# UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUIZA ARAÚJO FREITAS

Atendimento prestado por profissionais do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) às crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas na violência sexual intrafamiliar

RIBEIRÃO PRETO

# LUIZA ARAÚJO FREITAS

Atendimento prestado por profissionais do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) às crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas na violência sexual intrafamiliar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente.

Orientador: Maria das Graças Bomfim de Carvalho

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Freitas, Luiza Araújo

Atendimento prestado por profissionais do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) às crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas na violência sexual intrafamiliar. Ribeirão Preto, 2018. 153 p. : il.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Orientador: Maria das Graças Bomfim de Carvalho

Família. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Violência Doméstica. 5. Violência Sexual.
 Atendimento Integral à Saúde da Criança e do Adolescente.

## FREITAS, Luiza Araújo

Atendimento prestado por profissionais do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) às crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas na violência sexual intrafamiliar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

A	provado	em	 /	<b>/</b>	/	/ ••••••

## Comissão Julgadora

Prof. Dr
Instituição:
Prof. Dr
Instituição:
Prof. Dr
Instituição:
Prof. Dr
Instituição:
Institutição.
Prof. Dr
Instituição:

## **DEDICATÓRIA**

#### Dedico este trabalho

A todas as crianças e adolescentes que de alguma forma tiveram a sua infância violada pela presença da violência. A motivação desta pesquisa foi ter me deparado com esta realidade cruel e não saber o que fazer para interromper este ciclo. O árduo desafio deste trabalho foi pensando em possiblidades para melhor atende-los e evitar que no futuro outros não tenham que passar por esta situação. Com certeza, este motivo me inspirou a ir até o fim.

"A grandeza não está em ser forte, mas no uso correto da força. Grande é aquele cuja força conquista mais corações pela atração do próprio coração." R. J. Palacio

#### **AGRADECIMENTOS**

Ao primeiro e mais importante de todos, meu amigo e Pai, Deus. Em toda a sua Trindade e Majestade, se faz tão presente. Desde a implantação do sonho de realizar este Mestrado, conseguir esta vaga tão desejada, até a atual conclusão, só foi possível por Ele. Como em todas as demais circunstâncias da minha vida, o Senhor sempre me surpreende. Muito obrigada Pai, pela família, pelos amigos, pelas oportunidades, pelo fôlego de vida! Pela graça e misericórdia dispensadas a mim diariamente. A glória é tua e sempre será para sempre, sem Ti seria impossível!

Aos meus pais, Gilmar e Juliana, meus GRANDES exemplos da vida, quem tenho o prazer de dizer que são meus pais! São exemplos de determinação e perseverança, de que tudo é possível quando se quer e se luta por isso. Obrigada pelos infinitos ensinamentos que me fizeram ser quem eu sou hoje, pelo incentivo constante, pela confiança, por acreditarem nos meus sonhos e fazê-los sempre maiores do que sonhei. Espero sempre dar orgulho a vocês! Vocês tem o poder de tornar os meus fardos mais leves, a vida mais gostosa e alegre. Obrigada pelo amor, cuidado, pelas infinitas conversas e pela ajuda financeira, enfim, POR TUDO! Sem vocês seria insuportável, eu não aguentaria! As palavras não vão conseguir mensurar o que sinto por vocês, é muito mais que amor!

À minha grande família, e um dos principais motivos da minha alegria, o meu agradecimento pelo otimismo que olham para a vida, isso me inspira de um forma que vocês não imaginam! À minha vozinha Valda, que é o meu tesouro, a minha amada, que eu sei que celebra todas as minhas conquistas como se fossem dela. Ao meu irmão Miguel, que me ensinou ao longo da vida, como se torna mais leve os momentos quando são compartilhados, com pessoas confiáveis. E com você, eu posso compartilhar as decepções e alegrias. Em especial, à tia Edvalda, esta mulher que nasceu para ensinar. Você me ensina com a sua vida, e gentilmente me amparou nesse caminho do Mestrado, na busca por um campo de pesquisa, os contatos que fez por mim... À sua companhia, no inicio de todo esse caminho me deu segurança e isso fez toda a diferença. Quando penso no ser professora, o meu referencial é você. Obrigada!

Ao meu namorado, João Eduardo, por me incentivar, acreditar no meu potencial, ter suportado a distância em tantos momentos (me levar em Ribeirão e me buscar na rodoviária, incontáveis vezes, e como era bom te ter me esperando!). Você me ajudou muito nesta jornada acadêmica, e demonstrou por mim tanto cuidado, nos mínimos detalhes. A sua presença foi indispensável para a conclusão deste ciclo na minha vida. Obrigada por me inspirar com a sua escolha pela profissão, querido professor!

À Profa. Dra. Maria das Graças Bomfim de Carvalho, como o nome diz, Graça. Acredito que a Sra. viu graça em mim, desde o primeiro email recebido, acreditou em mim. Eu queria tanto a oportunidade de estudar na USP, e a Sra. abriu as portas pra mim. Espero ter feito valer a pena. Sou extremamente grata! Aprendi tanto com a Sra. como pessoa e orientadora! Obrigada pela paciência, quando me conheceu eu só tinha a vontade e muito pouco

conhecimento sobre este universo da pesquisa. E também pela confiança, afinal carrego seu nome e a referência que és como minha orientadora.

À Prof. Dra. Diene Monique Carlos, que foi o meu anjo nesta pós Graduação, a minha segunda orientadora, que ajudou a Prof. Graça a me ajudar, (rs). Obrigada por me socorrer inúmeras vezes, por ler todos os meus e-mails, ouvir todos os meus áudios desesperados, pelas correções e sugestões que abraçaram a minha alma angustiada de mestranda. Os seus alunos têm muita sorte! Eu ganhei uma amiga!

À Profa. Dra. Elisabete M. M. de Pádua, tão inteligente e ao mesmo tempo disposta a partilhar o que sabe! Foram muitas reuniões esclarecedoras sobre um pensamento tão complexo (rs). A sua contribuição foi pontual para o desenrolar deste trabalho. Obrigada!

À Profa. Dra. Eliana Mendes, pela participação na minha qualificação, pelas sugestões e experiências partilhadas. Obrigada!

Ao estatístico da EERP/USP, Jonas. Pela disponibilidade em ajudar, na maioria das vezes a distância. Pela paciência, porque sei que te cansei com os infinitos e-mails. Valeu a pena. Obrigada!

Ao Vinicius, da CEP/ EERP, que cansou de me receber em sua sala e comprou a minha briga contra o tempo, desenrolando os trâmites documentais com mais agilidade. Obrigada pela sua ajuda!

Ao Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa do Programa de Atenção Primária à Saúde Escolar (PROASE), pelas parcerias, experiências e conhecimentos compartilhados! Em especial, à Bia com quem tive o prazer de compartilhar tantas autorias de trabalho. Obrigada!

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelas portas abertas e pelo imenso prazer em fazer parte desta instituição, em especial à secretária da Pós Graduação da Saúde Pública, Shirley. Tenho uma imensa admiração por você. Desde o nosso primeiro encontro no momento da matricula, em que me encontrava tão perdida em meio a tantas novidades e você foi tão querida e generosa. No decorrer destes dois anos, tirou tantas dúvidas minhas e resolveu tantos outros problemas que surgiram, com muita paciência! Obrigada!

À FAPESP, o meu agradecimento pela confiança e investimento no processo nº 2016/05111-3, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). O seu apoio financeiro foi motivador e essencial para o desenvolvimento desta pesquisa. Obrigada!

À Prefeitura de Uberlândia – MG, por abrirem as portas e as oportunidades de pesquisa. Este projeto tem o intuito de trazer um retorno à cidade. Obrigada.

Aos profissionais do CREAS, pela disposição em participar e contribuir com a pesquisa. Não seria possível sem vocês! Obrigada!

À colega Gabriela Ravagnani, que tive o privilégio de conhecer em uma disciplina da pósgraduação. E que privilégio, Gabi! Você me conhecia tão pouco e se fez tão disponível a me ajudar, de uma forma que só você sabe como foi essencial! Minha correspondente (rs)! Que Deus possa te recompensar de uma forma surreal! Obrigada querida!

Às amigas e amigos da Universidade Federal de Uberlândia pela torcida, apoio e conhecimento sempre compartilhado, em especial ao Dr. Omar Neto, grande amigo, tenho muito orgulho de você, e mesmo com a vida tumultuada, me ensinou os primeiros passos da pesquisa. Obrigada!

Àqueles, que escolhi como amigos (na igreja, na pós, na vida), e que estiveram presentes em tantos momentos da minha vida, compartilhando as angustias e as vitorias, tornando mais doces esses períodos de inverno. Não ousaria citar nomes, a lista é extensa. Obrigada pela amizade e companheirismo de todos que sabem ser parte desta lista!

