**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Ana Paula Graziano

**Violência Sexual Infantil: estudo das ocorrências
registradas na Rede de Proteção de Curitiba e as
formas de enfrentamento na Atenção Básica**

**São Paulo
2012**

ANA PAULA GRAZIANO

**Violência Sexual Infantil: estudo das ocorrências
registradas na Rede de Proteção de Curitiba e as
formas de enfrentamento na Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Enfermagem, da Escola
de Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

Área de concentração:

Cuidados em Saúde – Enfermagem em
Saúde Coletiva

Orientadora:

Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry

**São Paulo
2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Graziano, Ana Paula

Violência Sexual Infantil: estudo das ocorrências registradas na Rede de Proteção de Curitiba e as formas de enfrentamento na Atenção Básica. / Ana Paula Graziano. – São Paulo, 2012.

103 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry

Área de concentração: Saúde Coletiva

1. Maus-Tratos Sexuais Infantis. 2. Defesa da Criança e do Adolescente.
3. Violência contra a Mulher. 4. Relações Pais-Filho. I. Título.

NOME: Ana Paula Graziano

TÍTULO: Violência Sexual Infantil: estudo das ocorrências registradas na Rede de Proteção de Curitiba e as formas de enfrentamento na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Aos meus pais, Severino e Helena, por acreditarem
em mim constantemente;*

Ao Aderaldo pela paciência e incentivo ao longo dessa trajetória;

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry, por sempre acreditar no meu potencial de pesquisadora, o que me fez sentir capaz de seguir em frente. Agradeço também a paciência e tranquilidade nas orientações sobre o trabalho e a vida.

Às professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, que me mostraram, ainda na graduação, a área que me identifico e que sempre estará presente em minha vida profissional.

À Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca por colaborar direta e indiretamente com a construção do saber de gênero que tenho hoje.

Aos funcionários da EEUSP, que são fundamentais para o funcionamento da Escola.

Às colegas Maíra Apostolico, Paula Hino, Marta Nolasco, Márcia Cubas, Lara de Paula Eduardo, Cecília Silva e Tânia Rehem pelas trocas de experiências a cada encontro.

Ao movimento estudantil que contribuiu para a visão sobre a realidade que tenho hoje, em especial Fabiana, Paula, Leandro, Cristiane, Leoana, Bianca e Elaine pelas ricas discussões e ações coletivas.

À Leda Albuquerque e seus familiares pela acolhida em sua residência, durante a coleta de dados.

Aos amigos e familiares pela compreensão da minha ausência em alguns momentos, assim como pela torcida e incentivo.

À Secretaria Municipal de Curitiba, principalmente à Dra. Hedi Muraro e Simone Andrade pela colaboração na coleta de dados.

Aos profissionais que, ao concordarem em participar das entrevistas, possibilitaram a realização desta pesquisa.

Às colegas Glauciene Analha Leister, Tharsila Martins Rios da Silva e Leda Albuquerque pela construção conjunta de saberes no decorrer das disciplinas.

Ao amigo Mozart Camargo da Silva por realizar a revisão gramatical da dissertação.

À FAPESP pelo auxílio financeiro para realização da dissertação.

Nada é impossível de mudar

“Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar”

Bertold Brecht

Graziano AP. Violência Sexual Infantil: estudo das ocorrências registradas na Rede de Proteção de Curitiba e as formas de enfrentamento na Atenção Básica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Este estudo objetivou compreender as características da violência sexual contra a criança e suas formas de enfrentamento na atenção básica. O cenário de estudo foi a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, situada no município de Curitiba-PR. Os dados da fonte primária foram coletados por meio de entrevistas com 7 profissionais que compunham a coordenação municipal e regional da Rede; e a fonte secundária foi constituída pela base de dados da Rede do ano de 2009. Foi utilizado o *software* Epi Info – versão 6.04d para análise da fonte secundária e da estatística descritiva para apresentação dos resultados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e analisadas segundo a metodologia de análise conteúdo, da hermenêutica dialética como método para interpretação dos discursos, e também das categorias de geração e de gênero. Os resultados revelaram que a violência ocorre no ambiente doméstico em 69,3% dos casos e ganha visibilidade principalmente através da notificação feita por Hospitais e Unidades Básicas de Saúde (50%). O sexo feminino foi acometido por 69,5% da violência, e o masculino por 30,5%. Em 94,2% dos casos, o agressor da violência sexual contra crianças é do sexo masculino. Concluiu-se que a violência sexual contra a criança, em sua maioria meninas, é perpetrada no ambiente doméstico em que há uma subalternidade de gênero e geração. Os resultados revelaram também que os profissionais da Rede têm clareza do fluxo de encaminhamento em situações de violência. O monitoramento das notificações é feito principalmente pela coordenação local, mas há uma intervenção da coordenação regional nos casos sem evolução a contento. Apesar da Rede Local ter autonomia para contatar outros serviços da Rede, a articulação é uma responsabilidade das coordenações regional e municipal. A rotatividade de profissionais e a alta vulnerabilidade das famílias foram apontadas como dificuldades no enfrentamento da violência sexual. Concluiu-se que ter um fluxo e serviços organizados para atender crianças em situação de violência sexual, bem como uma articulação entre os equipamentos, um monitoramento periódico, capacitações permanentes e registro adequado das notificações são essenciais para um trabalho bem sucedido como o da Rede de Proteção. A violência não ocorre exclusivamente nas classes mais vulneráveis, mas sim é visibilizada pela notificação compulsória. Dessa forma, faz-se necessária uma política nacional que visibilize o fenômeno da violência para o conjunto da sociedade, problematize a desigualdade geradora de violência entre os diferentes grupos sociais, e, por fim, capacite os profissionais que atendem as famílias. Por fim, concluiu-se que a Rede de Proteção, apesar de mostrar contradições, tem grande potencial instrumental de enfrentamento da violência.

Palavras-chave: Maus-Tratos Sexuais Infantis. Defesa da Criança e do Adolescente. Violência contra a Mulher. Relações Pais-Filho.

Graziano AP. Child Sexual Abuse: a study of incidents recorded in the Protection Network of and ways of coping the issue in Primary Care [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo, 2012.

ABSTRACT

This study aimed to understand the characteristics of sexual violence against children and their ways of coping the issue in primary care. The scenario of the study was the Network for the Protection of Children and Adolescents at Risk for Violence, located in Curitiba-PR. The primary source of data were collected through interviews with seven professionals who made up the municipal and regional coordination of the Network, and the secondary source was constituted by the Network's database from the year 2009. We used the Epi Info software - version 6.04d for the analyses of the secondary source and descriptive statistics for the presentation of results. The interviews were taped and transcribed entirely, and analyzed using the methodology of content analysis, hermeneutic dialectics as a method for interpretation of speeches, and also the categories of generation and gender. The results revealed that violence occurs in the home in 69.3% of cases, and gained visibility primarily through notification by hospitals and Basic Health Units (50%). Females were affected by 69.5% of the violence and males by 30.5%. In 94.2% of cases, the perpetrator of sexual violence against children is male. It was concluded that sexual violence against children, mostly girls, is perpetrated in the domestic environment in which there is a subordination of gender and generation. The results also revealed that professionals of the network have the clarity of the routines of handling situations of violence. The monitoring of notifications is done mainly by the local coordination, but the regional coordination intervenes in cases without satisfactorily progress. Although the Network is free to contact other services of the Network, the coordination is a responsibility of the regional and local coordinations. The staff turnover and the high vulnerability of the families were identified as difficulties in coping with sexual violence. It was concluded that having an organized flow and services to meet children in situations of sexual violence as well as a link between the equipment, periodic monitoring, ongoing training and adequate register of notifications, are essential for a successful work as in the case of the Protection Network. The violence does not occur exclusively on the most vulnerable classes, but is visualized by compulsory notification. Thus, it was concluded that the need for a national policy that visualize the phenomenon of violence to society as a whole, which remarks the inequality that generates violence between different social groups, and ultimately enable professionals who attend the families. Finally, it was concluded that the Protection Network, despite its contradictions, has great potential as an instrument for coping with violence.

Keywords: Child Abuse, Sexual. Child Advocacy. Violence Against Women. Parent-Child Relations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa das regionais administrativas e bairros de Curitiba - 2005	40
Figura 2 – Pirâmide etária e projeção populacional para Curitiba - 2009	41
Quadro 1 – Categorias e subcategorias empíricas e temas extraídas dos discursos	51
Figura 3 – Fluxograma de encaminhamento da vítima após ocorrência da violência sexual. Curitiba - 2012.....	60
Figura 4 – Fluxograma de encaminhamento da ficha de notificação obrigatória – Três possibilidades. Curitiba - 2012	62
Figura 5 – Fluxograma de monitoramento dos casos pela Coordenação Regional. Curitiba - 2012	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Anos de estudo da população. Brasil, região Sul, Paraná e Curitiba - 2000	42
Tabela 2 – Número de Unidades da Rede Municipal de Saúde de Curitiba - 2008	43
Tabela 3 – Número e percentual de notificações de violência contra a criança, segundo natureza da violência. Curitiba - 2009	53
Tabela 4 – Caracterização da população estudada, segundo as variáveis de sexo e faixa etária (N= 269). Curitiba - 2009	54
Tabela 5 – Número e percentual da distribuição da violência sexual, em crianças na faixa etária de 0 a 9 anos, segundo tipo de violência e equipamento notificador. Curitiba - 2009	55
Tabela 6 – Número e percentual da distribuição da violência sexual, segundo sexo do agressor e relação com agressor. Curitiba - 2009.....	57
Tabela 7 – Número e percentual da violência sexual infantil, segundo relação com agressor e sexo da criança. Curitiba - 2009	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CEP-EEUSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CRAMIS	Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância
CREAS	Centro de Referência Especializado da Ação Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAS	Fundação de Ação Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IML	Instituto Médico Legal
IPPUC	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
MS	Ministério da Saúde
NO	Notificação Obrigatória
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto

PSF	Programa Saúde da Família
SMSDC-RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
TIPESC	Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita domiciliária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1	GERAÇÃO E GÊNERO	30
3.2	VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL	32
4	METODOLOGIA	35
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	36
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO	38
4.3	FONTE E COLETA DE DADOS EMPÍRICOS	44
4.4	SUJEITOS DO ESTUDO	45
4.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	46
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1	CARACTERÍSTICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA	52
5.2	FORMAS DE ENFRENTAMENTO DA REDE DE PROTEÇÃO	59
5.3	REDES LOCAIS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL	69
5.4	SIGNIFICADO DO TRABALHO PARA OS PROFISSIONAIS DA REDE	75
6	CONCLUSÕES	79
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES	96
	APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados	97
	APÊNDICE B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	98
	ANEXO	99
	ANEXO: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	100

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência é um tema de grande repercussão mundial, devido ao aumento da incidência de lesões intencionais, especialmente em mulheres e crianças. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece as sérias implicações, imediatas e a longo prazo, para a saúde e desenvolvimentos psicológico e social que a violência representa para indivíduos, famílias, comunidades e países; e os seus efeitos prejudiciais relacionados aos escassos recursos à disposição da saúde pública dos países e comunidades. Diante disso, a OMS declara que este fenômeno é um dos principais problemas mundiais de saúde pública ⁽¹⁾.

No entanto, Minayo compreende que a violência não é, por si só, uma questão de saúde pública. A autora a define como um fenômeno sócio-histórico, que acompanha toda a experiência da humanidade; e transforma-se em problema para a área da saúde porque afeta individual e coletivamente as pessoas, exigindo formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. Dessa forma, entende-se que é necessário considerar as estruturas sociais, econômicas e políticas para analisar tal fenômeno ⁽²⁾.

Em outro escrito, Minayo ⁽³⁾ acrescenta que apesar da violência, em si, não ser um tema da área da saúde, há um impacto sobre a saúde por acarretar lesões, traumas e mortes físicas e emocionais. Com vistas a compreendê-la, é necessário iluminar a discussão sobre o conjunto de problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida.

A partir da visão atual de violência contra crianças, nota-se que atos violentos, relacionados às crianças e adolescentes, acompanharam a história da humanidade ^(4,5,6). É importante considerar que há concordância com Domenach apud Minayo ⁽³⁾, que assinala que é necessário analisar a violência dentro da sociedade que a produz, em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica.

No intuito de procurar entender o fenômeno da violência, faz-se necessário perscrutar os atos violentos no decorrer da história da sociedade, entre crianças e adultos, de modo a compreender sua dinâmica.

Para a compreensão breve da trajetória histórica deste complexo tema serão aqui mencionados alguns exemplos da relação entre adultos e crianças em determinados momentos da história.

O cuidado concedido às crianças nas distintas conjunturas estão vinculados a valores e à moral que regem os costumes nas diversas sociedades, o que se traduz em diferentes significados para a infância, ou seja, as diferentes concepções que as sociedades tiveram acerca do que é (ou não) violência contra a criança.

A bíblia é um importante registro em que é possível observar quão antigas são as relações violentas contra as crianças. Guerra aponta que os grandes massacres sofridos na infância estão descritos no livro sagrado (7:22).

Como é o caso dos meninos judeus jogados ao rio, por ordem do faraó, por ocasião do nascimento de Moisés. O mesmo se repete em relação aos primogênitos egípcios do Êxodo e na matança de crianças nascidas em Belém, ordenada por Herodes, em perseguição a Jesus.

As civilizações antigas consentiam à prática do infanticídio. Em períodos de escassez de alimentos, crianças eram abandonadas – principalmente as meninas, já que o filho homem era mais valorizado – ou até mesmo mortas para garantir a sobrevivência de adultos ^(8,9). Havia questões religiosas que influenciavam essa prática: os povos fenícios e cartagineses sacrificavam crianças e ofereciam seus corpos aos deuses. Na sociedade espartana, as crianças portadoras de deficiências físicas eram condenadas à morte, pois não eram consideradas habilitadas para compor o exército, uma vez que valorizavam-se indivíduos robustos e saudáveis em sua cultura guerreira. Sob essa perspectiva, o pai tinha grande poder com relação ao destino dos filhos ^(7,11,12).

Um outro exemplo de violência contra as crianças ocorreu no decorrer da Revolução Industrial, em que filhos de indivíduos pertencentes a classes sociais baixas trabalhavam em indústrias e minas de carvão. Houve uma brutal exploração do trabalho infantil, cuja carga horária de serviço era cerca de 16 horas diárias ⁽⁷⁾.

Na história do Brasil também esteve presente o abandono de crianças. As Santas Casas de Misericórdia recebiam crianças rejeitadas por seus pais, geralmente fruto de uma relação extraconjugal e com tentativa de aborto mal sucedida. Entre 1859 e 1908, a Santa Casa do Rio de Janeiro recebeu cerca de 17 mil crianças ⁽¹²⁾.

Mais recentemente, crianças consideradas “diferentes” (que urinavam na cama, orelhas disformes, ou difíceis de educar) eram assassinadas na Alemanha nazista por envenenamento ou fome ⁽⁷⁾.

As relações violentas, construídas no decorrer da história da humanidade, cujo alicerce jaz na relação hierárquica e adultocêntrica, justificam a socialização de crianças. Os castigos dirigidos às crianças com fim educativo, como se observa na contemporaneidade, tem origens antigas. Segundo Rascovsky 1974 apud Guerra ⁽⁷⁾, desde a Suméria primitiva que já tinha o ‘homem de chicote’ até a Inglaterra de nossos dias, o castigo corporal de crianças foi institucionalizado. Guerra ⁽⁷⁾ acrescenta que o castigo corporal nas escolas inglesas foi eliminado recentemente, em 1969.

Nas diferentes sociedades citadas, é possível observar que as crianças sempre foram vistas como seres com menor valor e, por este motivo, passíveis de experimentar os diversos tipos de sofrimento.

