maioria das crianças que sofreram abuso sexual é obrigada a esconder o abuso dos demais por estarem sofrendo ameaças por parte do agressor. Os

agressores, em sua maioria pais e padrastos dizem às crianças que o abuso é um segredo ente ambos e este segredo é reforçado através de atos de violência contra a criança. A não revelação deste segredo também está interligada com a questão do suborno, onde o agressor suborna a vítima com algo que a agrada, tratando-a de maneira especial para que a mesma mantenha o segredo (Furniss,1993).

5- Ansiedade em relação às consequências da revelação: Como as crianças sentem-se culpadas pelos abusos e se acham responsáveis pelos mesmos, acabam acreditando nas ameaças de que a família irá se desintegrar e que os pais irão se separar, sem contar o medo de perderem a vida caso revelem o abuso. Essas ameaças em relação à vida da criança e até mesmo ao fato de que ela não será acreditada é um dos fatores externos que impedem a revelação do abuso (FURNISS, 1993).

Furniss (1993) afirma que a natureza sexual do abuso é negada e anulada em três níveis contextuais. A primeira delas diz respeito ao contexto em que o abuso acontece. Neste sentido o abusador tenta de todas as maneiras criar um novo contexto para suprimir a realidade do ato abusivo, ou seja, ele tenta recriar outra realidade durante o ato para negar a natureza sexual do mesmo. O abusador vai utilizar o silêncio, a escuridão, a falta de contato visual e o contato físico ritualizado para anular o ato e criar outro contexto.

O contexto criado pelo abusador e as sensações físicas causadas pelo ato sexual trazem experiências conflituosas e contraditórias em termos emocionais, psicológicos e físicos para a criança. O contato físico entre o agressor e a criança e o estímulo causado no corpo durante o ato sexual geram um estado de estimulação física que podem ser causados no intercuro vaginal, anal, oral ou na masturbação. Estes estímulos físicos e o contato da pele compõem o aspecto sexual do abuso e conduz a criança a sensações de dor e excitação (FURNISS,1993).

O segundo nível de anulação acontece pela transformação da pessoa que abusa na “outra pessoa”. Assim, o abusador que é visto como uma figura paterna pela criança transforma-se naquela “outra pessoa” que comete o abuso sexual. Isto acaba causando estranheza na criança, posto que o agressor se transforme em outra pessoa, tendo comportamentos diferentes do habitual, como gestos diferentes, voz alterada, padrão de linguagem e comportamento físico estranho (FURNISS, 1993).

A anulação do abuso sexual através da dissociação da realidade permite que a criança não veja a realidade como realidade, ou seja, ela não consegue nomear a experiência do abuso sexual como uma violência. O abusador nega qualquer relacionamento ente ele e a criança e durante o ato tenta desconectar-se psicologicamente dela, no fim ele não quer reconhecer oque está acontecendo (FURNISS, 1993).

O último nível de anulação se refere aos “rituais de entrada e saída” que é a “parte central do aspecto interacional do abuso sexual da criança com síndrome do segredo” (FURNISS, 1993, p.32). Este é um ritual com dois momentos, o primeiro denominado ritual de entrada serve para modificar a interação de pai – filho para “outra pessoa”. Já no ritual de saída ocorre exatamente o contrario onde a outra- pessoa abusiva se torna novamente o pai e adulto confiável. Esses dois processos não apenas reforça a anulação e negação do abuso durante o ato como intensifica a dissociação das divergentes mensagens física e emocionais sentida pela criança durante o ato sexual.

O ritual de entrada e saída permite que o adulto passe de pais amorosos a pessoa que comete o abuso, fazendo com que o mesmo tenha comportamentos distintos e se transforme em pessoas diferentes. Ou seja, há uma divisão temporal onde o adulto é o pai carinhoso em certo momento e um ser assustador durante o abuso. O tempo transcorrido entre o ritual de entrada e o ritual de saída é o tempo em que ocorre o abuso. Depois do ato sexual, do abuso, tanto a criança como o adulto agem como se aquela experiência não tivesse existido. Um exemplo disto é:

Um pai recebe a criança que volta da escola dizendo “oi, como foi à escola? Ele depois pode iniciar o ritual de entrada e acontece o abusos sexual, terminando no ritual de saída. Ele então pode se voltar para a criança com se tivesse acabado de dizer “oi, como foi a escola?” e falar “agora vá fazer seu tema de casa” fingindo para ele próprio e para a criança que entre o primeiro “oi, como foi a escola?” e o bem posterior “agora vá fazer seu tema de casa” nenhum tempo se passou e nenhum abuso sexual ocorreu (FURNISS, 1993.p.33).