A todos que não mencionei, e que me ajudaram direta ou indiretamente na conclusão deste trabalho, os meus mais sinceros agradecimentos. Que Deus os recompense!

•	'Rendei graças ao Senhor, porque Ele é bom e as suas misericórdias duram para sempre."
	Salmos 136:1
"	Cada vez que você faz uma opção está transformando a sua essência em alguma coisa um pouco diferente do que era antes."
	C.S. Lewis

#### **RESUMO**

FREITAS, L. A. Atendimento prestado por profissionais do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) às crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas na violência sexual intrafamiliar. 2018. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes acontece desde os primórdios, porém ganhou atenção das autoridades no final dos anos 80, com a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente. Dentre os diferentes tipos de violência, esta pesquisa destaca a violência sexual, caracterizada por uma violação dos direitos humanos relacionado à liberdade sexual da pessoa humana, por ser uma prática erótica imposta à criança ou ao adolescente por ameaça, violência física ou indução de sua vontade. Pelo significativo papel que o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) possui no cuidado a essa população e a suas famílias, o objetivo deste estudo foi compreender o atendimento que os profissionais prestam no CREAS às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência sexual na cidade de Uberlândia, Minas Gerais. Para apropriar do objeto deste estudo, a autora aproximou-se do Paradigma da Complexidade, tomando como referência Edgar Morin. Tratase de um estudo com abordagem qualitativa, configurando-se como pesquisa social estratégica, fundamentada no pensamento complexo. Este referencial possibilita um olhar articulado para as interações e tramas com a perspectiva transdisciplinar e multidimensional, buscando contextualizar a realidade como se apresenta. Participaram do estudo 08 profissionais trabalhadores do CREAS, do município de Uberlândia. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. As noções de compreensão e contextualização direcionaram a análise dos dados e a articulação com o referencial proposto. Emergiram 04 temáticas: (1) A compreensão da violência sexual pelos profissionais do CREAS; (2) A chegada das crianças. Adolescentes e suas famílias ao atendimento no CREAS; (3) O atendimento que é prestado pelos profissionais do CREAS: às crianças, aos adolescentes e às suas famílias; (4) As fragilidades e potencialidades do atendimento, mencionados pelos profissionais. Compreendeu-se a necessidade de um serviço de rede mais articulado, permitindo aos profissionais a busca pela capacitação contínua, e como consequência um atendimento prestado com qualidade e eficiência, beneficiando as crianças, adolescentes e suas famílias atendidas e cuidadas, como também os profissionais que desenvolvem este papel.

**Descritores**: Família; Criança; Adolescente; Violência Doméstica; Violência Sexual; Atendimento Integral à Saúde da Criança e do Adolescente.

#### **ABSTRACT**

FREITAS, L. A. Assistance provided by professionals of the Reference Center Specialized in Social Assistance (CREAS) to children, adolescents and their families, involved in insidefamily sexual violence. 2018. 153 f. Dissertation (Master Degree) – Nursing School of Ribeirao Preto, University of São Paulo, Ribeirao Preto, 2018.

Inside-family violence against children and adolescents happens since the beginning of time; however, it gained attention of the authorities in the late 1980s, with the Federal Constitution and the Statute of the Child and Adolescent. Among the different types of violence, this research highlights sexual violence, characterized by a violation of the human rights related to the sexual freedom of the human being, for it is an erotic practice imposed on the child or adolescent through threat, physical violence or inducement of his or her will. Due to the significant role that the Reference Center Specialized in Social Care (CREAS, in Portuguese) has in caring for this population and their families, the objective was to understand the care provided by professionals in CREAS to children, adolescents and their families in situations of sexual violence in the city of Uberlandia, Minas Gerais. To appropriate the object of this study, the author approached the Paradigm of Complexity. It is a study with a qualitative approach, being configured as a strategic social research, based on the complex thinking. This referential allows an articulated view of the interactions and connections with the transdisciplinary and multi-dimensional perspective, seeking to contextualize reality as presented. The study included eight workers from CREAS, from the city of Uberlandia. Data collection was made through documentary research and semi-structured interviews. The notions of understanding and contextualization directed data analysis and articulation with the proposed referential. Four themes emerged: (1) Understanding of sexual violence by CREAS professionals; (2) The arrival of the children, adolescents and their families to CREAS; (3) The care provided by CREAS professionals to children, adolescents and their families; (4) The weaknesses and potentialities of care, mentioned by professionals. The need for a more articulated network service was understood, allowing the professionals to search for continuous training, and as a consequence rendering a service with quality and efficiency, benefiting the children, adolescents and their families taken care, as well as the professionals who develop this role.

**Key-Words**: Family; Children; Adolescent; Domestic Violence; Sex Offenses; Comprehensive Health Care.

#### RESUMEN

FREITAS, L. A. Tratamiento dado por profesionales del Centro de Referencia Especializado en Asistencia Social (CREAS) a los niños, adolescentes y sus familias victimizados por la violencia sexual intrafamiliar. 2018. 153 f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

**Resumen:** La violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes ocurre desde los inicios de la humanidad, pero ganó atención de las autoridades al final de los años 80, con la Constitución Federal y el Estatuto del Niño y del Adolescente. Entre los diferentes tipos de violencia, esta investigación destaca la violencia sexual, caracterizada por una violación de los derechos humanos relacionado a la libertad sexual de la persona humana, por ser una práctica erótica impuesta al niño o al adolescente por amenaza, violencia física o inducción de su voluntad. Por el significativo papel que el Centro de Referencia Especializado de Asistencia Social (CREAS) posee en el cuidado a esa población y a sus familias, el objetivo de este estudio fue comprender el atendimiento que los profesionales dan en el CREAS a los niños, adolescentes y sus familias en situación de violencia sexual en la ciudad de Uberlândia, Minas Gerais. Para apropiar el objeto de este estudio, la autora se aproximó del Paradigma de la Complejidad, tomando como referencia Edgar Morin. Se trata de un estudio con un enfoque cualitativo, que se configura como investigación social estratégica, fundamentada en el pensamiento complejo. Este referencial posibilita una mirada articulada para las interacciones y tramas con la perspectiva transdisciplinar y multidimensional, buscando contextualizar la realidad como se presenta. Participaron del estudio 08 profesionales trabajadores del CREAS, del municipio de Uberlândia. La colecta de datos fue realizada por medio de investigación documental y semiestructuradas. Las nociones de comprensión y contextualización entrevistas direccionaron para análisis de los datos y la articulación con el referencial propuesto. Emergieron 04 temáticas: (1) A comprensión de la violencia sexual por los profesionales del CREAS; (2) La llegada de los niños, adolescentes y sus familias al tratamiento en el CREAS; (3) El tratamiento que es prestado por los profesionales del CREAS: a los niños, a los adolescentes y a sus familias; (4) Las fragilidades y potencialidades del tratamiento, mencionados por los profesionales. Se comprendió la necesidad de un servicio de red más articulado, permitiendo a los profesionales la búsqueda por la capacitación continua, y como consecuencia que se preste un tratamiento con calidad y eficiencia, beneficiando a los niños, adolescentes y sus familias atendidas y cuidadas, como también a los profesionales que desarrollan este papel.

Palabras clave: Familia; niños; Adolescente; Violencia Doméstica; Delitos Sexuales; Atención Integral de Salud.

# LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Organograma de Surgimento do CREAS
Figura 2.	Fluxograma das etapas metodológicas empregadas na revisão integrativa
Figura 3.	Mapa do Município de Uberlândia (MG), representando a distribuição geográfica de seus 05 setores
Figura 4.	Divisão espacial por setores censitários – IBGE (2010), da cidade de Uberlândia (MG)
Figura 5.	Índice de Vulnerabilidade da População (IVS – IBVS), da cidade de Uberlândia (MG)
Figura 6.	Parâmetros de Referência para a definição do número de CREAS, considerando o porte do município
Figura 7.	Parâmetros para composição da equipe de referência do CREAS71
Figura 8.	Gráfico com a distribuição da população objeto deste estudo (crianças e adolescentes), residente na área de abrangência do CREAS Socioprotetivas, segundo o sexo e a faixa etária
Figura 9.	Distribuição por profissão dos participantes da pesquisa85
Figura10.	Caracterização das crianças e adolescentes, por idade, em situação de violência sexual, atendidas no CREAS, em 2016
Figura 11.	Caracterização das crianças e adolescentes, por raça ou cor, em situação de violência sexual, atendidas no CREAS, em 2016
Figura12.	Caracterização das crianças e adolescentes, em relação ao gênero, em situação de violência sexual, atendidas no CREAS, em 201687
Figura 13.	Caracterização das crianças e adolescentes, em relação à forma de violência sexual sofrida, atendidas no CREAS, em 2016
Figura 14.	Caracterização das crianças e adolescentes, em relação à entidade que encaminhou para o atendimento no CREAS, em 2016
Figura 15.	Composição familiar das crianças e adolescentes, em situação de violência sexual, atendidas pelo CREAS em 2016
Figura 16.	Caracterização da renda familiar da família, das crianças e adolescentes por em situação de violência sexual, atendidas pelo CREAS em 201690

Figura 17.	Caracterização da idade da mae em relação a idade do responsavel, das crianças e adolescentes, em situação de violência sexual, atendidas pelo CREAS em 2016
Figura 18.	Caracterização das famílias em relação à pessoa responsável que acompanhou à criança e o adolescente ao atendimento do CREAS, em 201691
Figura 19.	Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação ao seu grau de parentesco92
Figura 20.	Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação à idade92
Figura 21.	Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação à raça93
Figura 22.	Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação ao gênero
Figura 23.	Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação à responsabilização pelos seus atos
Figura 24.	Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação a manter o contato após a violência
Figura 25.	Marcação dos setores de Alta Vulnerabilidade da População de Uberlândia – MG
Figura 26.	Distribuição por setores, dos casos de violência sexual, na cidade de Uberlândia – MG
Figura 27.	Fluxograma de atendimento familiar no CREAS
Figura 28.	Ilustração da Rede Intersetorial
Figura 29.	Relação entre a forma de violência sofrida pelas crianças e adolescentes (intrafamiliar e extrafamiliar) e o violador de direitos
Figura 30.	Relação entre a idade das crianças e adolescentes e a forma de violência sexual sofrida
Figura 31.	Relação do tempo de permanência (em meses), no atendimento do CREAS e a
	idade da criança e do adolescente

# LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Distribuição dos artigos elegíveis em acordo com seus autores, ano de
	publicação, título, metodologia, nível de evidência e base de
	dados5
Quadro 2.	Categorias temáticas, códigos dos estudos e porcentagem. Ribeirão Preto/ SP
	Brasil. (2017)

#### LISTA DE SIGLAS

AC Alta Complexidade

ACS Agente Comunitário de Saúde

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEAI Centro Educacional de Assistência Integral

Centro POP Centro de Referência Especializado para população em situação de rua

CF Constituição Federal

CNAS Conselho Nacional de Assistência Integral

CNS Conselho Nacional de Saúde

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DeCS Descritores em Ciências da Saúde

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF Estratégia Saúde da Família

HIV Vírus da Imunodeficiência Adquirida

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

IST Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVS IPEA Índice de Vulnerabilidade Social – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LILACS Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LOAS Lei Orgânica de Assistência Social

MC Média Complexidade

MDS Ministério do Desenvolvimento Social

MEDLINE Medical Literature Analysis and Retrievel System Online

MeSH Medical Subject Headline

MG Minas Gerais

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan Americana de Saúde

PAEFI Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos

PAIF Serviço de Proteção e Atendimento Integrado à Família

PEC Proposta de Emenda da Constituição

PIB Produto Interno Bruto

PNAS Política Nacional de Assistência Social

PSB Proteção Social Básica

PSE Proteção Social Especial

SP São Paulo

SUAS Sistema Único de Assistência Social

SUS Sistema Único de saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TICs Tecnologias de Informação e Comunicação

UAI Unidade de Atendimento Integrado

UAPSF Unidade de Atendimento Primário em Saúde da Família

VIVA Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	31
2 OBJETIVOS	41
3 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL	45
3.1 O Paradigma da Complexidade	47
3.2 A revisão integrativa	49
3.2.1 Critérios para realização da Revisão Integrativa	50
3.2.1.1 Escolha do tema com estabelecimento da hipótese ou questão norteadora da pesquisa	50
3.2.1.2 Amostragem ou busca na literatura	50
3.2.1.3 Coleta de dados	52
3.2.1.4 Analise Critica dos Estudos Incluídos	53
3.2.1.5 Discussão dos resultados e categorização dos estudos	54
3.2.1.6 Síntese do Conhecimento	55
3.2.2 Conclusão da Revisão Integrativa	60
4 MATERIAL E MÉTODOS	61
4.1 Caracterização do Estudo	63
4.2 Campo de Estudo	63
4.3 Participantes da Pesquisa	69
4.4 Procedimentos para Coleta de Dados	71
4.5 Aspectos Éticos	76
4.6 Análise dos Dados	77
5 RESULTADOS	79

5.1 Caracterização do CREAS Socioprotetivas	81
5.2 Caracterização dos profissionais do CREAS	84
5.3 Caracterização das crianças, dos adolescentes, de suas famílias atendidas e do violador	85
5.3.1 Características das crianças e adolescentes	86
5.3.2 Características da família	89
5.3.3 Características do violador	91
6 DISCUSSÃO	95
6.1 A compreensão da violência sexual pelos profissionais do CREAS	97
6.2 A chegada das crianças, adolescentes e suas famílias ao atendimento no CREAS	102
6.3 O atendimento que é prestado pelos profissionais do CREAS	111
6.3.1 Às crianças e/ou adolescentes	111
6.3.2 Às famílias	119
6.4 Potencialidades e fragilidades do atendimento segundo os profissionais do CREAS	124
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES	145
ANEXOS	149

# INTRODUÇÃO

## 1. INTRODUÇÃO

"A violência é caracterizada pelo uso da força física ou do poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação" (WHO, 2010). A violência intrafamiliar se dá quando o autor da violência possui algum grau de parentesco ou envolvimento afetivo com a vítima. A repercussão na saúde de crianças e adolescentes tem sido objeto de inúmeras pesquisas no campo da saúde pública, demonstrando tratar-se de fenômeno de alta prevalência e grande impacto na saúde mental e física destes e que se reproduz geração após geração, estando presente na sociedade há séculos (SAURET, CARNEIRO, VALONGUEIRO, 2011; ZAMBON, 2012; MOREIRA et al., 2014).

Porém, no Brasil, a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes passa a merecer maior atenção das autoridades competentes, no final dos anos 1980, com a Constituição Federal em 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) promulgado em 1990. A legislação torna obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados, mas as violências extrafamiliares são mais notificadas que as cometidas no ambiente familiar (FONSECA, 2012; ZAMBON, 2012; FACURI et al., 2013).

De acordo com o relatório do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), totalizaram 188.624 notificações analisadas entre 2013 e 2014, e divulgados em 2017. A proporção de casos identificados entre crianças e adolescentes (42,7%) se mantiveram altas em relação ao relatório divulgado em 2013, (44,7%). (BRASIL, 2017)

Neste ultimo relatório do VIVA (BRASIL, 2017), foram registrados 29.784 notificações de violência entre *crianças de 0 a 9 anos de idade*, sendo 46,6% do sexo masculino e 53,4% do sexo feminino. No sexo masculino, destacaram-se a negligência (50,1%), a violência física (28,6%) e a sexual (28,4%) como formas de violência com maior proporção; já entre as meninas, foram à negligência (42,5%) e a violência sexual (39,0%) que apresentaram maior ocorrência. Em relação ao relatório divulgado em 2013, houve um aumento considerável da negligência entre o sexo masculino e feminino (42,8% e 30,1%) respectivamente, nesta faixa etária.