A aprovação da Declaração Universal dos Direitos da Criança, adotada pela Assembleia das Nações Unidas, em 1959, e ratificada pelo Brasil, é considerada um avanço em termos de proteção da infância. A Declaração pactua direitos mínimos à população infantil, através de 10 princípios, que resumidamente são ⁽¹³⁾:

1) Todas as crianças, sem qualquer exceção, gozarão todos os direitos enunciados nesta Declaração. 2) A criança gozará proteção social e serão propiciadas oportunidades por lei, e por outros meios,

a fim de lhe estimular o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, de forma sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade. 3) Desde o nascimento, toda criança terá direito a um nome e a uma nacionalidade. 4) A criança gozará os benefícios da previdência social. Terá direito a alimentação, recreação e assistência médica adequadas. 5) A crianças incapacitadas física, mental ou socialmente serão proporcionados o tratamento, a educação e os cuidados especiais exigidos pela sua condição peculiar. 6) Para o desenvolvimento harmonioso de sua personalidade, a criança precisa de amor e compreensão. Criar-se-á, sempre que possível, aos cuidados e sob a responsabilidade dos pais e, em qualquer hipótese, num ambiente de afeto e de segurança moral e material. À sociedade e às autoridades públicas caberá a obrigação de propiciar cuidados especiais às crianças sem família e àquelas que carecem de meios adequados de subsistência. 7) A criança terá direito a receber educação, que será gratuita e compulsória pelo menos no grau primário. Ser-lhe-á propiciada uma educação capaz de promover a sua cultura geral e capacitá-la a desenvolver as suas aptidões, sua capacidade de emitir juízo e seu senso de responsabilidade moral e social, e a tornar-se um membro útil da sociedade. 8) A criança figurará, em quaisquer circunstâncias, entre os primeiros a receber proteção e socorro. 9) A criança gozará de proteção contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração. Não será permitido à criança empregar-se antes da idade mínima conveniente, que lhe prejudique a saúde ou a educação ou que interfira em seu desenvolvimento físico, mental ou moral. 10) A criança gozará de proteção contra atos que possam suscitar discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza. Criar-se-á num ambiente de compreensão, de tolerância, de amizade entre os povos, de paz e de fraternidade universal.

Tendo em vista que antes da Constituição Federal de 1988, crianças e adolescentes eram considerados propriedade de seus pais, a mudança advinda da atual Constituição Brasileira, no seu capítulo VII e artigo 227, é considerada um importante passo na garantia de proteção à infância e à adolescência no Brasil, pois passa a considerar este grupo como sujeito de direitos ⁽¹⁴⁾.

Em 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas, adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança – Carta Magna para as crianças de todo o mundo, que reconhece a existência de crianças vivendo em condições difíceis em todos os países do mundo, assim como a necessidade da melhoria das condições de vida dessas crianças. No ano seguinte o documento foi oficializado como lei internacional. Este é um dos mais importantes instrumentos de direitos humanos. Foi ratificado por 193 países, exceto Estados Unidos e Somália ⁽¹⁵⁾.

No Brasil, promulgado pela Lei Federal nº 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) trouxe mais mudanças na concepção de atendimento à criança. O ECA é fundamentado na doutrina de proteção integral, na qual a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais à pessoa humana, cabendo à família, à sociedade e ao Estado, o dever de garanti-los. Sendo assim ^(16:9-10):

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

Assim, da mesma forma que este grupo deve ser respeitado, carece de ser protegido, por sua condição de pessoa humana em desenvolvimento físico, moral, social e psicológico.

Vidalga, Félix e Urvanegia ⁽¹⁷⁾ acrescentam nessa perspectiva que, após o ECA:

O fenômeno da violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes deixa de ser apenas um crime contra sua liberdade sexual e passa a ser uma violação dos direitos ao respeito, à dignidade, à liberdade, à convivência familiar saudável, e às oportunidades e facilidades para o desenvolvimento físico, mental, moral, social e sexual.

O ECA foi referência fundamental para elaboração e aprovação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil, em 2000 ⁽¹⁸⁾. A efetivação do Plano constituiu-se em real projeto de sociedade para transformar em vivência o novo paradigma do ECA. O Plano reafirma os princípios da proteção integral, da condição das crianças enquanto sujeitos de direitos e de condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, da gestão paritária, da descentralização, da regionalização e da responsabilização. Sendo assim, tem como objetivo geral “estabelecer um conjunto de ações articuladas que permita a intervenção técnico-política e

financeira para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes” (18:14).

Em maio de 2001, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência, por meio da Portaria 737 MS/GM. Esta Política prioriza as medidas preventivas, o que inclui ações de promoção à saúde, bem como ações de prevenção que evitem a ocorrência de violências e acidentes; e também medidas voltadas para o atendimento de vítimas, com vistas a impedir as sequelas e mortes causadas por estes eventos. Dessa forma, visa reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil por meio de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. ⁽¹⁹⁾

Conforme assinala Minayo ⁽³⁾, o documento explora as formas pelas quais a violência afeta o setor saúde, e também como a sociedade, na qual a violência está presente, a gera e a reproduz. Além disso, acrescenta que o texto faz uma diferenciação entre o conceito de violência e o de acidentes.

Apostólico ⁽²⁰⁾ aponta, em sua tese, que essa diferenciação é fundamental para ter clareza da importância do problema, tendo em vista que eram tratadas de forma conjunta pela Classificação Internacional de Doenças (CID) como causas externas.

Considera-se tal Política importante, pois, assim como o presente trabalho, trata do tema enquanto um problema social e histórico; além disso, o situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida. Minayo ⁽³⁾ analisa o texto oficial como um processo crescente de tomada de consciência sobre o problema.

Após a promulgação desta portaria, foi organizada uma Área Técnica para Acidentes e Violências, no Ministério da Saúde, cujo objetivo tem sido “mobilizar, articular e pactuar ações integradas intra e intersetoriais, orientando parcerias técnicas, institucionais e financeiras para a estruturação de uma rede nacional de enfrentamento da questão” ^(3:60).

A partir de então, foram incentivadas diversas ações locais nos estados e municípios, assim como a realização de seminários com a

temática da violência urbana e saúde pública apoiados pelo MS, Conselho Nacional de Saúde e Congresso Nacional, em 2002 ⁽³⁾.

Segundo Minayo ⁽³⁾, um dos passos mais significativos foi a formulação de um Plano de Ação, iniciado em 2003 e oficializado pela Portaria 936 do MS, em 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.

A partir da vigência da Lei nº 12.015/2009, que entre outras atualizou conceitos, a nova descrição legal de estupro é ^(21:7): *“Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão de seis a dez anos”*. Antes desta lei, qualquer outro ato libidinoso que a mulher ou o homem eram submetidos, como penetração oral ou anal, não era considerado estupro e, sim, *“atentado violento ao pudor”*, o que descaracterizava a amplitude da violência.

A nova lei também prevê (Capítulo II, do Título VI) o *“estupro de vulnerável”*, que se fundamenta em ^(21:8)

“Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de catorze anos” (art. 217-A); “induzimento de menor de catorze anos a satisfazer a lascívia de outrem” (art. 218); “satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente” (art. 218-A); “favorecimento de prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável” (art. 218-B).

Sendo assim, a violência sexual caracteriza-se por quaisquer formas de constrangimento contra a expressão da sexualidade, de modo que não é mais considerada apenas a coação mediante violência física. Trata-se assim de um grande avanço em termos punitivos ⁽²¹⁾.

Conforme descrito no resgate histórico das políticas públicas voltadas para atender a demanda de violência, considera-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba foi pioneira no trabalho de Rede de Proteção

à Violência. Com vistas à atenção integral, garantida por políticas públicas preventivas, o município de Curitiba implantou, em 2000, a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência⁽²²⁾. E, desde então, a Rede está composta por um conjunto de ações integradas e inter-setoriais para prevenir a violência, principalmente a doméstica e a intrafamiliar, de natureza sexual; e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para violência ⁽²²⁾.

Segundo Whitaker ⁽²³⁾, no trabalho em rede, os componentes ligam-se horizontalmente a todos os demais, de modo que o conjunto resultante é uma malha que pode espalhar-se, sem que nenhum de seus nós seja considerado principal ou representante dos demais. Segundo o autor, não há um chefe, mas sim uma vontade coletiva de realizar um objetivo comum.

A Rede está organizada em níveis ⁽²²⁾: Coordenação Municipal, Coordenação Regional e Redes Locais. Sendo assim, cada uma exercendo o seu papel, é possível articular as instituições governamentais e não governamentais para a efetivação das ações integradas e intersetoriais nos âmbitos municipal, regional e local. Para isso, são estabelecidas normas e atribuições dos profissionais e instituições envolvidas.

Tendo em vista que violência tem como característica o obscurantismo, assegurado por meio do medo, intimidação e agressões, a Rede de Proteção possibilita a reverberação da temática. Isso pode contribuir com a formulação de políticas públicas, além de viabilizar o atendimento e acompanhamento constantes, o que também contribui para a redução das consequências da violência, assim como previne novos episódios ⁽²²⁾.

O presente estudo tem a finalidade de subsidiar a melhoria do reconhecimento da vulnerabilidade infantil frente à violência sexual e seu enfrentamento no trabalho em rede.

2 **OBJETIVOS**

2 OBJETIVOS

Geral:

- Compreender as características da violência sexual contra a criança e suas formas de enfrentamento na atenção básica.

Específicos:

- Analisar os dados obtidos pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência no ano de 2009, referentes à violência sexual contra a criança;
- Descrever as formas de enfrentamento proposto pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência;
- Identificar o papel das Redes Locais da Rede de Proteção no enfrentamento da violência sexual infantil.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A violência contra a criança, dentre suas diversas faces e nuances, está estabelecida quando há uma “ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral” ⁽¹⁹⁾.

A OMS define violência como “o uso 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” ⁽¹⁾. No Brasil, o Ministério da Saúde assume como violência o evento representado por “ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” ⁽²⁾.

Minayo ⁽²⁾ aponta que essas duas visões são convergentes e que está implícito o sentido da intencionalidade da violência; é uma expressão eminentemente humana, pois apenas os seres humanos possuem intencionalidade nos seus atos ou omissões, mostrando mais uma vez o caráter histórico da violência, que reconhecida como tal, pode ser analisada e superada.

Com o intuito de evitar reduzir a reflexão sobre a violência ao mundo da naturalização da delinquência dos seres humanos, Minayo ^(24,25) apresenta uma classificação geral para o fenômeno: a) *violência estrutural*: é aquela que se expressa nas estruturas e instituições sociais (família, sistema econômico, cultural e político), que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, incluindo discriminações de classe, raça, sexo e idade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte; b) *violência de resistência*: refere-se às diversas formas de respostas dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos pela violência estrutural, as quais ocorrem de modo organizado, de modo a criar a consciência da transformação; c) *delinquência*: é aquela que se manifesta nas ações fora da lei socialmente reconhecida, nesse caso Minayo ^(24,25) pondera que a criminalidade alimenta-se das desigualdades sociais, da alienação dos

indivíduos, do culto à força e ao machismo, e entre outros valores presentes no modo de produção vigente. Ressalta-se que o presente estudo será voltado para a violência estrutural.

A partir da compreensão de que as relações entre os indivíduos e o coletivo situam-se de modo transversal à organização da sociedade, sendo parte desta totalidade, entende-se o motivo pelo qual a sociedade permite, ou suporta, relações de violência entre seus pares, seja ela intrafamiliar, doméstica, extrafamiliar, contra a criança, mulher, homens, idosos.

Sendo assim, considera-se que a violência contra as crianças reflete a existência de problemas sociais e está vinculada à estrutura social, que rege as relações interpessoais a partir de normas e valores que contêm em seu cerne relações assimétricas de poder, asseguradas pela força física e medo, culminando em dominação e opressão geracional e de gênero.

Azevedo e Guerra ⁽²⁶⁾ definem violência doméstica como relações assimétricas de poder que objetivam a dominação, exploração e opressão. No que toca a violência doméstica contra crianças e adolescentes, as autoras elucidam do seguinte modo ^(26:36):

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes tem de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Dentro das concepções de Azevedo e Guerra ⁽²⁷⁾, o fenômeno da violência sexual infantil doméstica é: a) *virulentamente democrático*, por ocorrer em todas classes sociais, etnias e credos religiosos; b) *recorrente*, pois o abuso sexual doméstico caracteriza-se pela reiteração; c) *fato crítico*, no qual a direção dominante do abuso é de um adulto do sexo masculino que agride criança ou adolescente do sexo feminino; d) *cíclico*, pois se reproduz de uma geração para a outra; e) *grave*, porque as consequências do abuso sexual incestuoso são devastadoras para a vítima.

O Protocolo da Rede de Proteção classifica quatro tipos de violência, que são: intrafamiliar, extrafamiliar, auto-infligida ou auto-agressão e fetal⁽²²⁾.

A “violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física ou psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família”^(22:32), podendo ocorrer dentro ou fora de casa, e ser perpetrada por algum membro da família, bem como pessoas que passam a assumir laços parentais. Há uma diferenciação entre violência doméstica e intrafamiliar, pois a primeira inclui pessoas que convivem no espaço doméstico mesmo sem laços parentais. No entanto, o protocolo considera o termo intrafamiliar por considerar este conceito como fruto e consequência das relações humanas no espaço familiar⁽²²⁾.

Faleiros sintetiza o conhecimento produzido até então sobre a violência intrafamiliar, e destaca nove dimensões para facilitar a apreensão do tema: 1) Segredo familiar: os atores estão envolvidos em relações familiares, em que os abusadores são parentes ou próximos das vítimas. Há uma complacência dos membros da família, com a intenção de proteger a ‘honra’ do abusador, e de preservar o provedor, que vincula sua ação à sedução e à ameaça. 2) As pessoas vitimizadas carregam o trauma, caracterizado pelo medo, vergonha e terror. 3) Reincidência: os abusadores não se restringem à vitimização de apenas uma pessoa. 4) As pessoas que sofreram violência tendem a repeti-la da mesma forma que foram vitimizadas na infância. 5) A violência está presente em todas as classes sociais. 6) Crianças e adolescentes podem sofrer violência em qualquer idade, entretanto os traumas são diferentes, de acordo com a idade, bem como a capacidade de compartilhar e de resistir. 7) Por questões culturais e autoritárias, é comum o ‘perdão’ do abusador pela família, que se torna impune do crime cometido. 8) As agressões físicas e/ou sexuais são justificativas frequentes da fuga de casa em depoimentos de meninos e meninas de rua. 9) Tendo em vista a complexidade do problema, é necessário acompanhamento interdisciplinar e multiprofissional dos vitimizados⁽²⁸⁾.

A violência extrafamiliar sucede fora do convívio familiar e é praticada por vizinhos, conhecidos, profissionais de instituições, ou desconhecidos. Considera-se auto-agressão, ou auto-infligida, a prática de violência contra si mesmo, como o suicídio, automutilações e comportamentos de risco. A violência fetal é praticada pela gestante contra o feto, ou quando a gestante sofre alguma forma de violência, por outra pessoa, direcionada ao feto ⁽²²⁾.

O Protocolo da Rede ^(22:34-35) classifica a violência conforme sua natureza, seguindo o referencial teórico proposto pelo Ministério da Saúde ⁽¹⁴⁾ e pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres ⁽²⁹⁾. Dessa forma, os atos violentos podem ser reconhecidos em quatro modalidades de expressão: a) “*violência física*, que se dá pelo uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar a criança ou adolescente, deixando, ou não, marcas evidentes em seu corpo”; b) *violência sexual*, considerada como toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais, das quais o agressor tenta obter gratificação; c) “*violência psicológica* é considerada toda a ação que coloque risco ou cause dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente, de modo a atender as necessidades psíquicas de outrem, por meio de rejeição, depreciação, desrespeito, cobranças exageradas ou punições humilhantes”; d) “*negligência* é toda a forma de omissão, ou seja, o não provimento das necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança e do adolescente”. Há quatro modalidades de negligência, que são: *proteção*, quando as ações prejudicam a integridade e expõem a criança ou o adolescente ao risco; *saúde*, quando não se recebe condições para a manutenção da saúde; *educação*, quando os pais ou responsáveis não oferecem condições mínimas para o desenvolvimento educacional da criança ou do adolescente; e *estrutural*, quando decorre de questões estruturais, econômicas e sociais e resultam em condições de vida fora do controle da família.