No fim, esta separação que ocorre entre os rituais é essencial para manter essa dissociação e anulação dentro do abuso. O autor aponta que em momento algum soube de um pai que disse abertamente para sua filha, olhando-a nos olhos, “vamos fazer sexo”, pois este reconhecimento do sexo é inimaginável no abuso sexual de criança, visto que só ocorre nos relacionamentos amorosos e sexuais entre adultos.

De acordo com Furniss (1993) este estado de acomodação é distinto do estado de negação, sendo a acomodação ao abuso e a “normalidade” resultados da impossibilidade psicológica de integrar a violência. Ao fim a criança é obrigada a viver uma vida “normal” onde não existe nenhum tipo de abuso ou violação dos seus direitos.

A questão da motivação se mostra importante no atendimento à criança vitima de abuso sexual. Para ele a criança e o abusador têm de estar motivado a confiar para falar sobre o abuso, esta motivação não advém de um estado interno, mas é resultado de um processo de interação entre o profissional e a criança, a pessoa que cometeu o abuso e a família. Então o

fato da pessoa estar motivada a confiar vai depender da capacidade do profissional e da sua própria motivação.

Muitas vezes quando a família nega ajuda é porque estão assustadas e aterrorizadas demais para aceitarem a proteção e o auxílio dos profissionais. Ou seja, entender a questão da motivação é de grande importância para os profissionais tratarem os problemas decorrentes do abuso (FURNISS, 1993). Os profissionais precisam compreender porque as maiorias das famílias e das crianças não estão motivadas a confiar e revelar, fazendo isto permitirá que a família mude seu status de motivação de não confiar para confiar.

Os profissionais devem entender que não existe um estado de não motivação por parte dos envolvidos no abuso sexual e que a direção a seguir para conseguir a confiança de ambos é através do processo família- profissional ou do processo profissional-família. Assim, os profissionais precisam estar capacitados há intervir nas situações apresentadas a eles. Segundo Furniss (1993), para que isso ocorra serão necessários três fatores básicos:

a) A capacidade de lidar pessoalmente com as questões de abuso sexual e de encontrar apoio pessoal e profissional

b) Se somos capazes de manejar a situação, em termos pessoais, precisamos de conhecimento profissional e habilidades profissionais.

c) Nenhuma capacidade pessoal de manejar a situação, em conhecimento ou habilidade motivará os profissionais a ajudar as crianças que sofreram abusos sexual e suas famílias se não houver recursos, estruturas e ambientes para serviços (FURNISS,1993,p.43).

Os três fatores são importantes para que os profissionais não cometam erros em sua conduta e suas ações profissionais com as famílias e as vítimas de abuso sexual. A falta de qualificação e habilidades profissionais podem trazer conflitos entre as famílias e a própria rede profissional como conflitos institucionais estruturais. É crucial que os profissionais estejam treinados profissionalmente e que haja estruturas e recursos para que as crianças vítimas de abuso sexual e suas famílias sejam bem atendidas em termos legais e de proteção dos direitos da criança.

A motivação deve ser algo sempre presente nos profissionais que lidam com os casos de abuso sexual, pois é através desta motivação que será realizado um trabalho voltado para as vitimas do abuso sexual. Não é permitido que as emoções, julgamentos, razões pessoais, falta de capacidade, apoio e recursos inviabilizem o trabalho e incapacitem o profissional de lidar com os casos de abuso sexual, sendo assim, o profissional precisa conhecer seus limites e sua própria capacidade para manejar as situações (FURNISS,1993).

São os profissionais que permitem à criança a revelação do abuso sexual através das deixas e conversas iniciais que a induzem a falar sobre o abuso sofrido. São os profissionais através de suas experiência e habilidades que propiciam a criança a expor o abuso.

As crianças necessitam de autorização e permissão para comunicar sobre o abuso porque mesmo havendo provas físicas e evidencia a respeito do caso elas o negam. Esta situação acontece porque elas têm medo de serem punidas e rejeitadas pelas famílias e profissionais.