Aproximadamente, 24,3% dos pacientes eram vítimas de repetição. E os atos de violência predominaram na residência (66,7%). Quanto aos encaminhamentos para outros setores, observou-se que no sexo masculino, 58,2% das vítimas foram encaminhadas para o Conselho Tutelar, seguidos de encaminhamentos para o Centro de Referência de Assistência

Social (CREAS)/ Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) (9,3%) e Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente (8,9%). E entre as vítimas do sexo feminino, o destino mais frequente foi o Conselho Tutelar (60,1%), seguido pelo CREAS/ CRAS (12,4%) e Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente (11,2%). (BRASIL, 2017)

Entre adolescentes de 10 a 19 anos de idade, foram registrados 50.634 notificações de violência, sendo 35,3% do sexo masculino e 64,7% do sexo feminino. No sexo masculino, destacaram-se a agressão física (75,6 %) e a negligência/ abandono (15,6%) como formas de violência com maior proporção. E entre as mulheres, além da agressão física (56,5%), foram a violência sexual (34,1%) e a violência psicológica/moral (27,9%) que apresentaram maior ocorrência. Aproximadamente 27,7% dos pacientes informaram ter sido vítimas de violência de repetição e os atos de violência predominaram na residência (47,1%). Quanto aos encaminhamentos para outros setores, observou-se que no sexo masculino 24,1% das vítimas foram encaminhadas para o Conselho Tutelar; 19,9% foram encaminhadas para outras delegacias e para o CREAS/ CRAS (6,3%). Nos casos de sexo feminino, o encaminhamento mais frequente foi pela Delegacia Especializada da Mulher (Deam), com 18,5%, seguido pelo Conselho Tutelar (17,7%), e CREAS/ CRAS, com 8,3%. (BRASIL, 2017)

Em relação ao relatório de 2013, a violência doméstica intrafamiliar aumentou em ambos os sexos, de 61,9% para 66,7% (na faixa etária de 0 a 9 anos) e 42,6% para 47,1% (na faixa etária de 10 a 19 anos), já a porcentagem de violência sexual contra o público feminino de 0 a 9 anos (45,5% para 39%) e de 10 a 19 anos (41,9% para 34,1%), apresentou uma redução significativa. (BRASIL 2013, 2017)

Aproximadamente 15.700 mil crianças e adolescentes podem ter sido vítimas de violência sexual no Brasil em 2016. Os números são relativos às denúncias feitas ao Disque-Denúncia Nacional, Disque 100, dados geralmente divulgados nos dias 18 de maio de cada ano, Dia Nacional de Combate à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. O Disque 100 é um serviço de utilidade pública da Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério dos Direitos Humanos, vinculado à Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, que recebe demandas relacionadas a violações de Direitos Humanos, em particular as que atingem populações com vulnerabilidade aumentada. (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS, 2017).

A violência sexual pode ser dividida em extrafamiliar e intrafamiliar, esta ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais. Atinge mais as crianças do que os adolescentes, em função de sua maior fragilidade física e emocional. (BRASIL, 2010). Historicamente, já em 1998, Guerra já dizia que aproximadamente 80% dos casos de violência sexual eram

praticados no ambiente familiar ou por pessoas ditas confiáveis, próximas à família. Neste estudo, será enfatizada a violência sexual intrafamiliar cometida contra as crianças e adolescentes. De acordo com Furniss (2002):

Nas famílias em que ocorre abuso sexual da criança, as fronteiras intergeracionais foram rompidas em certas áreas do funcionamento familiar e permanecem intactas em outras. A inversão da hierarquia familiar entre pais e filhos em algumas áreas conduzem à incongruência entre os diferentes níveis de funcionamento familiar, que é desorientador e perturbador para a criança. *No nível do cuidado prático*, não parece haver diferença nos padrões das famílias com abuso sexual e as outras famílias. *No nível sexual*, a dependência estrutural da filha ou filho, enquanto criança, opõe-se ao seu papel de parceiros pseudo-iguais no inadequado relacionamento sexual intergeracional com a pessoa que abusa. Em termos de dependência emocional, o pai está em um nível de imaturidade semelhante ao da criança. (FURNISS, 2002, p.40)

Furniss (2002) continua explicando a violência sexual, com o termo "conflito emociossexual" que explica o caos entre os conflitos nos graus emocional e sexual. Isso se dá, no momento em que uma criança vem à procura de atenção emocional, e ela recebe uma resposta sexual. Mais tarde, as crianças que sofreram violência sexual, podem expressar comportamento sexualizado, quando desejavam atenção emocional e receberam uma experiência sexual. Em um extremo, esta desordem pode se perpetuar pela vida adulta destas crianças, podendo se transformar inclusive nos violadores sexuais do futuro, se envolverem na prostituição, e apresentarem conflitos em seus casamentos e do mesmo modo na paternidade.

Se esta situação de violência sexual é preservada na família, a criança acha-se aprisionada: abuso sexual com o pai, com base nas ameaças paternas, seja físicas ou emocionais ou ambas; sentimentos mútuos de culpa e medo da punição impedem a confissão por parte de qualquer um deles. E também, a desvalorização dos depoimentos destas crianças, os impedem de anunciar. Por outro lado, o progresso da confiabilidade e intimidade emocional entre mãe e filha encontra-se bloqueado por sentimentos de abandono ou culpa, mesmo que exista uma falsa proximidade entre ambas. Isto impossibilita que a violência sexual seja facilmente identificada e faz com que a criança não receba apoio da mãe como a progenitor que não abusa. O segredo se une a toda à desorganização de hierarquias na família, nos distintos graus de cuidado prático, atenção emocional e parceria sexual entre os pais, e entre cada progenitor e a criança. A desordem sistêmica de hierarquias nos distintos graus funcionais em um sistema de segredo une os membros da família em um sistema conivente, no qual a violência sexual pode permanecer por vários anos (FURNISS, 2002).

A violência sexual foi reconhecida como um problema de saúde pública global em 1993, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) (FACURI et al., 2013). Portanto, deve-se olhar para essa questão como um fenômeno que ultrapassa o âmbito da clínica individual e que merece ser tratado como uma preocupação da área da Saúde Coletiva (DE ANTONI et al., 2011).

Ela é caracterizada por uma violação dos direitos humanos no que se refere à liberdade sexual do ser humano, por ser uma prática erótica forçada à criança ou ao adolescente por ameaça, violência física ou indução de sua vontade. Isso inclui, o envolvimento de uma criança ou adolescente em algum ato ou jogo sexual, que pode ser homo ou heterossexual, para satisfazer sexualmente o violador, que está em estágio de desenvolvimento psicossexual mais adiantado do que a criança e o adolescente vitimado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; TRABBOLD et al, 2016).

Para Faleiros (2012), a violência sexual contra crianças e adolescentes é descrita como um crime, no sentido de ultrapassar os limites humanos, éticos, culturais e legais. Trata-se de uma invasão social e familiar à sexualidade da criança e do adolescente. É uma forma de violência de caráter físico ou psíquico, sem consentimento, em que o abusador privilegia-se da confiança depositada em si pela criança, ou se aproveita da superioridade que detém sobre ela. Essa definição destaca a noção de dependência estrutural das crianças e a incapacidade de dar consentimento informado a relacionamentos sexuais.

Silva Junior e Rosas Junior (2014) trazem em sua pesquisa, o conceito de abuso sexual contra crianças e adolescentes através das tecnologias de informação e comunicação (TICs), as mais conhecidas se utilizam da *internet*. Neste, através de chats de bate papo e sites de relacionamento, circulam pornografia, exposição de genitais, conversas com linguagem sexual e marcação de encontros secretos para fins de abuso e exploração sexual. Ele ressalta que o avanço tecnológico proporcionou um aumento significativo nos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, pois estas TICs estão sendo cada vez mais usadas para práticas criminosas.

Estudo realizado por Draucker e Martsolf (2010) no Nordeste de Ohio (EUA) sobre as consequências da violência sexual na vida adulta relatadas pelas próprias vítimas mostrou que esta violência vem acompanhada de outras, como a física e a emocional; e que após a primeira violência, outras foram sofridas no meio extrafamiliar, mas principalmente no intrafamiliar; que houve uma predisposição a prostituição, ao alcoolismo, e ao surgimento de distúrbios emocionais nos adolescentes após sofrerem a violência, como depressão, ansiedade, bipolaridade, raiva, irritabilidade. Tais achados também foram confirmados em estudos de

metanálise realizados por Friedman et al. (2011) na América do Norte, e por Fernandes Hayes e Patel (2013) em Goa, na Índia.

Outras consequências da violência sexual foram o aparecimento das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) comprovado por um estudo realizado por Fisher et al. (2010) em Los Angeles (EUA), a gravidez indesejada, que mesmo sendo autorizada a interrupção por lei, gera danos emocionais e psíquicos na vitima (MACHADO et al, 2015) e a desestrutura familiar que intensificou o sentimento de incredulidade e desconfiança das pessoas, esta situação gerou uma conformação das vítimas com a situação vivida e como consequência acharam que seria inútil procurarem ajuda, e foi um dos principais motivos de se tornaram o autor da violência na vida adulta (van ROSMALEN-NOIJENS et al., 2013).

Na cidade de Uberlândia – Minas Gerais (MG), um levantamento da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e do Trabalho, revelou que em 2014, duas unidades do CREAS fizeram 431 atendimentos de crianças e adolescentes que sofreram algum tipo de exploração e violência sexual. Deste total, 330 são vítimas do sexo feminino e 101 do masculino. Nos primeiros meses de 2015, haviam sido registrados 244 casos, sendo que 178 são do sexo feminino e 66 masculino. Os CREAS são espaços que ofertam serviços da proteção especial, especializados e continuados, gratuitamente às famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2015).