3.1 GERAÇÃO E GÊNERO

Assis, Deslandes e Marques ⁽³⁰⁾ afirmam que a existência de maus tratos ou abuso contra crianças sustenta-se pela existência de um sujeito agressor em condições superiores (idade, força, posição social, condição socioeconômica, inteligência, autoridade), que comete algum dano (físico, psicológico, sexual, emocional) contrário à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir da indução ou sedução enganosa.

A condição superior do agressor apontada pelas autoras tem alicerce nas relações desiguais de poder entre gerações que se estabelecem na sociedade, principalmente em relações violentas. Também é de parecer de Pereira ⁽³¹⁾ que a relação de poder, dominação e opressão é aquilo que estimula o agressor.

Landini ⁽³²⁾ analisou matérias publicadas em um jornal brasileiro de grande circulação, *O Estado de São Paulo*, a partir de um banco de dados que cobriu todo o século XX. Todas as reportagens coletadas foram a respeito da violência sexual envolvendo menores de idade.

A autora ⁽³²⁾ concluiu que houve uma mudança, com o passar dos anos, na forma de compreender a violência sexual contra menores de idade, de modo que ocorreu um deslocamento do enfoque de gênero para geração. A princípio, as reportagens colocavam a ênfase na questão de gênero, ou seja, na desigualdade entre homens e mulheres. No fim do século XX, passou a ser vista também como uma questão em que há desigualdade na relação entre crianças e adultos.

Segundo Saffioti ^(33:20), a sociedade ocidental, em especial a brasileira, apresenta relações sociais permeadas pelo poder, com raízes em uma ordem social iníqua, em que há uma *síndrome do pequeno poder*, no qual “utilizando-se dele, pode-se compreender que a estrutura social oferece condições propícias à perpetuação do *status quo* em que o poder é macho, branco, rico e adulto”.

A autora ⁽³³⁾ acrescenta que tais relações revelam a desigualdade social presente entre os envolvidos, de modo que mulheres são socialmente

consideradas inferiores a homens, negros socialmente inferiores a brancos, pobres socialmente inferiores a ricos e, por fim, crianças são socialmente inferiores a adultos.

Estudo que objetivou compreender a influência das categorias gênero e geração na construção do fenômeno da violência, revelou o caráter intergeracional da violência doméstica, na medida em que tal fenômeno se configurou como um processo de dominação e demonstração do poder. Sendo assim, há uma posição e um papel socialmente definidos, que refletem a organização e estrutura funcional familiar ⁽³⁴⁾.

Esse caráter androcêntrico e adultocêntrico da sociedade legitima a relação de dominação, que se polariza entre homens, de um lado, e mulheres e crianças, em um outro extremo. Nesta perspectiva, é natural que mulheres e crianças subjuguem-se à autoridade dos homens.

A perspectiva de gênero possibilita melhor compreensão do fenômeno. Saffioti ^(35:41) afirma que o “gênero é uma construção social que define o ser homem e o ser mulher”, sendo que as relações sociais regulam as condutas socialmente aceitáveis quanto à expressão do sexo feminino ou masculino.

Segundo Fonseca ⁽³⁶⁾, o sexo, enquanto produto das relações sociais, é social e historicamente construído e “entendido como elemento constitutivo destas relações nas quais as diferenças são apresentadas como naturais e inquestionáveis” ^(36:455).

Scott ^(37:21) o define como “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Desta sorte, a violência de gênero é uma expressão das relações desiguais entre homens e mulheres que constitui relevante componente do poder masculino, por revelar a normatização de estruturas hierarquizadas entre homens e mulheres e entre adultos e crianças ⁽³⁷⁾.

Gomes, Diniz, Araújo e Coelho consideraram que a categoria gênero permite compreender os papéis socialmente pré definidos para homens e

mulheres; e ponderam que é fundamental para perceber as relações de violência no espaço familiar ⁽³⁴⁾.

Guedes e Fonseca ⁽³⁸⁾ atribuem o fenômeno da violência contra a mulher à naturalização da desigualdade entre os sexos, construída historicamente como um mecanismo ideológico que legitima o *status quo*, permitindo, assim, a sujeição das mulheres nas relações de gênero. A diferença se assenta no caráter biológico exclusivo, quando na verdade ocorre devido à classificação social baseada nas diferenças entre os sexos.

A partir dos escritos de Saffioti ^(39, 40) entendeu-se que as construções simbólicas legitimam a dominação masculina tanto no plano individual, quanto no coletivo. Não obstante, o poder masculino transpõe as relações sociais, transforma-se em algo objetivo, e ganha forma em estruturas hierarquizadas, tendo o espaço doméstico como um *locus* privilegiado para o exercício deste poder, de ordem patriarcal.

Fonseca ⁽³⁶⁾ pondera a necessidade de analisar a realidade a partir de uma compreensão alquimizada pelas diferentes categorias (gênero, geração etnia), dependendo do fenômeno a ser iluminado. Saffioti ⁽⁴⁰⁾ complementa a ideia ao escrever que a organização da estrutura social é muito complexa e resulta de três hierarquias ou contradições – gênero, etnia e classe.

3.2 VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

A violência sexual infantil é um tema bastante disseminado e de difícil enfrentamento, pois encontra-se preservada pelo “segredo familiar”, por meio da “conspiração do silêncio”. Segundo Habigzang e Koller ⁽⁴¹⁾, é uma das formas mais graves, recorrente e geradora de efeitos negativos para o desenvolvimento das vítimas, dentre as diversas formas de violência contra crianças e adolescentes. O fenômeno ocorre em ambos os sexos, nas diferentes classes sociais, etnias e faixas etárias, e não reconhece fronteiras culturais ^(42,43,44,45).

Habigzang e Koller ⁽⁴¹⁾ definem abuso sexual nas situações de envolvimento de crianças e adolescente em atividade sexual, nas quais não compreendem totalmente, ou que são incapazes de dar consentimento, considerando, assim, que não estão preparadas para vivenciar esta situação devido seu estágio de desenvolvimento.

Azevedo e Guerra ⁽²⁶⁾ entendem que abuso-vitimização sexual infantil é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos que tem a finalidade de estimular sexualmente a criança ou de utilizá-la para obter estimulação sexual própria.

No seu âmbito doméstico, é concebido por Azevedo e Guerra ⁽²⁷⁾ como um abuso sexual praticado no lar contra pessoas menores de 18 anos de idade, sendo perpetrado por alguém que apresenta relação de consanguinidade (pais, filhos, irmãos, tios, avós biológicos) com a vítima ou, então, de afinidade (padrasto, madrastra, enteado, enteada), ou de responsabilidade (tutor e dependentes legais).

Outra abordagem sobre esta questão vem de Cohen ^(46:212), o qual define incesto como “um abuso sexual intrafamiliar, com ou sem violência explícita, caracterizado pela estimulação sexual intencional por parte de algum dos membros do grupo que possui vínculo parental pelo qual lhe é proibido o matrimônio”. Dessa forma, o incesto tem como características o abuso sexual e o vínculo familiar.

A literatura aponta que das relações de violência sexual incestuosa praticada contra crianças por parentes ou responsáveis legais, a mais frequente é o incesto entre pai e filha ⁽⁴⁷⁾.

Forward e Buck ^(47:11) definem incesto como “qualquer contato abertamente sexual entre pessoas que tenham um grau de parentesco ou acreditem tê-lo”. Tal definição é abrangente, pois inclui padrasto, madrastra, meio-irmãos, avós e até mesmo pessoas que assumam papel parental. Dessa forma, segundo as autoras, quando a confiança existente entre uma criança e um parente for violada, por qualquer ato de abuso sexual, trata-se de um incesto.

Azevedo e Guerra ⁽²⁷⁾ apontam duas teorias que procuram explicar o fenômeno, que são: unidimensional e multidimensional. A primeira patologiza o agressor como um doente mental (modelo de patologia individual); a família, a qual é responsável por propiciar um ambiente adequado para o abuso (modelo de patologia social); e, por fim, a vítima, considerando-a como um ser sedutor (modelo de vitimologia). Já a teoria multidimensional, com vistas a evitar o determinismo subentendido nas teorias unidimensionais, consideram que o abuso é resultante apenas da interação de fatores dos indivíduos, da sociedade e da cultura, os quais se concretizam no cotidiano familiar.

Azevedo e Guerra ^(27,48) consideram que as teorias unidimensionais e multidimensionais são insuficientes para explicar o cerne do fenômeno. A teoria unidimensional falha, devido sua visão parcial, fragmentária e a-histórica; e a multidimensional apresenta uma pluralidade de condicionantes, sem hierarquizá-los. Sendo assim, tais teorias deixam de captar a historicidade do fenômeno e não explicam a produção e reprodução da violência sexual doméstica na história de vida de indivíduos inseridos em uma família, em uma sociedade. Dessa forma, apontam que uma *“real compreensão só será atingida quando conseguirmos sair do marco dessa abordagem para o de uma teoria crítico-dialética”*.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e transversal, de abordagem metodológica quantitativa e qualitativa sobre as características da violência sexual contra a criança e suas formas de enfrentamento na atenção básica.

Segundo Minayo, o uso da metodologia quantitativa tem o objetivo de explicitar dados, indicadores e tendências observáveis, ou de produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática ⁽⁴⁹⁾.

Para a mesma autora, o método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, que são produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam ⁽⁴⁹⁾.

A pesquisa quantitativa, em sua racionalidade científica e lógica, é adequada a estudos que necessitam de mensuração, diferentemente da qualitativa, que visa investigar fatos ou fenômenos em busca da compreensão de sua essência ⁽⁵⁰⁾. Cada método tem seu papel, seu lugar e sua adequação. Contudo, não se deve priorizar um em detrimento do outro, pois ambos podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social ⁽⁴⁹⁾.

Dentro das concepções de Minayo ⁽⁴⁹⁾, os métodos quantitativos e qualitativos são mais que pares de oposições, pois quando interagem de modo dialógico, traduzem as articulações entre o singular, o individual e o coletivo presentes nos processos de saúde-doença, constituindo um avanço na compreensão dos problemas de saúde. A utilização destes métodos em conjunto promove uma construção da realidade mais elaborada e completa, pois uma investigação de cunho qualitativo pode implicar em questões passíveis de serem respondidas por meio de estudos quantitativos, trazendo-lhe um acréscimo compreensivo e vice-versa ⁽⁴⁹⁾.

Este estudo teve como marco teórico-metodológico a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPEESC, proposta por Egly ⁽⁵¹⁾, pois entende-se necessário partir da historicidade e dinamicidade, enquanto visão de mundo, para aproximarmos-nos do objeto fenomênico. A TIPEESC apresenta uma proposta sistematizadora com cinco etapas, que são: a) captação da realidade objetiva; b) interpretação da realidade objetiva; c) construção do projeto de intervenção na realidade objetiva; d) intervenção na realidade objetiva; e) reinterpretação da realidade objetiva.

Segundo Egly ^(51:103), a TIPEESC

“Na sua vertente metodológica, é sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção”.

O presente estudo fez uso da categoria conceitual da TIPEESC, na medida em que se define como “um conjunto totalizante de noções e ideias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado” ^(51:51).

Impregnada pela categoria conceitual da TIPEESC, a presente autora considerou importante elaborar um resgate histórico da violência contra as crianças, conforme anunciado na introdução do trabalho, pois entende-se que a maneira pela qual a violência e a infância são compreendidas na atualidade subjaz ao modo que foram construídas no decorrer da história. Completou-se a análise histórica com a descrição dos marcos da superestrutura jurídico-política, representada pelo Estado, com as políticas governamentais voltadas para o enfrentamento da violência.

Nas etapas de descrição do cenário de estudo e análise da violência sexual contra a criança registrada pela Rede, foram desenvolvidas duas das cinco etapas propostas pela TIPESC, que são captação e interpretação da realidade objetiva.

O presente estudo considera importante ter clareza da realidade objetiva, de modo a obter uma visão dinâmica e processual da realidade. Dessa forma, considera-se que a dimensão estrutural é constituída pela política nacional de saúde de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes; que a dimensão particular é formada pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, de caráter municipal; e que a dimensão singular refere-se às instituições notificadoras que compõem a rede local. Acrescenta-se que o presente estudo será voltado para a dimensão particular do fenômeno.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Este item faz parte do reconhecimento da realidade objetiva, de modo que contribui substancialmente com a interpretação da mesma, conforme proposto pela TIPESC de Egry ⁽⁵¹⁾, já referido no capítulo de caracterização do estudo.

Nem todas as bases de dados são referentes aos mesmos anos dada a dificuldade na obtenção durante o período de coleta. Utilizou-se o conteúdo por se considerar a relevância na composição totalizadora da análise do fenômeno.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Curitiba, capital do Paraná, composta por nove regionais (Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, CIC, Matriz, Pinheirinho, Portão e Santa Felicidade), que gerenciam 75 bairros (FIGURA 1). Em 2010, havia em Curitiba 435,27 km² e 1.751.907 habitantes, configurando uma densidade demográfica de 4.024,84 habitantes por km² ^(52,53).

De acordo com o censo demográfico do IBGE, de 2010, Curitiba apresenta 635.631 domicílios, dos quais 634.538 são particulares e 1093, coletivos ⁽⁵³⁾.

Deste total de habitantes, 155.080 vivem em situação de pobreza, ou seja, 8,85% da população curitibana vive com renda familiar *per capita* de até meio salário mínimo. Em 2000 Curitiba apresentou o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) no valor de 0,8509. O IDH é composto a partir de dados de longevidade (expectativa de vida ao nascer), educação (taxas de alfabetização e de escolarização), e renda (Produto Interno Bruto – PIB *per capita*). É utilizado para comparar os países em seu grau de desenvolvimento, classificando-os como desenvolvido, em desenvolvimento e subdesenvolvido. Quanto mais próximo do número um, maior o desenvolvimento humano. Entre os municípios brasileiros, Curitiba está bem colocada, em 16º lugar no ano referido ^(53,54).

Fonte: Guia geográfico de Curitiba (53).

Figura 1 – Mapa das regionais administrativas e bairros de Curitiba - 2005

Não obstante, o índice de Gini, também do ano de 2000, é no valor de 0,590 ⁽⁵⁴⁾. O coeficiente de Gini é um parâmetro internacional que mede a desigualdade de distribuição de renda entre os países. Quanto mais próximo de zero, melhor é a distribuição de renda. O valor encontrado evidencia desigualdade social.

Na pirâmide populacional da Figura 2, verifica-se que há uma expressiva população jovem, caracterizada pela base larga, seguida de afunilamento nas idades mais avançadas, que indica baixa expectativa de vida, sendo comum de países em desenvolvimento ⁽⁵⁶⁾.

Fonte: IPARDES

Elaboração: IPPUC/Banco de dados

Figura 2 – Pirâmide etária e projeção populacional para Curitiba - 2009

A cidade apresenta uma taxa de crescimento que vem declinando a cada censo demográfico. Entre os anos 70 e 80, o crescimento anual foi de 5,34%. No período entre 1991 e 2000, a taxa registrada foi de 2,11% ao ano. De acordo com o último censo, de 2010, Curitiba teve a taxa de crescimento anual de 0,99% ⁽⁵⁷⁾.

Verificou-se que os chefes de domicílios são majoritariamente homens. A escolaridade predominante entre homens e mulheres, dentre os responsáveis pelos domicílios de Curitiba, encontra-se na faixa entre 11 e 14 anos de estudo, seguida pela de 4 a 7 anos, e em seguida com 15 anos ou mais ⁽⁵⁶⁾.

Ainda sobre a educação, podemos observar na Tabela 1 que Curitiba apresenta um bom desempenho quando comparada ao Brasil, à região Sul e ao restante do Paraná ⁽⁵⁸⁾.