A criança precisa de confiança para conversar abertamente sobre o abuso e para conseguir isto, o profissional deverá mostrar a ela que sabe sobre o abuso e que a mesma tem medo de revelá-lo. Uma maneira de se comunicar com a criança e enviar uma mensagem sobre o segredo é utilizando-se da “terceira pessoa”, contando histórias e mostrando trabalhos e filmes que abordem a questão do abuso sexual. Este método será uma licença para a criança revelar o abuso já ocorrido.

Os profissionais têm a difícil tarefa de tornar o abuso sexual uma realidade para as crianças vítimas e para as famílias, neste caminho, será necessária a utilização de três etapas: nomear a realidade, criar a realidade e manter a realidade no abuso sexual. Nomear o Abuso sexual perante a família tem um significado porque o cria como realidade psicológica, ou seja, quando ele é dito em voz alta ele acaba por se tornar uma realidade concreta para a família. Este processo, em sua maioria é realizado pelos profissionais que ficam incumbidos de falar sobre o abuso pela primeira vez, com isto a família acaba por acreditar que os profissionais foram os responsáveis por criar o abuso. Como este profissional se utiliza de linguagem sexual para nomear o abuso acaba por receber a culpa pelo mesmo, como se este profissional fosse quem cometeu o abuso sexual. Nomear o abuso sexual o transforma em realidade para a família (FURNISS, 1993).

Segundo o autor, a criança vítima de abuso sexual tem a necessidade de ouvir do abusador o motivo pelo qual ela foi submetida a tal violência, pois necessitam que o mesmo se responsabilize pelo ato cometido e esclareçam os fatos para que possam criar a realidade psicológica do abuso sexual.

Devido às ameaças legais muitos membros das famílias e as próprias crianças retiram as declarações sobre os abusos, isso porque tem medo das consequências legais. O abuso sexual da criança como síndrome de segredo e adição é tido como realidade depois que algum membro da família consiga falar abertamente sobre o fato na presença de alguém de fora, no caso um profissional, um professor ou até mesmo um amigo. Esta liberdade para explicitar os abusos sexuais ocorridos no seio familiar, cria o evento como realidade permitindo assim que

o segredo seja rompido. Isto ocorre porque este encontro com uma terceira pessoa vinda de fora, como um “evento nomeador”, faz surgir o momento de criação do abuso sexual que é compartilhado por toda a família como um fato verídico.

Os abusos sexuais podem ser considerados um desastre, na medida em que, a criança nomeia o fato, o criando como realidade e não necessariamente pelos anos em que o abuso ocorreu. Esta revelação e conseqüentemente a criação do abuso sexual como realidade vai desencadear na vítima um sentimento referente ao de um desastre repentino, na medida em que terá de contar passo a passo os acontecimentos e os eventos ocorridos durante o processo. Por este motivo os profissionais deverão tomar cuidado quando forem entrevistar as crianças, se utilizando de instrumentos e linguagem que favoreça a criança, não trazendo a tona sentimentos de revitimização. Ou seja, os profissionais precisam saber reinterpretar os sinais demonstrados pelas crianças durante a terapia, uma vez, que estas podem se comunicar através de alusões, como desenhos, nos casos das crianças menores e redações, nos casos das crianças maiores.

Os profissionais devem ficar atentos, pois durante o processo de comunicação as fantasias podem ser tentativas de revelar a realidade do abuso vivido. Quando isto acontecer o profissional terá de reagir de modo diferente ao perceber que a criança tenta secretamente revelar o abuso sexual ao qual está sendo submetida oferecendo permissão explícita para a criança se comunicar. Este processo permitirá a criança saber se pode confiar no profissional e se há interesse do mesmo pela realidade do abuso. “Não levar a sério uma comunicação secreta sobre abuso sexual em nível de realidade pode, conseqüentemente, ser extremamente danoso” (FURNISS, 1993, pag. 48). Interpretar estas comunicações secretas no abuso sexual como fantasias podem ser prejudiciais às vítimas e antiterapêuticas.