Existem outros órgãos que também recebem notificações, para citá-los é importante começar pela Constituição Federal (CF) de 1988. Esta instituiu no Brasil um expressivo marco no processo histórico de construção de um sistema de proteção da comunidade, interligando direitos humanos e sociais como responsabilidade pública e também do Estado. (DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL, 2011). A partir da Constituição de 88 foi criado o ECA, Lei n.8069/90, que regulamenta os direitos das crianças e dos adolescentes (BRASIL, 2008), dando origem aos Conselhos Tutelares, que são espaços de âmbito municipal encarregados de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei. Constituem-se em instrumentos legais e integram-se ao conjunto das instituições práticas, previsto no ordenamento jurídico do país e possuem autonomia para tomarem iniciativas de ações de forma competente. (BRASIL, 2008). A Assistência Social também foi definida pela Constituição de 88, como política pública, dever do Estado e direito do cidadão que dela necessitar, através da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742/1993). Em 2004, a partir desta lei e ancorada pela CF/88, foi aprovada o Política Nacional de Assistência Social (PNAS), este reorganiza projetos, programas, serviços e benefícios de assistência social, que consolidou no país, o Sistema Único de Assistência Social – SUAS. (DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL, 2011).

Pode-se destacar que, no campo das atividades da Assistência Social, as situações de risco individual e coletivo, por violação de direitos, se expressam na iminência ou ocorrência de fatos como: violência intrafamiliar física e psicológica, abandono, negligência, abuso e exploração sexual, situação de rua, ato infracional, trabalho infantil, afastamento do convívio familiar e comunitário, dentre outros. O SUAS organiza-se considerando dois níveis: (1) Proteção Social Básica (PSB), esta tem como objetivo prevenir situações de vulnerabilidade por meio do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; e a (2) Proteção Social Especial (PSE) contribui para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários. (DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL, 2011).

O CRAS é a unidade pública responsável pela administração e oferecimento de serviços de Proteção Social Básica. É a referência, na sua extensão territorial, que oferta cuidado às famílias e cidadãos em situação de vulnerabilidade social no campo do SUAS. Um dos serviços oferecidos pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF. A PSE, por meio de programas, projetos e serviços especializados de caráter continuado, promove a potencialização de recursos para a superação e prevenção do agravamento de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, dentre elas está a violência sexual (abuso e exploração). As ações desenvolvidas na PSE devem ter centralidade na família, visando o fortalecimento e o resgate de vínculos familiares e comunitários, ou a construção de novas referências, se for necessário. Considerando os níveis de agravamento, a natureza e a especificidade do trabalho social ofertado, o cuidado na PSE organiza-se sob dois níveis de complexidade: Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSE/MC) e Proteção Social Especial de Alta Complexidade (PSE/AC). (DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL, 2011).

A PSE de Média Complexidade organiza a oferta de serviços, programas e projetos especificamente destinados ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Dentro desta Proteção, se destaca o CREAS, que é o nosso campo de estudo. Sendo assim os casos que demandam cuidados especiais em que os indivíduos apresentam risco pessoal ou social com seus direitos violados, são encaminhados para o CREAS, que tem uma abrangência municipal ou regional, e obrigatoriamente oferece o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). (DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL, 2011). Como unidade de referência, o CREAS promove as mediações entre a Rede de cuidado e de proteção social

para a atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências e os serviços de média complexidade, opera a referência e a contrarreferência com a rede de serviços socioassistenciais da proteção social básica e especial, com as outras políticas públicas setoriais e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. (BRASIL, 2010)

No organograma abaixo (figura 1), mostra como se deu o surgimento do CREAS na sociedade.

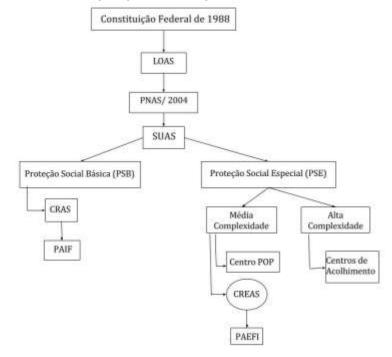


Figura 1. Organograma de Surgimento do CREAS

Fonte: Freitas, LA (2017).

Com a aprovação da Proposta de Emenda da Constituição 241 (PEC) em dezembro de 2016, que limita o teto dos gastos públicos com a educação, saúde e assistência social nos próximos 20 anos, potencializou o desmonte do SUAS. Esse desmonte acontece devido a restrição do financiamento e repasse do governo federal ao SUAS, que atua nas situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, prejudicando os órgãos que se originam a partir deste sistema, como: CRAS, CREAS, Centro de Referência Especializado para população em situação de rua (Centro POP), Serviços de Acolhimento, dentre outros. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016).

Estudos realizados por Deslandes (2011) e Moreira et al. (2014) destacam as fragilidades e o limitado preparo dos profissionais, para lidar com situações de violência, e ao mesmo tempo afirmam que as concepções dos profissionais podem influir na adoção de abordagens mais includentes ou mais seletivas e no tipo de suporte que é oferecido no serviço.

Pesquisas de Faraj e Siqueira (2012), que realizaram um trabalho com os profissionais do CREAS, analisaram o funcionamento dos atendimentos psicossociais e da rede de proteção, e as dificuldades e desafios encontrados por eles. Enquanto o trabalho de Freire e Alberto (2013) objetivou em descobrir qual a atuação dos psicólogos no CREAS no atendimento a crianças e adolescentes envolvidos na violência sexual. Ambos os trabalhos relataram que existem dificuldades multifatoriais para realização de um atendimento de qualidade.

Com isso, surgem inquietações sobre a importância deste atendimento na vida das crianças e adolescentes e de suas famílias que são atendidas por este serviço. Para repensar as práticas realizadas por esta equipe e assim melhor subsidiar as políticas já existentes de prevenção e proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, entendemos que certos questionamentos precisam ser discutidos e analisados. Portanto, as questões norteadoras deste estudo foram:

- Como acontecem os atendimentos às crianças, adolescentes e suas famílias envolvidos na violência sexual?
- Quais destes atendimentos são importantes para melhor atenção a essas crianças, adolescentes e suas famílias envolvidos na violência sexual?

Trazemos enquanto objeto de estudo **o atendimento prestado pelos profissionais do CREAS às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual intrafamiliar**. Entendemos que neste primeiro momento, conhecer o atendimento que é prestado às vítimas, segundo o olhar dos profissionais que atendem estes casos, permite avaliar as práticas de atendimento que estão sendo utilizadas e propor protocolos que possam melhor atender as vítimas.

## OBJETIVOS

## 2. OBJETIVOS

## 2.1 Objetivo geral:

O objetivo geral deste estudo é compreender os atendimentos que os profissionais prestam no CREAS às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência sexual intrafamiliar, na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

## 2.2 Objetivos específicos:

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Caracterizar os CREAS, seus profissionais, as crianças, os adolescentes e suas famílias atendidas:
- Descrever e analisar os atendimentos prestados às crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas na violência sexual intrafamiliar, sob a ótica dos profissionais dos CREAS.

## REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

Ao longo deste estudo, busca-se compreender como ocorrem os atendimentos às crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas na violência sexual, a partir do olhar dos profissionais do CREAS. Apresentaremos aqui nosso referencial teórico, e para apreender este objeto de pesquisa tão diversificado e cheio de vertentes nos fundamentamos no Paradigma da Complexidade. Esta abordagem foi escolhida por ofertar maiores recursos para a discussão de uma temática recheada de contrastes, mutualidades e múltiplos significados. Contudo, a autora sabe que não será um trabalho fácil, pois terá que ultrapassar a sua formação profissional e o modelo biomédico, para não fragmentar o conhecimento, e também pela abrangência do referencial teórico. Este trabalho não tem a intensão de findar o referencial em estudo, mesmo porque o próprio paradigma não o permite. Assim, buscamos uma aproximação da compreensão e contextualização dos atendimentos prestados às crianças, adolescentes e suas famílias que estiveram em situação de pela violência sexual, sem eliminar a certeza pela incerteza, mas perfazendo uma caminhada de ir e vir incessante entre as certezas e as incertezas, entre o elementar e o global, entre o separável e o inseparável. (MORIN, 2000). E visando o aprofundamento da temática, trazemos uma revisão integrativa de literatura sobre a atuação dos profissionais de saúde frente à violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes; um panorama da comunicação entre o atendimento em rede dos casos de violência sexual e o serviço de Enfermagem.