Tabela 1 – Anos de estudo da população. Brasil, região Sul, Paraná e Curitiba - 2000

Anos de estudo	Brasil	Sul	Paraná	Curitiba
Sem instrução e menores de 1 ano	16,17	8,83	11,76	4,12
1 a 3 anos	18,48	16,81	18,72	9,92
4 a 7 anos	30,75	37,31	32,72	24,94
8 a 10 anos	12,73	14,15	13,51	15,98
11 a 14 anos	15,13	15,74	16,29	27,40
15 anos ou mais	6,54	6,89	6,69	17,39

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000

Elaboração: SME/Departamento de Informações

A Rede Municipal de Saúde apresenta 141 equipamentos de saúde, que estão discriminados na Tabela 2 ⁽⁵⁷⁾.

Tabela 2 – Número de Unidades da Rede Municipal de Saúde de Curitiba - 2008

Rede Municipal de Saúde por Tipo em Curitiba - Julho/2008	
Tipo de Unidade	Nº de Unidades
Unidade de Saúde	121
Básica	50
Saúde da Família ⁽¹⁾	51
Saúde da Família e Especializada	1
Urgências Médicas ⁽²⁾	8
Especializada ⁽³⁾	11
Hospital Municipal	1
Laboratório Municipal	1
CAPS / Centro Municipal de Urgências Médicas⁽⁴⁾	13
Residência Terapêutica	5
Total	141

Fonte: SMS, IPPUC - Banco de Dados/ SEUC - Sistema de Equipamentos Urbanos de Curitiba

Elaboração: IPPUC - Banco de Dados

Nota: (1) Estratégia Saúde da Família

(3) CMUM - Centro Municipal de Urgências Médicas

(2) 9 Especializada e 3 Centros de Especialidades

(4) 9 Municipais e 4 Conveniadas

As principais causas de internação pelo SUS em 2006 são: gravidez, parto e puerpério (17,1%), transtornos mentais e comportamentais (10,9%), doenças do aparelho circulatório (10,8%), neoplasias (8,8%), outras causas que incluem causas externas (8,4%), doenças do aparelho respiratório (8,3%), doenças do aparelho digestivo (7,4%) e doenças infecciosas e parasitárias (4,9%) ⁽⁵⁷⁾.

As cinco principais causas de morte, no ano de 2008, segundo tipos de doenças em menores de 1 ano, foram: afecções originadas no período perinatal; mal formação congênita, deformação, anomalias cromossômicas; doenças do aparelho respiratório; causas externas; e doenças do aparelho circulatório ⁽⁵⁹⁾.

No Brasil, a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência, de 2001, evidenciou a necessidade de diferenciar acidentes de violência, os quais se mesclam no CID 10 em “causas externas” ⁽¹⁹⁾.

A criação da Rede de Proteção, em 2000, tem o objetivo reduzir a violência contra crianças e adolescentes, principalmente a doméstica e a intrafamiliar, de natureza sexual ⁽²²⁾.

Essa Rede é composta pela Coordenação Municipal, que possui um representante titular e um suplente de cada secretaria ou estrutura equivalente; pela Coordenação Regional, que possui uma organização colegiada por representantes da Fundação de Ação Social (FAS), e das Secretarias Municipais da Educação e da Saúde; e pelas Redes Locais, compostas por representantes das unidades notificadoras (FAS, Secretarias Municipais da Educação e da Saúde), bem como outras as instituições governamentais e não governamentais em âmbito local ⁽²²⁾.

Os equipamentos que compõem a Rede Local são as CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil, as escolas municipais, os CREAS – Centro de Referência Especializado da Ação Social, os CRAS – Centro de Referência em Ação Social, os CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Hospitais ⁽²²⁾.

A escolha do município de Curitiba para o presente estudo deu-se devido ao pioneirismo de sua Secretaria Municipal de Saúde na notificação e atuação perante a violência contra crianças e adolescentes, de modo que a Rede de Proteção se mostra experiente na abordagem da problemática.

4.3 FONTE E COLETA DE DADOS EMPÍRICOS

As fontes secundárias foram constituídas pela base de dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência; por dados sócio-demográficos do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC); pelos bancos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e pelos relatórios anuais da rede de proteção.

As fontes primárias foram constituídas pelos discursos dos profissionais da coordenação municipal e regional da Rede de Proteção. Estes dados foram obtidos por meio de entrevista semi-diretiva, utilizando-se um roteiro com questões norteadoras, que auxiliaram na coleta dos dados empíricos, direcionando os depoimentos de acordo com os objetivos do estudo (APÊNDICE A). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos das fontes primárias do estudo foram os profissionais do nível regional e municipal da Rede de Proteção. Os dados do material empírico refletem a visão daqueles que norteiam o trabalho dos profissionais da Rede Local.

Foi realizado um contato prévio com os profissionais e agendado dia e horário para a entrevista. Dessa forma, a seleção foi aleatória. Aqueles que se disponibilizaram a relatar suas experiências participaram do estudo. Totalizou-se sete entrevistas, de modo que o tamanho da amostra seguiu o critério de saturação. Na medida em que os conteúdos levantados pelos últimos entrevistados repetiu-se, a pesquisadora finalizou a coleta. Os profissionais foram entrevistados em seus locais de trabalho, em ambiente reservado.

Com a intenção de garantir o anonimato dos participantes e de facilitar ao leitor a contextualização das falas, os entrevistados foram identificados com a letra E, e numerados de 1 a 7.

Os sujeitos da fonte secundária foram as crianças na faixa etária entre 0 a 9 anos, notificadas pelos equipamentos da Rede Local e compilados na base de dados da Rede de Proteção.

A escolha dessa faixa etária seguiu a classificação do Ministério da Saúde, que considera criança a pessoa entre 0 a 9 anos e adolescente, entre 10 a 19 anos. Tal divisão tem em vista atender as especificidades de

cada grupo nas fases de crescimento e desenvolvimento da criança, bem como no início da puberdade ⁽⁶⁰⁾.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Os dados de fontes secundárias foram colocados em uma base Excel® e submetidos à análise estatística por meio do programa Epi Info – versão 6.04d. Os resultados foram apresentados no formato de tabelas, que permitiu uma descrição resumida do fenômeno.

Foi utilizada a hermenêutica dialética, proposta por Minayo ⁽⁴⁹⁾, como método para interpretação dos discursos e respostas provenientes das entrevistas, com ênfase na análise de conteúdo temático categorial elaborada por Bardin ⁽⁶¹⁾. Ambas as autoras são utilizadas em pesquisas qualitativas e visam buscar sentido nas análises documentais. A análise dos dados também teve como alicerce teórico as categorias de geração e de gênero.

Bardin ⁽⁶¹⁾ define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter a descrição do conteúdo das mensagens, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, de modo a inferir sobre os conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção das mensagens.

Dentre as análises de conteúdo, encontra-se a análise por categorias, a mais utilizada pelos pesquisadores, que “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos” ^(61:199).

Bardin ⁽⁶¹⁾ tem uma proposta de organização da análise com diferentes pólos cronológicos: a) *pré-análise*: é uma fase de organização e tem o objetivo de sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir a um plano de desenvolvimento dos passos seguintes, ou seja, um plano de análise; b) *exploração do material*: consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração, a partir de regras previamente

estabelecidas; c) *tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*: os resultados brutos são tratados de maneira a expressar seu significado, sendo que a partir deste ponto o analista pode propor inferências e adiantar interpretações com base nos objetivos previstos.

Após a organização da análise torna-se necessário realizar a codificação, cujo processo se dá por *recorte, enumeração e agregação/classificação*, e corresponde a uma transformação que visa atingir a representação/expressão do conteúdo ⁽⁶¹⁾.

No *recorte* do discurso analisado se faz a escolha das unidades de registro e de contexto, sendo que suas escolhas devem ser pertinentes às características do material analisado, face aos objetivos da pesquisa.

As unidades de registro são as unidades de significação a serem codificadas. No presente estudo, a unidade de registro utilizada foi o *tema*, que se libertou naturalmente do texto analisado, com base no referencial teórico preconizado. Sendo assim, evidenciou-se os núcleos de sentido dos discursos analisados, cujas presenças e frequências de aparições possibilitaram construir os resultados, discussão e conclusões desta pesquisa ⁽⁶¹⁾.

Já a unidade de contexto “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro”. É adequada para compilar as unidade de registro, de modo a compreender seu significado ⁽⁶¹⁾.

Na *enumeração* são estabelecidas as regras de contagem, sendo que no presente estudo foi utilizada a co-ocorrência, a qual considera que a distribuição dos elementos pode constituir um ponto significativo de conhecimento. E, por fim, a *classificação e agregação* se dão pela escolha das categorias ⁽⁶¹⁾.

Com base na metodologia hermenêutica dialética foi possível compreender os significados, crenças, valores e atitudes presentes no fenômeno da violência e na organização do trabalho da Rede de Proteção.

Entende-se a dialética como o modo de compreendermos a realidade em seu dinamismo, por meio de diálogos, da contraposição e contradição de

ideias. A hermenêutica, enquanto arte da compreensão, busca conhecer os fatos, os relatos e as observações no contexto dos diferentes atores, permitindo o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade. Unida à hermenêutica, a dialética objetiva discutir o assunto no seu mais elevado contexto, sem se prender a pensamentos paradigmáticos⁽⁴⁹⁾.

A partir destas considerações, Minayo⁽⁴⁹⁾, apresenta uma proposta operativa para a análise hermenêutica dos dados:

- a) Campo das determinações fundamentais: deve ser mapeado na fase exploratória da investigação. Trata-se de considerar o contexto sócio-histórico dos grupos sociais e constitui o marco teórico-fundamental para a análise.
- b) Encontro com fatos empíricos: baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo; é o estudo da realidade em toda sua dinâmica. É necessário encontrar nos relatos sentido, lógica interna, projeções e interpretações. No presente estudo esse nível de interpretação se deu por meio da análise das entrevistas dos profissionais, relacionada à violência sexual contra a criança. Nesta etapa, a autora sugere as seguintes fases:
- c) Ordenação dos dados: compreende a sistematização de todos os dados coletados. Nessa direção, fizemos a transcrição e a síntese das entrevistas realizadas durante a coleta de dados, bem como a organização dos dados estatísticos provenientes da fonte secundária.
- d) Classificação dos dados: nesta etapa, é preciso compreender que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir de indagações que fazemos sobre eles, com base nos referenciais teóricos adotados.
- e) Análise final: momento onde se estabelece a articulação entre os dados coletados e os conceitos e pressupostos teóricos adotados na pesquisa, com vistas a buscar a melhor interpretação aos objetivos formulados.

A partir da aplicação da análise temático categorial de conteúdo, associada à hermenêutica dialética, foi possível compreender as formas de enfrentamento da violência sexual na atenção básica, pois este tipo de análise possibilita vincular o discurso a um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, com o protocolo nº 992/2010/CEP-EEUSP. Dessa forma, segue a Resolução 196/96 do CONEP, de modo a respeitar os preceitos éticos (APÊNDICE B).

No início de cada entrevista, os participantes receberam um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (ANEXO), que explicou os objetivos da pesquisa em linguagem clara, assim como lhes garantiu o anonimato

Àqueles que concordaram em participar da pesquisa, solicitou-se a assinatura do referido termo, assim como a autorização para gravar a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer da análise dos discursos, os temas emergiram e foram agrupados, possibilitando, assim, a construção das categorias e subcategorias empíricas. Segue o quadro 1 que compõe a síntese da construção das categorias:

Categorias	Subcategorias	Temas
Formas de enfrentamento da Rede de Proteção à violência	Responsabilidade pelo trabalho (coordenação municipal e regional)	Acompanhamento da rede local
		Articulação
		Monitoramento dos casos
		Capacitação da rede local
		Importância da manutenção da base de dados (Inclusão de dados das notificações)
		Reincidências
	Dificuldades no Enfrentamento	Rotatividade de profissionais é um entrave
		Famílias não aceitam o acompanhamento
		Alta vulnerabilidade social
Redes locais no enfrentamento da violência sexual infantil	Monitoramento dos casos	Estratégias de monitoramento
		Responsabilidade pelo monitoramento
		Falta compartilhada
		Discussão de casos
	Possibilidades da Rede	Articulação com equipamentos privados
		Empoderamento da criança
Significado do trabalho para os profissionais da Rede de Proteção	Percepção do processo de trabalho na Rede de Proteção	Crescimento pessoal
		Complementaridade do trabalho do outro
		Empoderamento das redes locais
		Articulação e funcionamento
		Dificuldade de sensibilizar para participação
		É um desafio
		Prevenir é necessário

Quadro 1 – Categorias e subcategorias empíricas e temas extraídas dos discursos

5.1 CARACTERÍSTICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA

Do total de notificações de violência contra a criança e o adolescente de residentes em Curitiba no ano de 2008, observou-se a distribuição da natureza da violência da seguinte forma: negligência (66,4%), abandono (1,0%), violência física (15,3%), violência sexual (10,4%) e violência psicológica (6,9%) ⁽⁶²⁾.

A porcentagem de violência em crianças menores de 9 anos soma mais da metade das notificações (59,6%). A faixa etária de maior incidência de violência foi a de 05 a 09 anos (30,5%), seguida da faixa etária de 10 a 14 anos (30,2%) ⁽⁶²⁾.

Quando comparamos sexo da vítima e natureza da violência, observa-se que a negligência é o tipo de violência prevalente em ambos os sexos, no sexo masculino 70,9% e no feminino 58,7% ⁽⁶²⁾.

Na análise do sexo e natureza das vítimas de violência do tipo intrafamiliar, que representa 87,8% do total de notificações, observa-se que a negligência apresenta o maior número de notificações em ambos os sexos, seguida pela violência física. No sexo masculino a negligência representou 57,8%, e a violência física 52,6%. No sexo feminino, a violência sexual recebe destaque, atingindo 81,2% das notificações, associado ao fato de que o autor da violência que mais abusa é o pai, seguido pelo padrasto e pelo tio ⁽⁶²⁾.

De acordo com o Relatório ⁽⁶²⁾, as notificações de violência sexual foram realizadas, em sua maioria, pelos Hospitais de Referência. O mesmo Relatório não aponta a participação percentual das Unidades Básicas de Saúde, nas notificações de violência sexual em crianças. A faixa etária mais acometida foi a de 10 a 14 anos (33,8%), seguida pelas faixas etária de 05 a 09 anos (26,3%), e de 01 a 04 anos (21,8%). Do total de notificações de violência sexual, 93,8% das vítimas procuraram os serviços oferecidos no período de até 72 horas, como recomendado pelo protocolo.

No ano de 2009 houve 269 notificações de violência sexual contra crianças de zero a nove anos, de um total de 2210 casos de violência de todas as naturezas. A distribuição das diferentes naturezas de violência contra a criança está ilustrada na Tabela 3.

Tabela 3 – Número e percentual de notificações de violência contra a criança, segundo natureza da violência. Curitiba - 2009

Natureza da Violência	N.	%
Negligência	1475	66,74
Física	326	14,75
Sexual	269	12,17
Psicológica	116	5,25
Abandono	24	1,09
Total	2210	100

Fonte: CE/SMS - Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2009.

De acordo com a Tabela 4, o sexo feminino foi mais acometido pela violência sexual (2,28 vezes). A faixa etária que mais sofreu violência foi a de cinco a nove anos, seguida pela de um a quatro anos, e a violência prevaleceu na etnia branca. Com relação às vítimas, há consonância com outros estudos que abordam violência sexual contra a criança, cuja agressão contra o sexo feminino também prevalece ^(63,64,65,66,67). Habigzang, Koller, Azevedo e Machado ⁽⁶⁵⁾ acrescentam que a faixa etária entre cinco a nove anos apresenta maior incidência de abuso sexual e a maioria dos casos são revelados apenas na adolescência.

É importante atentar para as implicações na vida adulta destas crianças. Estudos que apontam um alto nível de traumatização da população adulta feminina, o que indica uma vulnerabilidade a quadros de morbidade na saúde mental na fase adulta. No geral, as agressões foram iniciadas na infância, crônicas e com dez ou mais episódios, e estão associadas a maior dano psicológico ^(68,69).