Segundo Oliveira as intervenções realizadas pelos profissionais com as famílias e as vítimas consiste em terapias para as vítimas e punições para os agressores, sendo deixados de lado os direitos de proteção à criança. Existem outras formas que vão além da terapia, como permitir que a família e as crianças tenham seus direitos garantidos. Esta questão ocorre porque há uma judicialização da questão do abuso sexual de crianças associada à intervenção psicológica como recorrência do Sistema de Garantias de Direitos – SGD.

O profissional deve saber separar a diferença entre o sigilo e o segredo na atuação nos casos de abusos sexual. Ou seja, eles não podem permitir que o sigilo entre eles e as famílias impeçam a denúncia do abuso sexual. Caso a denúncia não ocorra o profissional pode retificar a dinâmica do segredo, impedindo a proteção da criança e assim, não garantindo os seus direitos (Oliveira, 2011).

O sistema utilizado por Furniss para abordar a captura do profissional de saúde pode ser utilizados nos outros integrantes do SGD. Nestes casos, a atuação dos profissionais, nos casos de abuso sexual de crianças, tem de ser integradas a outros segmentos de forma Inter setorial e interinstitucional.

Considerações Finais.

Cheguei ao fim deste trabalho a fim de apontar a interpretação dos resultados obtidos nos dados, gráficos e quadros extraídos dos oitos trabalhos analisados. Neste sentido, foi possível compreender que a violência sexual, principalmente o abuso sexual, é um problema social que afeta a todos os sujeitos envolvidos. Tais interpretações permitiram identificar a atuação dos profissionais de saúde, seu perfil e suas condutas diante dos casos de violência nas distintas instituições estudadas. Confirmando assim que a violência é considerada hoje um problema de saúde pública, sendo os hospitais uma das portas de entrada para o atendimento das vítimas e suas famílias. Assim se faz necessária a criação de políticas públicas nesta área. Porém foi constatada a baixa qualificação de alguns profissionais mediante o atendimento as crianças vítimas de abuso sexual.

A análise dos dados contidos neste trabalho trouxe á tona algumas questões que devem ser observadas e estudadas, como a relação entre os agressores, à criança vítima de abuso e os profissionais, a idade em que o abuso sexual ocorreu e o fato da maioria das vítimas serem do sexo feminino. Ficou evidente diante dos resultados que a maiorias das vítimas em todas as instituições eram do sexo feminino confirmando os argumentos de alguns autores citados no conteúdo deste trabalho. Outra situação apresentada é a constatação do abuso sexual ser cometidos em crianças entre 0 e 11anos de idade. Esses dados vêm corroborar o aumento das notificações dos casos de violência doméstica em crianças. Neste contexto, a questão da denúncia e da quebra do silêncio e do segredo se torna complicada, a partir do momento que as crianças encontram dificuldades para dialogar e se expressar. Como resultado fica a cargo dos familiares e dos próprios profissionais identificar o abuso sexual, através do diálogo, da comunicação e até mesmo da modificação de comportamento e dos diagnósticos realizado pelos profissionais. Questões que foram analisadas por Furniss (1993), Oliveira, (2003), Oliveira (2011), Gonçalves (2003) trazidas nos capítulos 2 e 4 deste trabalho. Permitir licença psicológica para a criança comunicar-se sobre o abuso sexual é uma condição para a revelação e a entrevista legal. Quando a criança reconhecer o abuso sexual cometido contra ela o profissional deve imediatamente começar a colher informações e realizar a entrevista legal. Será neste momento que o profissional dirá a á criança que tudo foi responsabilidade do seu pai, no aspecto legal, mas você acabou sendo envolvida, e pode me contar sobre isto, no aspecto interacional. Não parece mais esta distinção na comunicação e na maneira de colocar uma frase é muito útil para que a criança rompa com o ciclo de segredo e se comunique com o profissional sobre a experiência sofrida pelo abuso sexual. Assim elas contam como se sentem

e permite ao profissional um diálogo para tentar trabalhar com estas questões, colocando a responsabilidade e a culpa em quem cometeu o abuso.

Neste sentido a permissão explícita para se comunicar dada à criança será tão benéfica quanto à entrevista legal. A criança também necessitará desta permissão explícita para reconhecer o abuso sexual como uma realidade psicológica. O reconhecimento deste abuso sexual pela família e o esclarecimento da responsabilização permitirão que a criança se comunique claramente sobre o abuso cometido contra ela. (FURNISS, 1993).