## 3.1 O Paradigma da Complexidade

O Paradigma da Complexidade se coloca como oportuno para esta pesquisa, pois possibilita o olhar para as interações e contextos com abordagem transdisciplinar, buscando abraçar a realidade da violência. O pensamento complexo incorpora os métodos mais simples do pensamento, e recusa os métodos lacerantes, reducionistas, unidimensionais e ofuscantes como consequência de simplificação. O conhecimento complexo é um conhecimento multidimensional, mas sabe desde o começo que o conhecimento completo é inviável. Morin (2002) propõe a construção de uma nova ciência, um novo método, um novo modo de pensar, sinalizando caminhos teórico-metodológicos para esta construção. Considera a complexidade como um desafio e não uma conclusão, e a necessidade da superação dos problemas da

ciência clássica – a ordem, a disjunção, e a lógica. Para Morin o 'complexo' designa uma compreensão do mundo como entidade de onde tudo se encontra entrançado. (MORIN, 2002).

Propõe a reunião dos diferentes aspectos da realidade, sua religação, o reconhecimento dos limites do conhecimento e das incertezas, buscando a multidimensionalidade do real. Entretanto, o pensamento complexo ainda não se encontra enraizado na cultura, colocando-se, ainda, como algo a ser alcançado (MORIN, 2002; PÁDUA, 2008).

A definição de paradigma como modelo, exemplo, ou ainda, como um modo de explicação que permita a análise de uma realidade concreta (JAPIASSU; MARCONDES, 1991) mostra que diferentes compreensões da realidade foram construídas, em função do paradigma vigente (seja ele clássico, moderno ou contemporâneo), orientando as práticas humanas e suas relações com o trabalho, a cultura, e a organização social (PÁDUA, 2016). A questão do método tem vários significados e explicações dependendo do contexto histórico em que ele está sendo estudado. Para este estudo, a ênfase será no método para as ciências humanas.

Augusto Comte [1798-1857] e Karl Marx [1818-1883] abordaram questões significativas do século XIX, que exerceram influências definitivas na discussão sobre o método, no período contemporâneo. Comte fez importante crítica ao racionalismo até então vigente, sendo responsável pela filosofia do Positivismo, trazendo para a análise do social o método que era utilizado para explicar as ciências naturais, afirmando que os fenômenos sociais são tão previsíveis quanto os naturais. Já a concepção marxista da história parte do principio de que a produção e a troca de bens materiais constituem os alicerces de toda ordem social e o que determina o comportamento humano são os seus pensamentos e ações. (PÁDUA, 2016).

Assim, neste período, intensificou-se o pensamento especialista e a compartimentalização do saber científico. No campo das ciências humanas existiram muitas contribuições para um novo entendimento do comportamento do indivíduo, como a psicanálise de Sigmund Freud [1856-1939], o inicio da sociologia com Max Weber (1864 – 1920) que se opunha ao marxismo e a psicologia analítica de Carl G. Jung [1875-1961], concorrendo para um debate sobre uma nova construção do conhecimento.

As décadas de 1930 e 1940 foram marcantes na organização das ciências sociais e para posições metodológicas variadas no que diz respeito ao homem e suas ações, individuais ou coletivas. Os pensadores da Escola de Frankfurt tiveram como referencial teórico as obras de Kant, Hegel e Marx, buscaram construir um teoria pautada na critica da sociedade (a cultura

de massa, o papel da família, o totalitarismo, dentre outros), porém sem se prenderem aos clássicos (PÁDUA, 2016).

Este histórico nos permite enxergar à ruptura, que ocorreu na compreensão da realidade, desde a era medieval até o presente momento, a compreensão do método deixou de ser apenas instrumental e ganhou significado na demarcação do que era ou não cientifico. Agora, existe uma crise no conceito do método. Antes ele era visto como imutável, e a partir do momento que mais se tem conhecimento, e este conhecimento não muda as condições de vida do homem, ele se tornou questionável. Embora a ciência tenha buscado eliminar dúvidas, incertezas e imprecisões, para domínio e controle do mundo, hoje, contraditoriamente, necessita trabalhar com o aleatório, o incerto, o indeterminado (PÁDUA, 2016).

Considerando todos os aspectos apresentados acima, entende-se que o atendimento às situações de violência sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias, precisa ser ancorado no olhar da Complexidade, que é a proposta deste estudo. Pois apesar de existirem estudos que abordem esta temática da violência sexual contra crianças e adolescentes, este trabalho em questão busca articular os dados sobre as crianças, adolescentes, quem são estas famílias, o autor da violência, e a partir disso, como os profissionais do CREAS (assistentes sociais, psicólogos e advogados) executam o seu trabalho.

## 3.2 A Revisão Integrativa

Para aprofundamento da temática, decidiu-se realizar uma revisão integrativa para conhecer o que os estudos mais recentes trazem sobre os atendimentos realizados à crianças, adolescentes e suas famílias envolvidos na violência sexual.

Esta metodologia consiste em um resumo crítico de pesquisas já desenvolvidas sobre o tópico de interesse, a partir da qual, além de proporcionar a síntese do conhecimento, possibilita a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SILVEIRA, 2005). Desta forma, pode-se dizer que o método constitui um instrumento de Prática Baseada em Evidências, pois envolve a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e determinação de sua utilização para um determinado grupo (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Optamos pela realização de um estudo de revisão integrativa da literatura, a qual teve por objetivo realizar uma busca sistematizada, a análise crítica e a síntese de evidências disponíveis sobre o tema "Como se dá o atendimento"

prestado por profissionais no geral às crianças, adolescentes e suas famílias que sofreram violência sexual?". A partir dos trabalhos já publicados foi possível analisar os conhecimentos disponíveis, bem como possíveis lacunas a serem preenchidas sobre os mesmos.

## 3.2.1 Critérios para a realização da revisão integrativa

O processo de elaboração da presente revisão integrativa foi desenvolvido em acordo com as seis fases descritas por Mendes et al (2008) como segue:

## 3.2.1.1 Escolha do tema com estabelecimento da hipótese ou questão norteadora da pesquisa:

Nesta fase da pesquisa foi escolhido o tema a ser abordado, levando em consideração sua relevância social e científica. Para o nosso estudo, a escolha do tema foi baseada nas seguintes evidências: (1) Os profissionais no geral se sentem despreparados para identificar, notificar e atender crianças e adolescentes que sofreram violência sexual, principalmente intrafamiliar; (2) As instituições de proteção às crianças e adolescentes não estão interligadas em rede com as demais instituições onde este público está inserido, como unidades básicas de saúde, escolas e creches, dificultando a comunicação e assim a integralidade do atendimento a estas vitimas.

Considerando o exposto, traz-se enquanto objetivo desta revisão identificar as práticas dos profissionais no atendimento as crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas na violência sexual. A partir de tais evidências, consideramos que conhecer a prática profissional e o atendimento dos profissionais no geral às crianças, adolescentes e suas famílias que sofreram violência sexual é de fundamental importância para identificar onde estão as falhas na comunicação entre as instituições que atendem e lidam com as crianças, adolescentes e suas famílias que sofreram violência sexual ou em situação de vulnerabilidade, e buscar alternativas que auxiliem na abrangência das notificações dos casos e principalmente, no atendimento e no acompanhamento integral destas crianças, adolescentes e suas famílias vitimas de violência sexual.

## 3.2.1.2 Amostragem ou busca na literatura

Neste momento foram estabelecidos os critérios para a seleção das amostras. Para nossa revisão, a reunião do material encontrado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) aconteceu de forma sistemática e os descritores utilizados foram colocados em português para

a busca na base de dados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e em inglês para a busca na base de dados, *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online (MEDLINE*), exatamente como mencionados abaixo: violência sexual (domestic violence) or abuso sexual na infância (child abuse) or delitos sexuais (sex offenses) or notificação de abuso (mandatory reporting) or maus tratos AND criança (child) or pré-escolar (preschool) or adolescente (adolescent) or família (family) AND pessoal de saúde (health personnel) or profissionais de saúde (organization) or enfermeiros e enfermeiras (nurses) or advogados (lawyers) or psicólogos (psychologists) or assistentes sociais (social workers).