Há autores que destacam a problemática da subnotificação em vítimas do sexo masculino. Sabe-se que os casos de violência sexual infantil não são todos revelados à sociedade, e quando as vítimas são do sexo masculino o problema pode ser ainda maior, pois vivemos em uma sociedade em que o homem tem um padrão masculino a ser seguido, o que implica em dificuldade e medo de se expor, bem como de relatar que foi abusado, já que pode ser questionado seu papel ou orientação sexual ^(44,70).

Tabela 4 – Caracterização da população estudada, segundo as variáveis de sexo e faixa etária (N= 269). Curitiba - 2009

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	187	69,5
Masculino	82	30,5
Faixa etária		
0 — 1	1	0,4
1 — 5	109	40,5
5 — 10	159	59,1
Raça		
Branco	201	74,7
Mestiço	38	14,1
Preto	8	3
Amarelo	2	0,7
Ignorado	20	7,4
Total	269	100

Fonte: CE/SMS - Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2009.

A tabela 5 demonstra que o fenômeno da violência sexual contra a criança tem maior ocorrência no espaço doméstico (66,2%).

Observou-se que a violência ganha visibilidade principalmente através da notificação do campo da Saúde, realizada por Hospitais e Unidades Básicas de Saúde (50%), seguida da Educação (23,6%).

Monteiro, Teles, Castro, Vasconcelos, Magalhães e Deus ⁽⁷⁰⁾, em estudo acerca da violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos em determinado serviço, concluíram que o profissional enfermeiro tem a possibilidade de contribuir com as ações de prevenção da violência sexual, por meio de atividades desenvolvidas junto às mães, na consulta de enfermagem ou na educação em saúde, por exemplo.

Outra abordagem sobre essa questão vem de Cunha, Assis e Pacheco ⁽⁷¹⁾, que revelam em estudo de revisão bibliográfica, que a atenção da equipe de enfermagem nos diferentes níveis de complexidade foi amplamente abordada nas 37 produções científicas analisadas. Entretanto, muitos autores priorizaram as ações de prevenção, e analisaram a importância de atividades como: “orientação aos pais quanto aos cuidados com as crianças pequenas, programas de educação preventiva nas escolas e diagnóstico precoce através de visitas domiciliares” ^(71:464).

Tabela 5 – Número e percentual da distribuição da violência sexual, em crianças na faixa etária de 0 a 9 anos, segundo tipo de violência e equipamento notificador. Curitiba - 2009

Variáveis	N	%
Tipo de violência		
Doméstica	178	66,2
Extrafamiliar	79	29,4
Ignorado	12	4,5
Equipamento Notificador		
Hospitais	80	30,5
Unidades de Saúde	51	19,5
Centro de Proteção Especializado Cristo Rei	47	17,9
Escolas Municipais e CMAEs	44	16,8
F A S Regionais	19	7,3
Centros Municipais de Educação Infantil	14	5,3
Centro de Educação Infantil (CEI) – Conveniada	4	1,5
SAV (SOS Criança)	2	0,8
Outros	1	0,4

Fonte: CE/SMS - Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2009. Nota: Em 7 (2,6%) notificações não foi registrado o equipamento notificador.

Conforme observado na Tabela 6, em 78,4% dos casos, o agressor da violência sexual contra crianças é do sexo masculino. Entende-se que a violência sexual perpetrada pelos agressores masculinos contra a vítima infantil feminina está relacionada às relações desiguais de poder entre gerações estabelecidas na sociedade ocidental, em especial a brasileira, que oferece condições para a manutenção do poder do homem, branco, rico e adulto ⁽³³⁾.

A categoria gênero complementa a análise ao defini-lo como um elemento que compõe as relações sociais e é baseado nas diferenças sentidas entre os sexos; diferenças estas que são apresentadas como naturais e indiscutíveis, de modo que levam a subjugação de mulheres e crianças à autoridade dos homens ^(35,36).

Gebara *apud* Gomes, Diniz, Araújo e Coelho colabora com a ideia de que a construção da violência no âmbito doméstico vai além das diferenças biológicas entre os sexos e afirma que esses papéis sociais são reforçados por culturas patriarcais reproduzidas no interior da família ⁽³⁴⁾.

Em concordância com os achados do presente estudo acerca da relação com o agressor, a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) divulgou dados do Disque-Denúncia – Exploração e Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, no período entre janeiro de 2000 a janeiro de 2003, que registravam 1547 denúncias. De um universo de 418 denúncias relacionadas ao vínculo com o agressor, destaca-se que na violência intrafamiliar o agressor foi o pai em 42,31%; o padrasto, em 16,92%; e o tio em 10,0% ⁽⁶⁴⁾.

Tabela 6 – Número e percentual da distribuição da violência sexual, segundo sexo do agressor. Curitiba - 2009

Variáveis	N	%
Sexo do agressor		
Masculino	211	78,4
Ignorado	45	16,7
Feminino	12	4,5
Ambos	1	0,4

Fonte: CE/SMS - Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2009.

A tabela 7 complementa a análise, na medida em que evidencia o percentual de violência perpetrada por pessoas que vivem no espaço familiar (pai, tio, padrasto, avós, irmão, madrasta, mãe, parente, pais e primos) contra as meninas é de 63,1%, já de meninos é de 50,0%.

Dessa forma, observou-se que a violência sexual foi perpetrada por familiares e pessoas presentes no cotidiano da criança. Tal achado está de acordo com a literatura ^(65,70,72,73), na qual a violência ocorre dentro da própria casa da criança, e os agressores geralmente são integrantes da família ou pessoas que exercem a função parental.

Ao destacar as crianças do sexo feminino (Tabela 7), observou-se que as agressões impetradas pelo pai, tio e padrasto, somam 43,9% das notificações. Quando a vítima é do sexo masculino, as agressões de vizinhos e conhecidos somam 32,9%. Em ambos os sexos, há um percentual importante da variável “relação com o agressor”, que foi ignorada (cerca de 12%).

O percentual das agressões contra os sexos feminino e masculino concentrou-se nas esferas doméstica e pública, respectivamente. Cabe considerar que o processo de construção social dos sexos também é estruturado pelas relações de gênero ⁽⁷⁴⁾, o que implica na reprodução de valores sociais vinculados às identidades masculina e feminina, que recebem um espaço social pré-determinado para ocupar.

Schraiber, D'Oliveira, Falcão e Figueiredo ⁽⁷⁵⁾ afirmam que a violência contra as mulheres ganha visibilidade na medida em que é tomada como questão de gênero na sociedade, e tratada enquanto perpetuação das relações desiguais entre homens e mulheres, tanto no âmbito privado quanto no espaço público.

Dessa forma, concorda-se com os autores que consideram a violência de gênero como objeto de intervenções políticas que colaborem para melhorar a convivência social e privadas das pessoas, de modo que se estimule a ética da igualdade social e interindividual ⁽⁷⁵⁾.

Tabela 7 – Número e percentual da violência sexual infantil, segundo relação com agressor e sexo da criança. Curitiba - 2009

Relação com agressor	Sexo da criança					
	Feminino		Masculino		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Pai	36	19,3	6	7,3	42	15,6
Tio	24	12,8	5	6,1	29	10,8
Padrasto	22	11,8	8	9,8	30	11,2
Vizinho	18	9,6	17	20,7	35	13,0
Conhecido	17	9,1	10	12,2	27	10,0
Avô (ó)	11	5,9	5	6,1	16	5,9
Ignorado	23	12,3	10	12,2	33	12,3
Colega	1	0,5	-	-	1	0,4
Desconhecido	-	-	3	3,7	3	1,1
Instituição	10	5,3	1	1,2	11	4,1
Irmão	8	4,3	7	8,5	15	5,6
Madrasta	1	0,5	-	-	1	0,4
Mãe	1	0,5	1	1,2	2	0,7
Pais	1	0,5	-	-	1	0,4
Parente	-	-	1	1,2	1	0,4
Primo	14	7,5	8	9,8	22	8,2
TOTAL	187	100,0	82	100,0	269	100,0

Fonte: CE/SMS - Banco de dados da Rede de Proteção. Curitiba 2009.

5.2 FORMAS DE ENFRENTAMENTO DA REDE DE PROTEÇÃO

No decorrer da análise, afluíram os seguintes temas acerca da categoria “Rede de Proteção no Enfrentamento da violência”: Acompanhamento da rede local; Articulação; Monitoramento dos casos; Capacitação da rede local; Importância da manutenção da base de dados (Inclusão de dados das notificações); Reincidências. Tais temas estão contidos na subcategoria “Responsabilidade pelo trabalho (coordenação municipal e regional)”. Além disso, foram descritas algumas “Dificuldades no enfrentamento” da violência, cujos temas foram: Rotatividade dos profissionais é um entrave; Famílias não aceitam o acompanhamento; Alta vulnerabilidade social.

Antes de iniciar a descrição dos temas que emergiram, entende-se que é interessante descrever o fluxo que a criança percorre na Rede de Proteção, quando é vítima de violência sexual, expresso pelos entrevistados. Dessa forma, também é possível conhecer as diferentes áreas profissionais e equipamentos sociais que compõem a Rede.

Há um fluxo de encaminhamento, dentro de 72 horas após o ato violento, em que a pessoa pode ir para três hospitais de referência, sendo eles o Hospital Evangélico, que atende meninas e mulheres acima de 12 anos; o Hospital de Clínicas, que atende homens e mulheres acima de 12 anos; e o Hospital Pequeno Príncipe, que atende crianças abaixo de 12 anos. No hospital, a criança é avaliada por uma equipe que providencia exames, imunizações, e avalia a necessidade de contracepção de emergência, terapia antirretroviral, bem como acionamento do perito do IML, via fax, para que ele vá até o local. Após 72 horas, toda a retaguarda de atendimentos é feita pelas unidades de saúde, onde o médico avalia a necessidade de prescrição de medicamentos e exames. A Rede conta com dois serviços de retaguarda de psicoterapia: a unidade básica Mãe Curitibana, com atendimento psicoterápico; e o CREAS Cristo Rei, com atendimento psicossocial. (Figura 3)

Figura 3 – Fluxograma de encaminhamento da vítima após ocorrência da violência sexual. Curitiba - 2012

Paixão e Deslandes estudaram as ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), que garantem atendimento especializado às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. A pesquisa evidenciou desconhecimento por parte dos profissionais de saúde e dos Conselhos Tutelares sobre a organização do fluxo de atendimento. Já no presente estudo, todos os entrevistados tinham clareza do fluxo percorrido pela criança vítima de violência sexual. Talvez seja um reflexo da importância que a Rede impinge na capacitação, que será descrita mais a frente ⁽⁷⁶⁾.

Em estudo sobre violência familiar em crianças, voltado para a intervenção dos profissionais do Programa Saúde da Família, Rocha e Moraes ⁽⁷⁷⁾ afirmam que devem ser estimuladas as pesquisas que avaliem a percepção das equipes que atuam no enfrentamento da violência, de modo a considerar tanto a sensibilização e a capacitação dos profissionais, como a supervisão das ações planejadas. Dessa forma, é possível contribuir no âmbito do planejamento e da execução das ações adotadas para o enfrentamento do fenômeno. A pesquisa não foca na violência de natureza

sexual, entretanto tem relevância por considerarmos a violência sexual como parte da totalidade da violência geral.

Um estudo que analisou os Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância – CRAMIS, fundado em 1985 e localizado em alguns municípios de São Paulo, elencou alguns pontos sugestivos da experiência dos CRAMIS, que contribuem na discussão dos serviços ^(78:186):

“a) tomar a família como o alvo da atuação; b) envolver os vários serviços e instituições, criando uma rede de atuação; c) ter na visita domiciliar uma estratégia de ação; d) trabalhar junto com os serviços da vizinhança onde a família vive (escola, posto de saúde, associações), a fim de estabelecer uma ação de vigilância das reincidências; e) não criminalizar a família e considerar como essencial o investimento na atenção ao ambiente familiar, tomando-o como o espaço mais conveniente para o crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.”

Após a análise das entrevistas, notou-se que alguns pontos sugestivos deste estudo estão presentes no trabalho da Rede de Proteção. Percebeu-se que, na fala dos profissionais, a família sempre está envolvida na abordagem da equipe; e que a organização da Rede estrutura-se na articulação entre os diferentes equipamentos sociais. Quanto à criminalização da família ou investimento do ambiente familiar, não apareceu nas falas nada a respeito.

Em termos de notificação, a unidade hospitalar preenche a Notificação Obrigatória (NO) e a envia para a coordenação municipal, que faz uma cópia e encaminha para a unidade de saúde de referência da família. Há outros casos em que a escola ou um equipamento da assistência social notifica a violência. Nesses casos, a NO é encaminhada para coordenação regional, que eventualmente entra em contato com a unidade notificadora, via telefone ou e-mail, para obter maiores detalhes da notificação, e a encaminha para o nível municipal, mas também comunica a unidade de saúde local. A partir daí, a reavaliação e o acompanhamento são feitos pela rede local. (Figura 4)

Figura 4 – Fluxograma de encaminhamento da ficha de notificação obrigatória – Três possibilidades. Curitiba - 2012

O acompanhamento das redes locais é atribuição da coordenação regional. Mensalmente a rede local, composta pelos articuladores locais, ou seja, pessoas de cada serviço que são referências para a Rede de Proteção, reúne-se para discutir os casos notificados, sobretudo aqueles de difícil resolução. A coordenação regional, composta por representantes da Ação Social, Educação e Saúde, participa dessas reuniões com o intuito de pensar no modo em que os equipamentos sociais podem contribuir para diminuir a vulnerabilidade das vítimas.

Na maioria das entrevistas, as pessoas referiram que a articulação entre os serviços faz parte da sua responsabilidade pelo trabalho em Rede.

As redes locais têm autonomia para encaminhar a criança para os hospitais que atendem vítimas de violência sexual, ou agendar atendimento em serviços de psicologia e psicoterapia, mas ainda assim a coordenação regional articula os casos mais graves, que têm difícil resolução.

“As situações que vêm mais críticas que precisam de uma intervenção e de uma articulação, que precisa minha articulação, junto com o gerente de outros núcleos, ou da alta complexidade, ou do sistema de garantia de direitos, normalmente eu atuo aí, normalmente nas situações mais críticas, onde precisa realmente de um outro nível de articulação.” (E3)

“(...) fazendo essa ponte de comunicação, de informação, na articulação, principalmente nos casos que às vezes as pessoas precisam de uma orientação, de um encaminhamento, que a gente precisa fazer uma interface com outros serviços que não sejam da área governamental, a gente faz essa articulação e aí até mesmo a troca de dúvidas, né...” (E6)

“O [articulador] regional pode interferir no processo de, às vezes, num caso muito grave, que ele precise de uma ação, precise que o Conselho [Tutelar] seja mais parceiro, ou precise de uma ação... até para comunicar a vara da infância, que o conselho tutelar faça, seja mais ágil, mas a gente procura que esse seja um papel da local, o local que tem esse... essa atribuição de fato.” (E6)

O trabalho do nível municipal se dá no sentido de auxiliar nas dúvidas, encaminhamentos, troca de informações e também no estabelecimento de fluxos e contrafluxos, que faz parte da articulação. A coordenação municipal é responsável por essa articulação e também pela manutenção do banco de dados.