Um dado que chamou a atenção foi à conclusão de que o abuso sexual intrafamiliar é o mais perpetrado e que os agressores nem sempre são os pais ou padrastos. Estes agressores segundo os resultados possuem vínculos familiares com as vítimas, mas nem sempre possuem vínculos consanguíneos, no entanto esta constatação não modifica o fato do abuso ser intrafamiliar de acordo com os conceitos citados neste trabalho. Isto ocorre porque os casos de abuso sexual intrafamiliar são difíceis de serem abordados devido as suas complexidades e especificidades, junto ao fato dos profissionais não serem qualificados para compreender a complexidade da questão e para atuação efetiva. (Oliveira, 2011).

A família foi apontada nos resultados como aquela que mais denuncia os casos de abuso sexual, sendo considerada também a que mais comete o abuso. Furniss e outros autores sinalizam que o sentimento de medo, de culpa e de responsabilidade proveniente nas crianças a impedem de falar sobre o abuso. Segundo ele as mães são aquelas que podem denunciar o abuso, quando elas têm uma relação de intimidade com os filhos. Outras pessoas também podem realizar a denúncia, essas seriam os profissionais de saúde ou pessoas próximas às crianças.

O principal motivo para os agressores serem membros da família está relacionado à questão ligada ao poder, à relação de desigualdade entre o agressor adulto e a vítima criança. A criança ser facilmente coagida e ameaçada e acreditar que o familiar tem o direito de realizar tal ato facilitam a realização do abuso e sua perpetuação tornando mais natural e aceitável para a vítima. Ela não tem, pela pouca idade, condições de compreender a magnitude dessa violação. É preciso haver mudanças no padrão de sociedade, nas relações de gênero e de poder, deve haver mudanças dentro da instituição família para que o abuso sexual de crianças cometido por familiares deixe de existir ou ao menos venha a diminuir.

Enquanto a sociedade considerar as atuais hierarquias das relações de gênero, de dominação do homem sobre a mulher e do pai sobre os filhos, os agressores continuarão a perpetrar e cometer este tipo de violência.

Considero alarmante o resultado referente às condutas dos profissionais de saúde sobre as notificações e os encaminhamentos realizados. Os profissionais de saúde têm a obrigação de notificar os casos de suspeitas ou confirmação de qualquer tipo de violência aos órgãos competentes de acordo com os dispositivos legais previsto no ECA e na Constituição Federal. Entretanto é questionável se os mesmos estão aptos a identificar, notificar e encaminhar as situações de abuso sexual. Esta questão se mostrou evidente diante dos dados obtido no HMFST em Irajá, onde a maioria das notificações de violência é realizada pelo assistente social e nas 3 instituições de saúde na Cidade Cruz Alta onde a maioria dos profissionais entrevistados responsabilizaram os médicos e assistentes sociais pela notificação. Quanto ao HCSEA todos os profissionais se consideraram aptos a identificar os tipos de abuso, porém nem todos realizaram as denúncias aos órgãos competentes sendo o serviço social o único a fazer a denúncia. O que pude notar é que houve um repasse de responsabilidades, alguns profissionais não se sentem capazes de realizar a notificação incumbindo assim o Serviço Social de realizar o preenchimento das fichas de notificação e a denúncia ao Conselho Tutelar. Isso é um sinal da falta de conhecimento sobre a legislação e sobre o tema.

Foi perceptível que houve uma maior interação entre o Serviço Social e a equipe Médica, permitindo um trabalho interdisciplinar entre ambos. A falta de participação dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e psicólogos perante o preenchimento das notificações e encaminhamentos é algo extremamente preocupante. Acredito que esta dificuldade no atendimento e encaminhamento dos segmentos envolvidos nas denúncias e proteção acontece por estarem baseados em ideias tidas como verdades, provinda da naturalização da violência tida como práticas costumeiras, devido aos fatores culturais.

É notável o trabalho em equipe entre o Serviço Social e os médicos no HMFST, isso mostra que os assistentes sociais estão aptos a realizar o preenchimento das fichas de notificações e realizar denúncias aos órgãos responsáveis, devido a sua formação acadêmica.