Todos os descritores em ciência da saúde (DeCS)/ *Medical Subject Headings (MeSH)* acrescentados com o sufixo "or" são sinônimos utilizados para ampliar a busca. Os critérios de inclusão foram definidos em acordo com a disponibilidade dos artigos, idioma, ano de publicação e base de dados. Como segue: 1) Disponibilidade: artigos na íntegra online e gratuitamente; 2) idioma: na língua portuguesa e inglesa; 3) Ano de publicação: período anual de 2012 a 2017; 4) Base de dados: *Lilacs/ Medline*. E após a leitura dos títulos e resumos dos artigos, aqueles que não respondessem a questão de pesquisa, que não abordassem a violência sexual, ou investigassem grupos etários diferentes de criança e adolescente, foram excluídos. Este processo de seleção está descrito no Fluxograma (Figura 2):

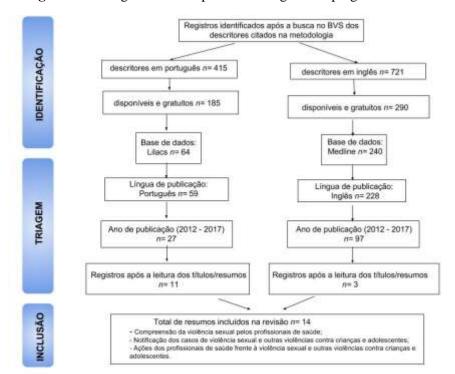


Figura 2: Fluxograma das etapas metodológicas empregadas na revisão integrativa.

Fonte: autor do trabalho.

## 3.2.1.3 Coleta de dados

Nesta fase, os dados foram extraídos dos artigos já selecionados na fase anterior. Para tanto, os mesmos foram inicialmente registrados de maneira sistemática a fim de que as informações de maior relevância fossem realmente extraídas e que o risco de erros fosse mínimo. Para a coleta e registro de dados obtidos dos artigos elegíveis, elaboramos um instrumento em acordo com Ursi (2005), o modelo utilizado está no apêndice A. Além da identificação do artigo (título, autores e ano de publicação), foi realizado levantamento das características metodológicas do estudo (objetivo ou questão de investigação, resultados, principais conclusões) (se as conclusões são justificadas com base nos resultados), e o nível de evidência. Conforme demonstrado no Quadro 1, no período de tempo investigado foram encontrados 14 artigos elegíveis. A produção concentrou-se no ano de 2012 (05 artigos), a abordagem metodológica qualitativa foi a predominantemente (09 artigos). A maioria dos estudos utilizados nesta revisão integrativa se enquadra no nível de evidência 4 - evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa. De acordo com a escala de hierarquização, o nível 4, não representa alta relevância, porém possui a mesma credibilidade dos estudos quantitativos, e nos ajudam a compreender melhor a questão do estudo.

**Quadro 1**. Distribuição dos artigos elegíveis em acordo com seus autores, ano de publicação, título, metodologia, nível de evidência e base de dados:

Autores	Ano	Titulo	Metodologia	Nivel de Evidência	Base de dados
Eloy, CB	2012	A1. A credibilidade do testemunho da criança vitima de abuso sexual no contexto judiciário	Qualitativa	4	Lilacs
Eloy, CB; Constantino, EP	2012	A2. A psicologia e a judicialização dos casos de violência sexual	Qualitativa	4	Lilacs
Morais, RLGL et al	2016	A3. Ações de proteção a criança e adolescentes em situação de violência	Qualitativa	4	Lilacs
Trabbold, VLM et al	2016	A4. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual	Qualitativa	4	Lilacs
Young, TH et al	2014	A5. Conselheiros de Proteção às Famílias em Situação de Violação: A Importância das Funções Críticas do Trabalho	Quantitativa	2	Lilacs
Lobato, GR	2012	A6. Desafios da atenção	Qualitativa	4	Lilacs

et al		à violência doméstica			
		contra crianças e			
		adolescentes no			
		Programa Saúde da			
		Família em cidade de			
		médio porte do Estado			
		do Rio de Janeiro, Brasil			
Conceição	2012	A7. Elementos que	Qualitativa	4	Lilacs
JR, et al	2012	dificultam a notificação	Quantativa	•	Lines
six, ct ui		da violência: percepção			
		dos profissionais de			
		saúde			
Leite, JT et al	2016	A8. Enfrentamento da	Qualitativa	4	Medline
Lene, 31 et ai	2010	violência doméstica	Quantativa	7	Wiedilie
		contra crianças e			
		adolescentes na			
		perspectiva de			
		enfermeiros da atenção			
		básica			
Talsma, et al	2015	A9. Facing suspected	Quantitativa	2	Medline
raisina, et ar	2013	child abusewhat keeps	Quantitativa	2	Wiedillie
		Swedish general			
		practitioners from			
		reporting to child			
		protective services?			
Junior, GBS	2017	A10. Identificação e	Quantitativa	2	Lilacs
et al	2017	notificação de maus-	Quantitativa	2	Litacs
et ai		tratos em crianças e			
		adolescentes por			
		médicos de família no			
		Ceará			
Bazon, MR;	2013	A11. Identificação e	Quantitativa	2	Lilacs
Faleiros, JM	2013	Notificação dos Maus-	Quantitudiva	-	Zincs
i dienos, sivi		tratos Infantis no Setor			
		Educacional			
Moreira,	2013	A12. Instrumentação e	Quantitativa	2	Lilacs
GAR et al	2013	conhecimento dos	Zummutva	2	Lines
O/ Al C C al		profissionais da equipe			
		saúde da família sobre a			
		notificação de maus-			
		tratos em crianças e			
		adolescentes			
Saraiva, RJ et	2012	A13. Qualificação do	Qualitativa	4	Lilacs
_		enfermeiro no cuidado a	Z	•	2.114.05
al					
al		vítimas de violência	l l		
al		vítimas de violência doméstica infantil			
	2014	doméstica infantil	Qualitativa	4	Medline
al Kvist, T et al	2014	doméstica infantil A14. The dilemma of	Qualitativa	4	Medline
	2014	doméstica infantil	Qualitativa	4	Medline

Fonte: autor do trabalho.

## 3.2.1.4 Análise crítica dos estudos incluídos

Os dados das pesquisas foram analisados, com uma abordagem sistematizada, a fim de avaliar o rigor das pesquisas e as características de cada estudo. Tratando-se de um estudo

pautado na Prática Baseada em Evidências, é necessária a utilização de um sistema de classificação de evidências caracterizando de forma hierárquica os artigos, dependendo da sua abordagem metodológica. Em nossa revisão foi utilizada uma hierarquia de evidências, segundo o delineamento das pesquisas (SOUZA, SILVA E CARVALHO, 2010). Os níveis de hierarquização foram: nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

## 3.2.1.5 Discussão dos resultados e categorização dos estudos

Para uma melhor análise dos dados, é necessária uma redução, exposição e comparação; dos resultados obtidos. Para esse fim, foi realizada a categorização dos estudos incluídos mediante o agrupamento dos artigos com temáticas em comum. A partir dos artigos elegíveis, três categorias foram construídas, conforme descrito no quadro 2.

Quadro 2: Categorias temáticas, códigos dos estudos e porcentagem. Ribeirão Preto/ SP, Brasil, 2017.

Categoria	Código dos estudos	Porcentagem
Compreensão da violência	02 artigos (A4, A6)	14,3%
sexual pelos profissionais de		
saúde		
Notificação dos casos de	06 artigos (A7, A9, A10,	42,85%
violência sexual contra	A11, A12, A14)	
crianças e adolescentes		
Ações dos profissionais frente	06 artigos (A1, A2, A3, A5,	42,85%
à violência contra crianças e	A8, A13)	
adolescentes		

Fonte: Autor do trabalho.

## 3.2.1.6 Síntese do conhecimento

Esta é a 6ª etapa da revisão - a síntese do conhecimento. No presente estudo, os artigos foram analisados e discutidos de acordo com as categorias em que foram agrupados. O agrupamento dos artigos foi realizado em consideração aos aspectos relevantes de cada um, mas que de alguma forma fossem complementares. As diferentes categorias permitiram a distinção entre os achados científicos e as opiniões e ideias, bem como a identificação de forma significativa sobre como se dá o atendimento prestado por profissionais de saúde às crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas na violência sexual. Na sequência serão descritas as três categorias temáticas.

## - Compreensão da violência sexual pelos profissionais de saúde

Os artigos A4 e A6, que corresponde a 14,3%, mostraram que a maioria dos profissionais compreendem a violência sexual através de suas experiências profissionais, Acreditam que a principal forma de violência sexual é intrafamiliar e por este motivo é pouco notificada.

Trabbold et al (2016) entrevistaram profissionais de saúde que trabalham em Estratégia Saúde da Família (ESF), sobre as suas concepções em relação aos adolescentes em situação de violência sexual. E eles relataram que têm dificuldades de lidar com os adolescentes porque eles não procuraram o serviço nem em situações de doenças. Queixam-se que existem poucas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do adolescente, principalmente dos vitimados pela violência. Verificou-se também, neste estudo a ausência de notificações obrigatórias em casos de violência, capacitação inadequada, poucos trabalhos preventivos e ausência de uma forte rede de cuidados intersetorial para tais casos.