O monitoramento das notificações, por parte da coordenação regional, pode ser feito por meio de contato com a família diretamente ou com equipamento(s) que faz(em) acompanhamento, mas no geral *“se não faz o contato com a família, faz o contato com os profissionais também envolvidos na situação” (E2).*

Os dados mostraram que, a partir do acompanhamento e articulação, os casos são monitorados por meio das reuniões mensais, onde se discute o andamento do caso e também pensa-se em estratégias para sua abordagem. Ele tem a função de ver se a criança está bem, se continua morando com o agressor, se está realizando o acompanhamento psicoterápico. (Figura 5)

“As vezes ficam alguns casos meio enrolados, ou que não tá tendo... tá sendo feita as ações por parte dos equipamentos, mas não tá tendo uma evolução a contento. (...) Então aí a gente discute pra ver que providências a gente pode tomar em relação a isso. Liga pros equipamentos pedindo uma intensidade de ação,

ou liga pros equipamentos pedindo um relatório sucinto do que já foi feito e que não foi avançado. E aí a cada mês ou a cada dois meses a gente senta com os conselheiros tutelares do distrito, porque os conselheiros tutelares também é por regional, e discute os casos mais graves pra gente pensar quais os melhores encaminhamentos, pedindo que o conselho chame essa família, ou que encaminhe relatório pra Vara da Infância, pedindo alguma providencia.” (E1)

Figura 5 – Fluxograma de monitoramento dos casos pela Coordenação Regional. Curitiba - 2012

A capacitação da rede local pela coordenação regional ocorre por meio de treinamento periódico acerca do “que é a rede de proteção, no que consiste o trabalho de notificação, porque que é importante a gente notificar, o que acontece depois que a gente notifica, como que a gente faz o monitoramento da criança” (E1).

Em alguns momentos não é possível esperar por uma capacitação formal, devido às dúvidas que surgem, à rotatividade de profissionais e também aos problemas encontrados nas notificações. Dessa forma,

“As vezes ela [a capacitação] é no próprio contato telefônico ou na ida àquela unidade. (...) A gente orienta esse profissional, para que esse fluxo realmente funcione bem.” (E3) [grifo da autora].

“Então eles têm os nossos telefones, eles podem tá acessando informação, acessando a gente pelo telefone para que a gente possa, não só com capacitação, não só com troca de informação, mas também até pra discutir um caso por telefone, como acontece.” (E6)

Os temas das capacitações que apareceram nas entrevistas foram: articulação entre os níveis municipal, regional e local da Rede; princípios e objetivos norteadores do trabalho, sinais de alerta, estudos de caso, preenchimento da ficha de NO.

Pesquisa já citada, de Paixão e Deslandes, teve como objeto de questionamento a capacitação dos profissionais da SMSDC – RJ. A maior parte dos entrevistados afirmou ter existido capacitação dos profissionais de saúde durante a fase de implantação da nova ficha de notificação, sem ser de modo permanente, sendo, portanto, algumas ações pontuais. A pesquisa considerou que a educação permanente possibilitaria padronizar condutas clínicas e encaminhamentos adequados, evitando, assim, expor as vítimas de abuso sexual ⁽⁷⁶⁾.

Ubeda e Ferriani ⁽⁷⁹⁾ julgam imprescindível estabelecer um protocolo com informações padronizadas e concluem que isso poderia contribuir para a confiabilidade das estatísticas existentes.

Em estudo já citado, Rocha e Moraes ⁽⁷⁷⁾ acrescentam, na mesma perspectiva que os autores acima, a necessidade das equipes estarem aptas a detectar precocemente os casos de práticas abusivas, de modo a evitar o caminho da gravidade e cronicidade.

Percebeu-se que os encaminhamentos e condutas são bem definidos no Protocolo da Rede de Proteção ⁽²²⁾. As capacitações periódicas reforçam os combinados estabelecidos, que podem ser esclarecidos a qualquer momento, via contato telefônico.

O conteúdo de todas as fichas de NO são inseridas em um banco de dados. Este trabalho de fundamental importância é produzido por um profissional da coordenação municipal. O sistema permite armazenar as notificações, gerar diversos relatórios e também realizar a busca de reincidências.

Antes de cada inclusão, sempre é feita uma pesquisa para localizar casos reincidentes de notificações anteriores. Nos casos em que tal situação é identificada, um contato é feito com a rede local para que sejam feitos novos encaminhamentos e novas estratégias para intervir no caso.

“A rede bem articulada, ela já consegue saber se aquele caso é reincidente, mas nós temos casos de crianças e adolescentes que migram pela cidade, né, então eles caminham por vários bairros da cidade, ou temos casos de notificações antigas, que o serviço atual onde a criança tá inserida não tem conhecimento. Então esse trabalho de reincidência é muito importante por isso, também.” (E6)

Dessa forma, mesmo que a família migre a cada intervenção da unidade de saúde, ou escola, ou CRAS, ela sempre terá uma trajetória de violência armazenada no banco de dados. É possível entrar em contato com a rede local que identificou a violência e atendeu a família, a fim de que as ações sejam pensadas a partir de um determinado patamar.

Dentre as dificuldades no enfrentamento da violência, a rotatividade de profissionais responsáveis pela Rede Local foi apresentado como prejudicial ao trabalho. Foi descrito que se observa um desconhecimento do fluxo quando o novo profissional depara-se com a situação de violência, o que demanda capacitação frequente. Além disso, o vínculo formado entre a família e o profissional é rompido, atrapalhando o seguimento do caso.

“A gente sabe que tem a questão da falta de profissionais, né, que também emperram um pouco o andamento do nosso trabalho. (...) E daí fica assim... falta trocar mais... discutir mais as situações, envolver-se mais com as situações.” (E5)

“É, a rotatividade de pessoas é uma coisa assim... é sempre um... novo começar pra aquele espaço.” (E6)

“E assim, a rotatividade dos profissionais é um problema (...). Quando o profissional sai daquele serviço o paciente acaba caindo de mão. Isso a gente percebeu. Então a rotatividade dos profissionais, isso é um problema evidentemente.” (E7)

Deslandes, Assis e Silva ⁽⁸⁰⁾ coordenaram estudo que visou investigar serviços de atendimento a famílias envolvidas com prática de violência contra crianças e adolescentes. Em concordância com os trabalhadores da Rede, a troca de profissionais apresentou-se como uma contribuição para a questão da falta de coesão da equipe, que dificulta a manutenção da continuidade do atendimento.

Algumas famílias não aceitam a abordagem, outras se mudam de bairro. Ao que parece, aceitar a presença de violência pode significar tornar público o segredo familiar. A notícia pode ter repercussão jurídica, o que poderia desestruturar a composição familiar.

“Agora a mãe está bastante relutante em dar acompanhamento ao tratamento sugerido. É uma criança com deficiência intelectual, o que agrava ainda mais o caso dela.” (E2)

“A gente fez a visita para sensibilizar a mãe, porque ela queria deixar por isso mesmo... ‘Ah, aconteceu uma situação, mas eu não quero tocar no assunto’. Então a gente tentar sensibilizar isso, é uma coisa difícil, né, de acontecer, de se fazer.” (E4)

Pfeiffer e Salvagni ⁽⁴⁵⁾ consideram que existe um pacto familiar de silêncio, que faz parte de uma doença familiar, de uma distorção relacional, presente nas famílias incestuosas. De modo que para haver uma denúncia do abuso, é necessário que ocorra a ruptura do ‘equilíbrio doméstico’ que existe tacitamente.

Araújo ⁽⁶⁷⁾ afirma que a violência intrafamiliar continua ocorrendo devido à cumplicidade silenciosa dos envolvidos, que se reflete no silêncio da vítima, garantida por meio das ameaças do agressor, assim como no silêncio dos demais parentes não agressores, que fecham os olhos diante da situação e se negam proteger a vítima ou realizar a denúncia do agressor.

Outra dificuldade apontada foi a resolução de alguns casos devido à alta vulnerabilidade presente nas famílias atendidas. Segundo relato da entrevistada 6, o *“tecido social está muito rompido e haja Rede para proteger!”*. Isso nos mostra que a Rede tem de abordar a questão da violência, mas também o contexto social da família. A entrevistada 6 conclui: *“Porque assim, violação de direitos acontece em todas as classes sociais, mas a gente só vê na classe social usuária do SUS, do SUAS, da escola pública”*.

Silva e Ferriani ⁽⁸¹⁾ afirmam que a violência presente no campo estrutural delineia a violência que ocorre no espaço privado das famílias, de modo que não deve ser dissociado das questões macroestruturais relacionadas ao poder, ao desemprego que implica em “redução dos direitos sociais e de privação, injustiça social, políticas econômicas ineficientes e pela ausência do Estado em cumprir o seu papel de gerador e gestor das políticas sociais”. As autoras refutam a análise apenas sob o aspecto econômico e acrescentam que se deve considerar os fatores educacionais, culturais, sociais e políticos que apresentam uma relação dialética na determinação da violência.

5.3 REDES LOCAIS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

Segundo os entrevistados, as Redes Locais têm um papel importante no enfrentamento da violência sexual contra as crianças. São elas que realizam de fato o acompanhamento das famílias, por meio de fichas de acompanhamento da criança, que contêm: identificação, endereço, pessoas que residem na casa, circunstância notificação e relato das visitas de acompanhamento.

Quando a notificação é feita por um equipamento seja da ação social, educação ou saúde, a coordenação regional recebe, faz cópia antes de enviar para a coordenação municipal, e comunica os equipamentos mais próximos da residência da criança. Então, mesmo que não tenha identificado a situação de violência, a UBS e escola recebem a notificação da rede municipal e iniciam a abordagem. Nesse momento observa-se a importância da capacitação periódica desses profissionais.

“Você não vai chegar e falar ‘ha ha ha... Hein? Recebi uma notificação, tal... que tá batendo nessa criança, ou agressão física, ou agressão sexual, ou psicológica e tal’. Então a gente não chega assim. Você chega na preocupação de buscar essa família pra se aproximar do serviço. Então a saúde faz muito isso. (...) ‘Nossa faz tempo que a criança não vai lá... vamos ver. Será que não tá com anemia?’. (...) Então faz uma aproximação com a família, pra daí na consulta perguntar um pouquinho mais como ela tá, como é que tá indo na escola, quem fica com ela, quem que leva pra escola, se acompanha a lição em casa, o que que tá acontecendo. Ou marca tipo o agente comunitário sempre vai passando na casa. (...). Se é uma situação de criança em CEMEI, também é conversado com o educador que fica na sala pra observar... ‘a criança tá fazendo interação social com outras crianças? Ou ela chega e fica no cantinho? Ou que tipo de palavreado ela tá usando? Que tipo de gesto que ela usa? Coisas que possam dar pistas de que essa criança por exemplo tá sofrendo violência sexual. Se ela usa palavras muito estranhas, se ela vem com gestos muito erotizados, se ela vem com carícias e não carinho com os cuidadores ou com as outras crianças’. Isso tudo o educador vai trazendo pra gente.” (E1)

Das entrevistas emergiram os seguintes temas acerca do “Monitoramento dos casos”: Estratégias de monitoramento; Responsabilidade pelo monitoramento; Falta compartilhada; e Discussão dos casos.

As estratégias de monitoramento da Rede Local são: visita domiciliária, avaliação médica e acompanhamento psicoterápico.

O primeiro contato com a família é por meio da visita domiciliária (VD), seja da saúde ou da ação social. Em outros momentos, a visita é realizada para entender por qual motivo a família não participa das atividades, nos casos em que a falta é compartilhada entre os diferentes equipamentos.

Conforme já descrito, a criança passa por uma avaliação médica no Hospital Pequeno Príncipe até 72 horas após a situação de violência. Depois desse período, todo atendimento é feito na UBS. Além do olhar médico sobre a violência, também existe um acompanhamento psicoterápico na unidade básica Mãe Curitibana, com atendimento psicoterápico, ou no CREAS Cristo Rei, com atendimento psicossocial, com abordagem da instituição familiar.

Araújo ⁽⁶⁷⁾ defende que a indicação terapêutica mais adequada para os casos de abuso sexual infantil na família é a terapia de grupo familiar, que inclui o agressor. Nesse sentido, a autora argumenta que os problemas da família devem ser tratados dentro dela. Dessa forma, propõe um trabalho com a família na proposta do grupo operativo e com enfoque psicossocial, proposto por Pichon-Rivière (1994) apud Araújo ⁽⁶⁷⁾, o qual visa criar um espaço de acolhimento e reflexão para se pensar sobre os problemas, de modo a elaborar soluções que os resolvam, ao contrario de sua negação, que é bastante comum.

Essa proposta de atendimento visa apreender aspectos psicológicos, conscientes ou não, interacionais, sociais, econômicos e culturais envolvidos na história familiar e conjuntura atual. Araújo ⁽⁶⁷⁾ considera importante usar a lente da perspectiva de gênero para entender as relações de poder estabelecidas no contexto familiar que “transformam diferenças (de gênero ou geração) em desigualdades com fins de dominação”.

Sendo assim, a autora ⁽⁶⁷⁾ conclui que essa abordagem busca romper o pacto do silêncio presente em relações de abuso, amplia o olhar da família para o conflito instaurado, explicita o funcionamento incestuoso, e a convivência (in)consciente dos seus membros.

Também é de parecer de Rocha e Moraes ⁽⁷⁷⁾ a importância de um atendimento integral à família, que envolva vítimas e abusadores, nos casos de violência geral contra crianças. Acrescentam que é um desafio aos pesquisadores e gestores a construção e a utilização de modelos teóricos cada vez mais inclusivos. Diante dos resultados do estudo, ratificou-se a necessidade de “uma abordagem familiar, transdisciplinar, intersetorial e em rede para o enfrentamento do problema” ^(77:3294).

Com relação à responsabilidade pelo monitoramento, parte dos entrevistados entende ser incumbência de todos, e outra parte, do profissional que está mais próximo da criança.

O primeiro grupo expressa ser responsabilidade de todos, associada à ideia de compartilhamento dos casos, cujo ponto de vista pode ser observado nas seguintes entrevistas:

“Não é porque a gente passou pra lá [para a saúde] que a gente não tem responsabilidade dessa situação. A gente também tem. É por aí mesmo que eu acho que funciona o trabalho da rede, né? De que todos se voltam pra aquela situação.” (E2)

“(...) todos têm sua responsabilidade. Não existe uma maior e uma menor. Existe a responsabilidade da assistência social (...) do CRAS, do CREAS, da média complexidade e da alta complexidade, né no caso dos abrigos. Então a responsabilidade é de todas. (...) A responsabilidade [também é] da educação, porque a educação vai receber esta menina, aliás recebeu essa menina e vai fazer o monitoramento porque ela vai tá lá todo dia. Da saúde, porque conhece e vai continuar nas visitas (E3)

“acho que toda a rede... saúde, todos os envolvidos ali, né, com essa situação. Não tem um responsável, né?” (E5)

Já o segundo grupo, considera que o profissional que tem mais contato com a criança é responsável pelo monitoramento, sendo possível notar nos seguintes trechos:

“No monitoramento a gente tem visto assim: quem tem maior proximidade? Então cada caso a gente discute assim: Se é uma criança de CEMEI, a maior responsabilidade fica com o CEMEI. Porque? Porque é uma criança que vai todo dia e que fica o dia inteiro. Então essa equipe, ela tem maior possibilidade de acompanhar o comportamento dessa criança, acompanhar a linguagem, acompanhar o desenvolvimento, acompanhar o comparecimento... se ela tá indo ou não tá indo.” (E1)

“não tem outra maneira de ser se não é da responsabilidade local. E aí é claro, esse acompanhamento eles vão ter que se organizar em rede local (...). Então se a escola, ela notifica 5, 4 crianças de suspeita de violência, cabe a ela monitorar essas crianças e serviço como um todo, fazer uma estratégia de encaminhamento para aquela situação. Então quer dizer assim, cada qual ajuda a definir as estratégias de encaminhamento, mas a gente sabe que quem vai monitorar é a escola, porque é ela que tá lá todo o dia.” (E6)

“Então assim, a proteção é de todos mas aí o monitoramento, a identificação do sinal de alerta, a notificação, avisar que algo não vai bem, isso é papel do profissional.” (E7)

Este grupo considera de certa forma que o caso é de todos, porém entende que não é possível acompanhar todos os casos notificados pelas redes locais e que alguns podem ser perdidos. Dessa forma, aponta que a rede local, onde a criança está mais inserida, é responsável pelo acompanhamento do caso.