Algo central na discussão do abuso sexual de crianças está relacionada à realização e garantias dos encaminhamentos necessários para a proteção de crianças que possam estar em situação de risco. Uma atuação inadequada por parte dos profissionais pode gerar problemas e conflitos entre os profissionais, as instituições e os segmentos do SGD (Oliveira, 2011).

A qualificação se faz necessária para que os profissionais possam atuar frente aos casos de abuso sexual, para que haja uma socialização do conhecimento sobre a temática e os dispositivos legais que a envolvem. O trabalho em equipe, ou seja, a interdisciplinaridade precisa ser posta em prática por todos os profissionais de saúde e não só pelos médicos e

assistentes sociais. Será preciso envolvimento, comprometimento perante seus deveres profissionais, perante seus deveres profissionais e éticos.

Recomenda-se um profissional que identifica, diagnóstica, enfrenta, notifica, acompanha, previne e conheça as redes de apoio a fim de impedir a ocorrência ou a perpetuação da violência. Admito ter sido surpreendida pelo fato dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e psicólogos incumbir a responsabilidade da notificação da denúncia ao médico e ao assistente social, pois eles são o quem mais lidam com as vítimas de violência sexual.

Em face disto, será preciso incluir a violência sexual contra crianças na grade curricular das universidades, escolas de ensino técnico, cursos de Pós Graduação e de todos os cursos que tenham relação com a saúde. A fim de contribuir para uma formação que auxilie na proteção das vítimas e suas famílias, e permita um acolhimento digno facilitando um diagnóstico que abarque toda complexidade deste fenômeno. É um dever como profissional do Serviço Social, profissional de saúde e cidadão colaborar para melhorar a atuação desses profissionais que muitas vezes é a única saída para as crianças que sofrem algum tipo de violência, em especial a sexual.

Referências Bibliográficas.

- ALMEIDA, Suely. **Violência de Gênero e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2007. ALVES, José Eustáquio. **Essa violência mal –dita**.
- ALMEIDA, Suely. **Violência de Gênero e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2007. Morgado, Rosana. **Palmada de amor... dói**.
- AZEVEDO, Maria Amélia; GERRA, Viviane Nogueira de Azevedo (Org.). Vitimação e vitimização: questões conceituais. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GERRA, Viviane Nogueira de Azevedo (Org.). **Crianças Vitimizadas: A Síndrome do Pequeno Poder**. São Paulo: Iglu, 1989. Cap. 1. p. 25-47.
- AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. A. (orgs.). **Crianças vitimizadas: A síndrome de o pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgado em 05/10/1988. Brasília, 1988
- BULHÕES, Sueli; FALEIROS, Eva T. Silveira; SOUZA, Anna Maria Nunes de. Desafios na Definição e no Diagnostico do Abuso Sexual contra Crianças e Adolescente. In: OLIVEIRA, Antonio Carlos de et al (Org.). **Abuso Sexual de Crianças e adolescente: Desafios na qualificação profissional**. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003. Cap. 1. p. 11-31.
- Cocco M, Silva EB, Jahn AC. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. Rev. Eletr. Enf. 2008; Disponível em :<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7939>>Acesso em: 25 de Novembro de 2014.
- COUTO. T.G. **O Enfrentamento da violência doméstica contracrianças pelos profissionais da saúde do “Pam de Irajá”**. Escola do Serviço Social, UFRJ. Rio de Janeiro. 2009.
- **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990..
- FERNANDES, L.V. **“Implicações e formas de enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes”** ,Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, UFRJ, Rio de Janeiro, 2012.
- FERREIRA, Ana Lúcia. **O ATENDIMENTO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: avaliação de um serviço público**.Julho de 2002. 244 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.2002.
- FURNISS, Tilman. **Abuso Sexual da Criança: Uma Abordagem Multidisciplinar, Manejo, Terapia e Intervenção Legal Integrados**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1993. 337 p.
- GONÇALVES, Hebe Signori Gonçalves. **Violência contra a criança e o adolescente**. In: GONÇALVES, Hebe Signori Gonçalves e BRANDÃO, Eduardo Ponte (org). **Psicologia Jurídica no Brasil**. 2ªed. Rio de Janeiro: NAU, 2005.
- GONÇALVES, Hebe Signori Gonçalves. **Violência contra a criança e o adolescente**. In: GONÇALVES, Hebe Signori Gonçalves e BRANDÃO, Eduardo Ponte (org). **Psicologia Jurídica no Brasil**. 2ªed. Rio de Janeiro: NAU, 2005..