Observou-se que a Rede de Proteção propõe que os serviços conversem entre si, principalmente quando o tratamento já está estabelecido. Há casos em que a falta é compartilhada. Então, se a criança não está fazendo o acompanhamento proposto, a Rede local ou/e regional é

comunicada e procura entrar em contato com a família para saber o motivo da não adesão.

“Então se ela falta no CEMEI, eles acabam nos avisando, avisam a equipe do CRAS se a mãe não leva pra um outro acompanhamento sugerido, eles também nos avisam” (E2)

“Daí qualquer situação que tenha, se eles não tão conseguindo que a família vá aos atendimentos, eles solicitam a nossa intervenção. A gente faz uma visita novamente, vai entender porque a família não tá participando das atividades que eles têm lá no CREAS, se ele tá tendo alguma dificuldade para deslocamento por ser muito distante...” (E5)

“E a gente propõe, eu falo que isso é uma proposta, que a Marilda, da unidade Mãe Curitibana, possa conversar com a unidade de saúde local. Tá indo, não tá indo, tá melhor?” (E7)

Os casos de violência sexual são discutidos em reuniões periódicas da rede local. Do mesmo modo, a rede regional também tem reuniões regulares, chamadas de “Fórum”, composto por representantes do Conselho Tutelar, CREAS, CRAS, CAPS infantil. Nesse espaço os articuladores discutem casos de difícil resolução, e/ou que não seguem o acompanhamento já proposto. Além disso, os serviços de psicologia conversam entre si, de modo a oferecer o melhor suporte à família.

“Então esses casos mais graves que a gente tem e como rede local não consegue, as vezes, dar conta. Não consegue ajudar essa família, aí a gente leva para o fórum e aí ajuda com órgãos mais...” (E4)

“A Marilda [unidade de saúde Mãe Curitibana] conversa muito com o CREAS do Cristo Rei, que o CREAS do Cristo Rei não faz atendimento psicoterápico individual. Alguns casos do CREAS são atendidos pela Marilda. Outro casos do CREAS são atendidos por serviços de psicologia conveniados ao SUS.” (E7)

Habigzang, Azevedo, Koller e Machado ⁽⁸²⁾ fizeram uma análise da rede de atendimento a crianças vítimas de violência sexual, em Porto Alegre – Rio Grande do Sul. Nesse estudo, verificou-se a falta de comunicação entre os serviços, o que prejudicou a articulação de medidas necessárias de proteção. O estudo constatou a necessidade de capacitar os profissionais que atendem crianças e famílias, de modo a conduzir a uma intervenção adequada.

Entendeu-se que o contato sistematizado e disponível para os componentes da Rede, assim como as reuniões periódicas para discussão de casos contribuem para a melhor resolução e encaminhamento do caso, e também para a educação continuada dos profissionais.

Os profissionais também expressaram algumas “Possibilidades da Rede”: Articulação com equipamentos privados, e Empoderamento da criança.

A primeira possibilidade de trabalho citada foi a articulação da Rede com equipamentos privados, tanto saúde quanto da educação, que vinculada com a notificação eletrônica, facilitaria a adesão dos profissionais. Relatou-se que tal articulação é necessária, pois a violência nas altas classes sociais não é visível, apesar de ser presente.

O estudo já citado ⁽⁷⁸⁾, que analisou os CRAMIS, também aponta que o alto índice de violência presente em famílias de baixa renda ocorre devido às variadas intervenções dos equipamentos sociais públicos em suas vidas privadas. Todavia, as famílias de maior poder aquisitivo não aparecem nesses índices, pois ao utilizarem os serviços privados, também “pagam” por sua invisibilidade.

Outra possibilidade, referida pelos entrevistados, foi trabalhar o empoderamento da criança, no sentido de que ela pode dizer não àquela situação que é submetida, como nos casos de oferta de dinheiro, doces, brinquedos ou alimentos, em troca do abuso. Foi referido também que a criança pode correr ou contar o ocorrido a um adulto que tenha confiança, apesar das ameaças.

5.4 SIGNIFICADO DO TRABALHO PARA OS PROFISSIONAIS DA REDE

Ao questionar sobre o significado do trabalho aos profissionais, surgiram os seguintes temas: Crescimento pessoal; Complementaridade do trabalho do outro; Empoderamento das redes locais; Articulação e funcionamento; Dificuldade de sensibilizar para participação; Desafio e retaguarda; Prevenir é necessário.

Considerou-se que o trabalho na Rede proporciona um crescimento pessoal, pois é possível “compreender melhor as dimensões do fenômeno da violência” (E1).

“Acho que na saúde eu não tinha o olhar da criança como sujeito de direito, eu não tinha estudado ECA. Eu fui estudar o ECA quando eu me vi na rede. (...) Então eu acho que esse é um grande ganho que a rede fez pra mim, eu diria, e acho que isso tem sido trabalhado... dessa dimensão do direito, do sistema de garantia de direitos, da criança como sujeito, da criança e do adolescente, e como trabalhar com isso.” (E1)

Notou-se que a percepção do trabalho na Rede compreende a necessidade de contar com o serviço dos outros para que o todo seja efetivo. Na Rede de Proteção, a intersetorialidade está bastante presente, pois o profissional que identifica um caso suspeito ou confirmado de violência sexual contra a criança acompanha todo o tratamento sugerido pela rede, mesmo que não dê assistência direta para a situação de violência. E neste caso, a saúde, sobretudo o Programa Saúde da Família (PSF), tem grande potencialidade de atuação, na medida em que tem possibilidade de conhecer o funcionamento da dinâmica familiar, de realizar visita domiciliária, de modo a conseguir dar uma devolutiva para a Rede do andamento do caso.

“Dá a percepção de que sozinho você não consegue trabalhar. Você precisa do outro. Do outro seu colega do setor saúde e do outro seu colega de outros setores.” (E1)

“Na verdade um dos grandes pressupostos do atendimento à situação de violência é que a gente não pode atender sozinho. (...) hoje eu me vejo numa posição de estar num processo de parceria, de colaboração muito intensa com áreas.” (E7)

Outra entrevistada considerou que o significado do seu trabalho é “fazer valer as redes locais” (E2), de modo a empoderá-las do seu trabalho. Associado a isso, colocou-se a importância de garantir a capacitação dos profissionais para que estejam prontos para identificar a violência sexual e também para entender sua dinâmica de funcionamento na sociedade.

“Em se tratando de violência sexual é um tema que a gente precisa sempre estudar, sempre aprofundar. Acho que a nossa preocupação enquanto articuladora é sempre isso... fazer com que as redes locais estejam realmente... conhecendo mais esse fenômeno, porque que ele acontece, quais as características, as suas dificuldades de visibilidade dentro da nossa sociedade. Acho que realmente despertar nas pessoas esse desejo de conhecimento mais aprofundado.” (E2)

Outro significado do trabalho, enquanto articulação regional, foi garantir que a Rede funcione.

“Vejo que é importante nesse papel de articuladora, a gente tem que realmente tá trabalhando com que a rede funcione, vejo que esse é um grande significado, em fazer com que essa rede funcione. Seja nos momentos de crise, nos casos estabilizados, no empoderamento dessa rede para que trabalhe também com empoderamento dessas famílias, de que esses profissionais formem a rede, e eu faço parte disso, e que a gente acredite que a rede não é o outro, a rede sou eu.” (E3)

Embora haja um grande esforço das articulações municipal e regional, apareceu um relato sobre a dificuldade em sensibilizar os profissionais para a participação.

“Quando eu faço a reunião, tem situação que a saúde não pôde, a educação não pôde participar. E daí fica assim... falta trocar mais... discutir mais as situações, envolver-se mais com as situações.” (E5)

Para outra entrevistada, o trabalho na Rede é um desafio. Mesmo com todas as dificuldades, acredita-se no potencial do serviço em identificar esta mazela da sociedade.

“Então eu acredito na rede. Tudo que ela tem de dificuldade, e dificuldade nesse sentido... dos casos insolúveis, difíceis, mas a gente tem que acreditar que a gente tem um serviço de pessoas sensibilizadas para identificar a violência.” (E6)

A mesma entrevistada trouxe a compreensão da necessidade de acreditar na Rede e de focar no trabalho de prevenção. Dessa forma, considerou-se o trabalho de prevenção como uma tocha que ilumina o processo de trabalho dos profissionais da Rede, o que se torna um desafio, diante da inserção da violência nas relações sociais.

“Mas se nós profissionais não tivermos essa luz, esse foco, que as coisas podem ser diferentes, a gente iria embora, não teria rede, até porque se olhar hoje a violência como que ela tá colocada no mundo, na sociedade, esse trabalho não... só tem final triste. Não é isso. A idéia é que esse trabalho seja a luz que a gente precise, que é a prevenção. Esse é o recado.” (E6)

“A criança até 9 anos que é abusada, nós vamos encontrar brechas de proteção. Então, tudo começa, pelo menos pra nós, agora com uma grande negligência” (E7)

O caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde ⁽⁸³⁾, que aborda a problemática da violência intrafamiliar, orienta a prática no serviço e propõe estratégias e compromissos que visam prevenir a violência no ambiente familiar.

O documento ⁽⁸³⁾ aponta que é necessária uma política de prevenção voltada para visibilizar o problema, caracterizado por uma violência presente

na convivência social. Acrescenta-se que tal política deve alcançar, sensibilizar e capacitar todos os atores que atendem vítimas da violência nas diferentes etapas do processo; e que a prevenção também é realizada no patamar ideológico, quando se faz questionamento acerca da “*desigualdade de gênero, de raça e etnia, geracional, de orientação sexual e às desigualdades econômicas agudas que levam à exclusão da cidadania de um contingente significativo da população, atingindo as condições de saúde e bem-estar das pessoas*”^(83:85).

Por fim, conclui que, devido à sua complexidade, a prevenção enquanto um processo carece de um exercício da paciência, perseverança, colaboração e integração entre os diferentes profissionais e a comunidade⁽⁸¹⁾.

Fonseca, Egry, Nóbrega, Apostólico e Oliveira⁽⁸⁴⁾ pesquisaram a evolução dos casos de violência contra a criança reincidentes no município de Curitiba entre os anos de 2005 e 2009. O estudo apontou certa regularidade nas ocorrências, que podem iniciar com agressões leves, como nos casos de negligência, e evoluir para situações graves, como violência física e sexual. Entretanto, o estudo não identificou um padrão rígido de evolução dos casos.

A pesquisa⁽⁸⁴⁾ sugere a necessidade de intervenção do Estado, das instituições educacionais e de saúde, assim como da sociedade, em que se inserem as famílias, com vistas a medidas protetivas e preventivas. Dessa forma, reforça a importância de ações efetivas desde a primeira ocorrência, por mais leve que seja, associada a ações macroestruturais que envolvam o contexto de violência permeado pelas relações familiares.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Tendo em vista que um dos objetivos do trabalho foi analisar os dados obtidos pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência no ano de 2009, referentes à violência sexual contra a criança, de modo a compreender as características da violência sexual contra a criança, entendeu-se que os objetivos foram alcançados.

Os dados provenientes das fontes secundárias permitiram concluir que a violência sexual contra a criança, em sua maioria meninas, é perpetrada no ambiente doméstico, em sua maioria pelos homens. Evidenciando-se, assim, a subalternidade de gênero e geração no espaço doméstico.

Depreendeu-se também que a construção social dos sexos está relacionada com a ocorrência da violência, na medida em que mulheres/meninas são educadas para ocupar o espaço doméstico e homens/meninos, o espaço público.

Sendo assim, considerou-se que a macroestrutura também tem um peso na ocorrência da violência sexual contra as crianças. A partir desse ponto de vista, a violência, dentro de um determinado contexto sócio histórico e cultural, assume diferentes significados. Na contemporaneidade, caracteriza-se pelas relações desiguais de poder, adultocêntrica e androcêntrica, podendo ter caráter educativo e disciplinar, ou meramente punitivo. Ao se considerar a violência contra a criança como um processo dinâmico, social e historicamente determinado, entendemos que a violência não é natural nem imutável, mas sim passível de superação.

Tendo em vista que o setor da saúde é aquele que mais notifica, a enfermagem tem fundamental importância nesse processo. No âmbito da atenção básica tem o potencial de prevenir a violência sexual contra a criança, na medida em que seu trabalho se dá no cotidiano das famílias, podendo identificar, notificar e intervir nos casos confirmados ou suspeitos de violência sexual infantil, de modo a evitar reincidências. No hospital, tem

a possibilidade de oferecer assistência adequada que atenda às necessidades da criança recém vitimizada. Portanto, é necessária a criação de instrumentos que auxiliem na intervenção do fenômeno e o desenvolvimento de saberes e competências para a construção de propostas cuidativas de enfermagem.

Quanto ao objetivo de descrever as formas de enfrentamento proposto pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, com o intuito de compreender suas formas de enfrentamento na atenção básica, considera-se que esse foi alcançado, na medida em que as entrevistas evidenciaram as responsabilidades pelo trabalho em Rede e as dificuldades no enfrentamento.

Observou-se que os profissionais têm clareza do fluxo de encaminhamento em situações de violência. A Rede de Proteção conta com serviços organizados para atender essas crianças. Apesar da Rede Local ter autonomia para contatar outros serviços da Rede, a articulação ainda é uma responsabilidade das coordenações regional e municipal, principalmente nos casos críticos em que necessita de interface com alta complexidade, ou sistema de garantia de direitos, como o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância.

O monitoramento das notificações é feito principalmente pela coordenação local, porém, mais uma vez, há uma intervenção da coordenação regional nos casos sem evolução a contento. De acordo com as entrevistas, percebeu-se que há capacitações frequentes, assim como um protocolo que norteia o trabalho. A manutenção do banco de dados é função da coordenação municipal. Tal trabalho permite armazenar notificações, gerar relatórios e, principalmente, identificar casos reincidentes.

Diante da “responsabilidade pelo trabalho” das coordenações municipal e regional, concluiu-se que ter um fluxo e serviços organizados para atender crianças em situação de violência sexual, bem como uma articulação entre os equipamentos, um monitoramento periódico, capacitações permanentes e registro adequado das notificações são essenciais para um trabalho bem sucedido como o da Rede de Proteção.

No decorrer das entrevistas os profissionais descreveram algumas dificuldades no enfrentamento da violência. A rotatividade de profissionais foi apontada como um problema evidente, em que há a possibilidade do rompimento do vínculo entre o serviço e a família, bem como o desconhecimento dos fluxos da Rede pelo novo profissional. Observou-se também que algumas famílias apresentam resistência em participar do tratamento proposto, pois é uma forma de tornar público o segredo até então doméstico e de expor o ‘pacto familiar de silêncio’.

Outra dificuldade apontada foi a alta vulnerabilidade das famílias, entretanto é importante considerar que é mais expressivo nas classes sociais baixas, pois essas famílias têm maior contato com equipamentos que realizam a notificação compulsória da violência. É uma falácia considerar a inexistência da violência doméstica em famílias de classes sociais dominantes. Nesses casos, a solução é privada e não entra para os cálculos públicos da violência sexual e doméstica contra crianças.

O objetivo de identificar o papel das Redes Locais da Rede de Proteção no enfrentamento da violência sexual infantil foi atingido, porque as entrevistas evidenciaram como se dá o monitoramento dos casos, assim como as possibilidades de atuação da Rede.

O grande papel da Rede Local é garantir o atendimento da criança e da família que vivenciaram a situação de violência sexual. Embora esteja na ponta da organização do serviço de proteção à criança, o que muitas vezes enevoa a compreensão de todo o processo, as Redes Locais são fundamentais para assegurar o principal objetivo da Rede de Proteção, que é o de contribuir para a redução de violência em Curitiba, de forma integrada, sobretudo a violência doméstica/intrafamiliar e sexual.

Os profissionais apontaram duas possibilidades para aprimorar o trabalho da Rede. A primeira, foi a articulação com os equipamentos privados, com a intenção de tornar pública a violência sexual presente nas classes dominantes. Este resultado reforça o relato já citado acerca da dificuldade de enfrentar a alta vulnerabilidade social das famílias. Sendo assim, concluiu-se que a violência não ocorre exclusivamente nas classes

mais vulneráveis, mas sim é visibilizada pela notificação compulsória, ou seja, onde o setor público consegue entrar na vida privada das famílias.