- GONÇALVES, Hebe Signorini; OLIVEIRA, Antonio Carlos de; SILVA, Ilda Lopes Rodrigues da. Promovendo Intervenções Qualificadas: desafios na formação. In: OLIVEIRA, Antonio Carlos de et al (Org.). **Abuso Sexual de Crianças e adolescente: desafios na qualificação profissional**. Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003. Cap. 2. p. 45-73.
- HAYECK, Cynara Marques. **A violência contra crianças e adolescentes ao longo dos séculos e os atuais trâmites institucionais de atendimento aos sujeitos vitimizados**. Disponível em: <<http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S25.0343.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2013.
- Hospital Pérola Byington- Centro de referência da Saúde da Mulher. Disponível em: <http://www.hospitalperola.com.br/>>. Acesso em: 20 Outubro. 2014.
- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/humarta.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2014.
- LIMA, Pollyanna Dantas de. **Atuação dos profissionais de saúde no atendimento à criança vítima de violência**. 2007. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.
- MAIA, Cristiana Campos Mamede. **Proteção e direitos da criança e do adolescente**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2010-abr-08/doutrina-protecao-integral-direitos-crianca-adolescente>>. Acesso em: 03 de maio de 2013.
- MINAYO, M.C. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 Mar 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
- MONTEIRO, F. de **O Plantão Social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes**. Serviço Social e Sociedade – São Paulo, nº103, julho/setembro, 2010.
- MORGADO, R. **Mulheres/mães e o abuso sexual incestuoso. Família(s) e Relações de Gênero: Situando mulheres, homens e crianças**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2012
- MOURA, M.P. **Abuso Sexual: Representações Sociais dos Responsáveis**. 30 de Julho de 2004. 112. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ, 2004.
- OLIVEIRA, A. C. (org.) **Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes: desafios na qualificação profissional**, Rio de Janeiro: NOVA Pesquisa, 2003.
- OLIVEIRA, Antonio Carlos de. **Abuso sexual infrafamiliar de crianças e ruptura do segredo: Consequências para as famílias**. 2011. 219 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2011. Cap. 1.
- OLIVEIRA, C.N. **Aspectos conceituais sobre família e violência, Percurso Metodológico** In: “Precisa notificar?” uma análise sobre a notificação da violência doméstica contra criança e adolescente- Escola de Serviço Social, UFRJ, Rio de Janeiro, 2011 , 14 -33, 58-68 pgs.

- OLIVA, Jimena C. G. A. Kauchakje, Samira. **As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes.** Revista Katálysis. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802009000100004>. Acesso em: 03 de maio de 2013.
- Resolução 196/96 – “**Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**” – Conselho Nacional de Saúde - CNS.
- RIZZINI, Irene In: PILLOTTI, Francisco (org.). **A Arte de Governar Crianças. A história das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência a Infância no Brasil.** 2º.ed. Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2009.
- SAFFIOTI, Heleieth I. B.. Exploração Sexual de Crianças. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GERRA, Viviane Nogueira de Azevedo (Org.). **Crianças Vitimizadas:: A Síndrome do Pequeno Poder.** São Paulo: Iglu, 1989. Cap. 2. p. 49-95
- SANTOS. M.P. **Programa Família Acolhedora: uma alternativa à institucionalização de crianças e adolescentes.** Escola de Serviço Social, UFRJ, 2012
- SILVA, Ilda Lopes Rodrigues da. **Desafios na Formação Acadêmica em Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes: desafios na qualificação profissional.** Rio de Janeiro: Nova Pesquisa, 2003.
- SOBRAL, Paola Almeida dos Santos. **ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: A percepção dos enfermeiros de uma instituição de saúde privada do Distrito Federal.** 2007. 75 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2007.
- TORRES, C. SOUZA Filho, R. MORGADO, R, **Política da Infância e Juventude: Estatuto da Criança e do Adolescente e serviço social.** In: REZENDE, Ilma. CAVALCANTE, Ludmila Fontenele (org). **Serviço Social e Políticas Sociais.** 3ªed. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2005
- WAISELSZ. **Mapa da Violência 2012 Crianças e adolescente do Brasil.** Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf>. Acesso em: 15 Março de 2014.