A outra possibilidade foi de trabalhar com o empoderamento da criança, que vai ao encontro da definição da Rede de Proteção, cuja prevenção é o foco do trabalho. Tal proposta pode ser estabelecida como um *produto* do trabalho cotidiano da Rede Local, na medida em que o *objeto* de trabalho é o conhecimento da violência e formas de enfrentamento pelas próprias crianças e familiares, e a transformação deles são os *objetivos* desse processo de trabalho.

A questão da prevenção foi um ponto interessante abordado nas entrevistas, tanto no sentido de orientar a prática no serviço, quanto na reflexão acerca da evolução e reincidência da violência.

Além do trabalho preventivo e cotidiano da Redes Locais, responsáveis por identificar a violência sexual, geralmente velada, notificar e acompanhar o caso, concluiu-se a necessidade de uma política nacional que visibilize de fato o fenômeno da violência para o conjunto da sociedade, que problematize a desigualdade geradora de violência entre os diferentes grupos sociais, e que, por fim, capacite os profissionais que atendem as famílias.

Com relação à evolução da violência, notou-se que ela pode iniciar de modo leve, como uma negligência. Sendo que nos casos em que a abordagem é pouco efetiva, pode evoluir para uma violência reincidente e grave, de natureza sexual, por exemplo.

Este estudo teve como limitação a identificação do percurso da natureza da violência reincidente nas famílias, entretanto aponta-se a necessidade de fomentar estudos futuros. Dessa forma, persistem indagações científicas a serem estudadas:

De que depende a velocidade da ocorrência de outras formas de violência praticada contra a criança e a violência sexual? Quais as características das famílias em que houve a evolução de negligência para violência física grave ou sexual?

Neste estudo, considera-se que a violência contra a criança faz parte de um ciclo vicioso de violências anteriores e por isso todas as partes da totalidade precisam coadjuvar no rompimento deste ciclo, na medida em que as contradições sejam apontadas em todas as dimensões. Há algumas questões presentes no fenômeno da violência sexual que foram trazidas no decorrer da construção deste estudo: na estruturalidade dos processos - a forma pela qual a sociedade se organiza historicamente; na particularidade – as relações de produção: classes, gênero, geração, raça e etnia; e na singularidade - no modo de se relacionar intra e interfamílias na comunidade que está inserida na sociedade.

A partir das contradições observadas em cada dimensão, é possível apontar propostas de ações para mudança deste cenário. Nas dimensões estrutural e particular, entende-se que a intervenção do Estado, em nível macro estrutural, é fundamental para construção de uma sociedade menos violenta. E na dimensão singular, cumpre a cada cidadão interromper o ciclo da violência, não reproduzir, e sim respeitar os direitos de todo ser humano, sobretudo aqueles que estão em situação de prover, proteger e cuidar, como é o caso dos pais e responsáveis pelas crianças. Nessa ordem histórica, em que o ser humano se ajusta dentro de sua humanidade, deve emancipar-se no sentido de ter visão crítica deste ciclo de violência e seu papel institucional e humanitário de defender o rompimento, exercendo a autonomia de escolha entre perpetuar ou romper.

Por fim, concluiu-se que a Rede de Proteção, apesar de mostrar contradições, tem grande potencial instrumental de enfrentamento tanto da violência sexual, quanto infantil de modo geral. Acredita-se que tal modelo deve ser fartamente copiado pelos municípios, principalmente no quesito de formação de rede, da excelência da coordenação, de atualização, de amplitude e detalhamento do banco de dados e de persistência no tempo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Krug EG et al (Eds). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
2. Minayo MCS. Violência um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília. 2005. p. 9-42 - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
3. Minayo MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
4. Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. Cad. Saúde Públ. 1994; 10 (supl.1):126-134.
5. Guerra VA. Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas. São Paulo: Cortez; 1985.
6. Gonçalves HS. Infância e violência no Brasil. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003. Infância e violência familiar. p. 91-176.
7. Guerra VA. Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas. São Paulo: Cortez; 1985.
8. Gonçalves HS. Infância e violência no Brasil. In: Infância e violência familiar. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003. p.91-176.
9. Andrade BAR, Fasciani ET, Costa TP. Infanticídio - um crime de difícil caracterização e as políticas públicas de prevenção. Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2011 Jul 22]; 7 (7): 233-256. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/RFD/issue/view/165>
10. Gonçalves HS. Infância e violência no Brasil. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003. Infância e violência familiar. p. 91-176.

11. Andrade BAR, Fasciani ET, Costa TP. Infanticídio - um crime de difícil caracterização e as políticas públicas de prevenção. Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2011 Jul 22]; 7 (7): 233-256. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/RFD/issue/view/165>.
12. Priore M. Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; 2011.
13. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Universidade de São Paulo - USP [homepage na internet]. São Paulo; 2011. [citado 2011 jun 18]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crianca/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
15. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF [homepage na internet]. Brasil; 2011[citado 2011 jun 18]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm.
16. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. 3. ed. Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001. 92 p.
17. Vilga VF, Félix LSM, Urvanegia HL. Implicações psicológicas decorrentes de processos judiciais de abuso sexual doméstico contra crianças e adolescentes. In: CRAMI/Campinas (org.). Abuso Sexual Doméstico: Atendimento às vítimas e responsabilização do agressor. São Paulo: Cortez, 2002. p. 54-66.
18. Brasil. Ministério da Justiça. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto Juvenil. Brasília: SEDH/DCA, 2002.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília, n.96, Seção 1E, 18 maio, 2001.
20. Apostólico MR. Potencialidades e limites da CIPESC para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde da população infantil. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2011.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos no atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
22. Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a violência. Curitiba, 2008.
23. Whitaker F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. São Paulo: Câmara Municipal de São Paulo; 1993. Mimeografado.
24. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad. Saúde Públ. 1994;10(supl. 1): 07-18.
25. Minayo MCS. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. Cad. Saúde Públ. 1990;6(3): 278-292.
26. Azevedo MA, Guerra VA. A violência doméstica na infância e na adolescência. Sao Paulo: Robe, 1995.
27. Azevedo MA, Guerra VNA. A vitimização sexual doméstica de crianças e adolescentes. In: Marques MAB (Organizadora). Violência doméstica contra crianças e adolescentes. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

28. Faleiros VP. Violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. In: Leal MFP, César MA. Indicadores da Violência Intrafamiliar e da Exploração Sexual de crianças e adolescentes. Brasília: Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes - CECRIA, 1998. p. 06-18.
29. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários (as). Brasília, 2005
30. Assis SG, Deslandes SF, Marques MAB. Violência contra crianças e adolescentes em busca de uma definição. In: Marques MAB (organizadora). Violência doméstica contra crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
31. Pereira LM. Violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes: uma proposta multidisciplinar de atendimento. Centro Regional aos Maus-tratos na Infância - CRAMI (organizador). Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor. 2a. ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF: UNICEF; 2005. (Série fazer valer os direitos; v.1)
32. Landini TS. Violência sexual contra crianças na mídia impressa: gênero e geração. Cadernos pagu. 2006; (26): 225-252.
33. Saffioti HIB. A síndrome do pequeno poder. In: Azevedo MA, Guerra VNA. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo-SP : Iglu Editora, 1989. p 13-24.
34. Gomes NP, Diniz NMF, Araújo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias de gênero e geração. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4): 504-8
35. Saffioti HIB. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: Kupstas M (Org.). Violência em debate. São Paulo: Moderna; 1997.
36. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):450-9.

37. Scott J. Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989.
38. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(Esp. 2):1731-5
39. Saffioti HIB. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil. In: Madeira FR (Org.). Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos; 1997.p. 135-211.
40. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cadernos Pagu. 2001; 16: 115-136.
41. Habigzang LF, Koller SH. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: aspectos conceituais e estudos recentes. In: Habigzang LF, Koller SH. Intervenção psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: manual de capacitação de profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
42. Faleiros ETS, Campos JO. Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes. 2000. Brasília: Unicef. Disponível em <http://www.cecilia.org.br/pub/pub.htm>. Acesso em 27 de abril de 2010.
43. Felizardo D, Zürcher E, Melo K. Violência Sexual: Conceituação e Atendimento. In: Violência faz mal à saúde. Lima CA, et al Coord. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 69-80. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
44. Inoue SRV, Ristum MSR. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. Estudos de psicologia (Campinas) [online]. 2008, vol.25, n.1, p. 11-21.
45. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. Jornal de Pediatria. 2005; 81(supl 5); 197-204

46. Cohen C. O incesto. In: Azevedo MA, Guerra VA (Orgs). Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez, 1993.
47. Forward S, Buck C. A traição da inocência: o incesto e sua devastação. Tradução de Sergio Flaksman. Rio de Janeiro: Rocco; 1989. A traição da inocência, uma introdução; p. 9-15.
48. Azevedo MA. Notas para uma teoria crítica da violência familiar contra crianças e adolescentes. In: Azevedo MA, Guerra VNA. Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez; 1993. p. 25-48.
49. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
50. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2a Ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2009.
51. Egrý EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
52. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [texto da internet]. Brasil; [citado 2011 jun. 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
53. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES. Caderno Estatístico [texto da internet]. Paraná; [citado 2011 out. 29]. Disponível em http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?Municipio=80000&btOk=ok.
54. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD Brasil. [texto da internet]. Brasil; [citado 2011 out. 30]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh/>
55. Guia geográfico de Curitiba. Paraná [citado 2012 abr 30]. Disponível em: <http://www.curitiba-parana.com/geografia-mapas/mapa-regionais.htm>.

56. IPPUC - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano. Curitiba em dados. [texto da internet]. Paraná; [citado 2011 set. 15]. Disponível em: <http://ippucnet.ippuc.org.br/ippucweb/sasi/home/>.
57. IPPUC - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano. Curitiba em dados. [texto da internet]. Paraná; [citado 2011 out. 27]. Disponível em: http://www.ippuc.org.br/Bancodedados/Curitibaemdados/Curitiba_em_dados_Pesquisa.htm.
58. Castro MTB, Ravanello MI. (Coord) Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano - IPPUC. Plano diretor de Curitiba: educação. - Análise de desempenho, 1970 a 2009. Curitiba: IPPUC, 2010.
59. IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico. [texto da internet]. Paraná; [citado 2011 dez. 03]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=80000&btOk=ok>.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 104
61. Bardin L. Análise de conteúdo. Edição revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009. p. 281.
62. Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). Centro de Epidemiologia. Rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para violência. Murato HMS, Camargo DA, Feliz MC, Cortiano S (orgs). Perfil das crianças e dos adolescentes vítimas de violência suspeita ou confirmada notificada pela Rede de Proteção no ano de 2008. Curitiba: 2009.
63. Seldes JJ, Ziporovich V, Viota A, Leiva F. Maltrato infantil. Experiência de un abordaje interdisciplinario. Arch Argent Pediatr. 2008; 106 (6): 499-504.

64. Observatório da infância [homepage na internet]. São Paulo; 2011. [atualizado 2001 nov. 11; citado 2011 mai 25]. Disponível em: <http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-93.pdf>.
65. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo, GA, Machado, PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicol Teoria Pesq*. 2005; 21(3): 431 - 48.
66. Machado HB, Lueneberg CF, Régis EI, Nunes MPP. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(Esp.): 54-63.
67. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*. 2002;7(2): 3-11.
68. Ibaceta F, Guadalupe C, González K, Zambrano A, Becar C. Características de las agresiones sexuales en beneficiarias del programa de tratamiento de depresión de un consultorio de atención primaria. *Rev Chil Salud Pública*. 2008; 12(3): 148-153.
69. Watson IF. Agresión sexual en La infancia y viaje al futuro: clínica y psicoterapia en La edad adulta. *Terapia Psicológica*. 2007; 25(2): 189-198.
70. Monteiro CFS, Teles DCBS, Castro KL, Vasconcelos SV, Magalhães RLB, Deus MCBR. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(4): 459-63.
71. Cunha JM, Assis SG, Pacheco STA. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(4):462-5.
72. Froner JP, Ramires VRR. Escuta de crianças vítimas de abuso sexual no âmbito jurídico: uma revisão crítica da literatura. *Paidéia*. 2008;18(40):267-278.

73. Baptista RS, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(4):602-8.
74. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad. Saúde Públ.* 1994; 10 (supl. 1): 146-155
75. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.
76. Paixão ACW, Deslandes SF. Abuso sexual infantojuvenil: ações municipais da saúde para a garantia do atendimento. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(10): 4189-4198.
77. Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(7):3285-3296.
78. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad. Saúde Pública.* 1994; 10 (suplemento 1): 177-187.
79. Ubeda EML, Ferriani MGC. A violência contra a criança e o adolescente. In: Ferriani MGC, Medeiros M, Silva MAI, Ubeda EML. *Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica.* Goiânia: AB Editora, 2008.
80. Deslandes SF, Assis SG, Silva HO. Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: UNICEF / CLAVES / ENSP / FIOCRUZ, 2004. 204 p.
81. Silva MAI, Ferriani MGC. Violência doméstica: do invisível ao visível. *Rev Latino-am Enfermagem.* [periódico na internet] 2007 [citado 2012 Mai 14]; 15(2): 275-281. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.

82. Habigzang LF, Azevedo GA, Koller SH, Machado PX. Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2006; 19 (3): 379-386.
83. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.
84. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. A reincidência da violência contra a criança no município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012; 25(6): Prelo.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Caracterização

1. Nome
2. Qual a sua responsabilidade pelo trabalho na Rede de Proteção?
3. Como se dá a sua participação?
4. Qual a área de abrangência?

Questões

1. Descrever situação emblemática no qual houve participação da Rede para o enfrentamento em situações de violência sexual contra a criança no seu território, nos últimos três meses.
 - Quando ocorreu?
 - Qual a solução dada?
 - Quais profissionais e equipamentos participaram das soluções?
 - Como a criança é monitorada?
 - De quem é a responsabilidade maior para o monitoramento?
2. A partir da sua perspectiva, qual é o significado do seu trabalho na Rede de Proteção?

APÊNDICE B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 17 de dezembro de 2010.

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry

Ref.: Processo nº 992/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **"Violência Sexual Infantil: estudo das ocorrências registradas na Rede de Proteção de Curitiba no ano de 2009 e as formas de enfrentamento na Atenção Básica"** informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita de Célia Maria Sivalli Campos.

Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO

ANEXO: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada(o) Profissional,

Integramos um grupo de pesquisa do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, coordenado pela Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry, docente da mesma Escola e pesquisadora do CNPq. As demais pesquisadoras são: Profa. Dra. Márcia Regina Cubas, docente da Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Maíra Rosa Apostólico, doutoranda da Escola de Enfermagem da USP; Ana Paula Graziano, mestranda da Escola de Enfermagem da USP; Profa. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves, docente da Universidade Federal do Paraná; e Caroline Rife Nóbrega, aluna de Iniciação Científica.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: **“Violência Sexual Infantil: estudo das ocorrências registradas na Rede de Proteção de Curitiba no ano de 2009 e as formas de enfrentamento na Atenção Básica”**, que está sob a Coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Sua colaboração será de fundamental importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar as seguintes informações:

- O objetivo principal compreender as características da violência sexual contra a criança e suas formas de enfrentamento na atenção básica.
- A sua participação é voluntária, e consistirá numa entrevista que será gravada e posteriormente transcrita. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.

- Não é necessária a sua identificação e será garantido o seu anonimato e o sigilo das informações, assim como os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.

Desde já agradeço a sua colaboração e me coloco à disposição por meio do telefone (11) 6704-2779 ou pelos e-mail ana.graziano@usp.br

Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientada sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo. Sendo assim, autorizo a realização da entrevista e da gravação de minha fala. Declaro que concordo com a utilização de todos estes dados nesta pesquisa.

Assinatura do (a) participante: _____

Ana Paula Graziano: _____

São Paulo, ____ de _____ de 2011