Lobato et al (2012) também entrevistaram profissionais de saúde da ESF que consideraram a violência doméstica, inclusive a sexual, como difícil de detectar. Segundo os entrevistados, essa dificuldade se deve ao abafamento dos casos. São atitudes escondidas pelos familiares, as quais raramente chegam espontaneamente até a equipe de saúde.

## - Notificação dos casos de violência sexual e outras violências contra crianças e adolescentes

Os artigos A7, A9, A10, A11, A12 e A14, que corresponde a 42,85% do total, mostram as práticas de notificação dos profissionais de saúde, e o porquê muitas vezes eles não realizam as notificações, mesmo sabendo de sua importância.

Na pesquisa de Conceição et al (2012) com os profissionais de saúde, eles mencionaram algumas das situações que dificultam o processo de notificação: o não reconhecimento da violência por parte do profissional de saúde; receio de represália por parte do autor da agressão (principalmente para os trabalhadores das unidades de saúde); falta de confiança no sistema de proteção, medo da convocação para servir de testemunha em processo criminal, desconhecimento da legislação; profissionais que não haviam participado de treinamento na área de violência contra crianças e adolescentes durante sua graduação ou prática profissional.

Pesquisa feita com médicos suecos sobre a realização de notificações de violência sexual sofrida pelas crianças e adolescentes, também trouxeram os motivos mais comuns para justificar a não notificação foram a incerteza sobre a suspeita e o uso de estratégias alternativas, como a remessa da criança para outros profissionais de saúde ou o acompanhamento da família pelo médico assistente; os profissionais se sentem despreparados para lidar com as situações de violência; não conhecer as diretrizes e protocolos de tratamento do abuso infantil, também foi visto como um obstáculo do processo de notificação. Embora muitos profissionais de saúde tenham situações de trabalho estressantes, o apoio aos pares pode facilitar a discussão e a conscientização sobre a violência infantil. (TALSMA et al, 2015)

Na pesquisa de Junior et al (2017), a maioria dos profissionais da atenção básica referiram não ter participado de treinamento sobre o assunto "como lidar com maus tratos na infância e na adolescência" na graduação, relataram que não conheciam a ficha de notificação de violência e que a unidade em que trabalhavam não tinha a ficha. A maior parte também referiu não conhecer instituições de assistência às vítimas de maus-tratos. O tempo de formado, conhecimento da ficha de notificação e confiança nos órgãos de proteção estavam associados à identificação de maus-tratos e da violência sexual. Neste estudo, os fatores positivos para a notificação foram: presença da ficha de notificação na unidade e conhecimento de local para onde encaminhar as vítimas.

O estudo de Bazon e Faleiros (2013) foi realizado no setor educacional. A maioria dos professores teve contato com casos suspeitos de maus-tratos infantis que, majoritariamente, foram comunicados à direção; esta com maior frequência decidiu por não notificar, mas por tentar resolver a situação, conversando com os envolvidos e/ou encaminhando-os para

tratamento. As principais razões para não notificar foram o medo e a falta de confiança no sistema de proteção.

No estudo de Moreira e sua equipe (2013) os profissionais de saúde que não haviam participado de treinamento na área de violência contra crianças e adolescentes durante a sua capacitação profissional relataram maior dificuldade em identificar e notificar os casos de violência contra os menores.

O relato da suspeita de maltrato infantil era um dilema clínico e ético para os dentistas, decorrente de preocupações de ter contrariado papéis profissionais, dificuldades em identificar as suspeitas de maus tratos e deficiências percebidas no sistema de proteção à criança. É importante entender que os especialistas em odontopediatria não têm certeza sobre quais crianças devem ser reportadas aos serviços sociais e também as consequências do relatório, o que pode afetar sua decisão na apresentação de um relatório. (KVIST et al, 2014).

## - Ações dos profissionais frente à violência sexual e outras violências contra crianças e adolescentes

Os artigos A1, A2, A3, A5, A8 e A13, que corresponde a 42,85% do total, mostram a atuação e a falta de atitude, de diferentes profissionais frente à violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes, e demais violações de direitos contra este grupo etário.

A pesquisa de Eloy (2012) se baseia na credibilidade do testemunho da criança que foi vítima de violência sexual. Dentre as ações dos profissionais de saúde diante desta situação de violência, estão: fornecer suporte psicológico – muitas vezes a família vê o acompanhamento como forma de reviver a violência; estabelecer vínculo com a pessoa que levou a criança para ser atendida, pois quando esse tipo de violência é praticada por um membro da família, a proximidade do agressor eleva o risco de reincidência, e a negação torna o núcleo familiar conivente; fortalecer quem fez a denúncia e proteger a criança – a violência é trazida como queixa. A pessoa que denunciou expõe o agressor e se expõe, deflagrando conflitos; em geral, ocorre uma resistência da família em aceitar a ação praticada como uma agressão. A ação praticada é vista como "educar" ou "disciplinar" a criança. Nesse caso o risco de reincidência é muito grande, pois toda a família precisa de apoio psicológico e educacional. A ausência de uma sistemática tanto para a escuta da vitima quanto para a inserção da Psicologia nos processos judiciais, é uma queixa ao sistema de atendimento as vitimas. Visto que os psicólogos só foram acionados quando constataram que a criança sofria danos psicológicos, sendo que eles poderiam estar presentes desde o inicio do processo. Eloy (2012) concluiu que

a participação do psicólogo nesses procedimentos é fundamental para a oferta de uma escuta especializada e protetiva.

Tomar conhecimento da violência sexual como uma realidade e não somente como referência bibliográfica altera os referenciais pessoais e exige técnicas específicas para a atuação profissional, uma vez que os atendimentos às vítimas proporcionam o contato direto com tal realidade. Eloy e Constantino (2012) mostram que a inserção da Psicologia na instituição judiciária e sua participação na apuração dos casos de violência sexual tornaram-se fundamentais para a efetivação dos encaminhamentos e atendimentos necessários às vítimas.

As ações de proteção à violência contra crianças e adolescentes pode acontecer antes do aparecimento dele, buscando a prevenção de DSTs, ou após a sua ocorrência, a fim de cessar o ato violento e minimizar as consequências. Morais et al (2016) enfatiza a importância de se formar profissionais para quebrar preconceitos, sobre a violência e a sua notificação, para serem capazes de incorporarem nas práticas do seu dia a dia de trabalho. Os pediatras e demais profissionais que atendem a criança e/ ou adolescente devem entender das leis obrigatórias de notificação de violência infantil em seus estados e devem saber como fazer um relatório à agência responsável em sua jurisdição que investigue casos de supostos abusos sexuais de crianças; devem reconhecer que o abuso sexual de crianças ocorre comumente, e eles devem estar preparados para responder adequadamente em suas práticas clínicas; estar cientes de variações normais e adequadas nos comportamentos sexuais das crianças. Devem estar atentos aos recursos comunitários disponíveis para auxiliar na avaliação da suposta violência sexual infantil; devem ser educados sobre anatomia genital e anal normal e anormal em crianças. Devem procurar uma segunda opinião especializada em casos de abuso sexual infantil quando o exame anal ou genital da criança é considerado anormal, devem saber quando e onde encaminhar casos de abuso sexual agudo ou agressão aguda que requerem testes, profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e contracepção de emergência. (MORAIS et al, 2016).

Young et al (2014) diz que há uma necessidade de examinar a formação dos profissionais de proteção e defesa da criança e do adolescente em situação de risco, para garantir que as crianças e famílias em casos de violência sexual recebam serviços que atendam às suas necessidades específicas. Young afirma que os profissionais de saúde devem saber como abordar a criança e/ou adolescente quando for perguntar algo sobre a violência sexual, deve entender como apoiar as crianças e famílias quando se suspeita de violência sexual infantil. Devem estar conscientes dos efeitos da violência sexual na saúde mental das crianças e ser capazes de encaminhar crianças abusadas para profissionais de saúde mental

que tenham experiência no tratamento de trauma infantil. E os Conselhos Tutelares de proteção às crianças devem ser parte da orientação antecipada dada aos pais no atendimento médico.

Leite (2016) e sua equipe entrevistaram enfermeiros da atenção básica sobre como eles percebiam o enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Eles disseram que conheciam as políticas públicas, mas não conseguiam colocá-las em prática; estavam despreparados para identificar e enfrentar a violência; não participavam de cursos de capacitação e temiam notificar os casos detectados de violência, muito menos seguiam o fluxo estabelecido pelas políticas públicas para notificação dos casos. Relataram também que as principais limitações ao trabalho prático dos enfermeiros são a sobrecarga de trabalho, a falta de segurança e a dinâmica de trabalho desarticulada com a rede de proteção as quais levam à subnotificação dos casos de violência. E quando notificado, após encaminhá-los ao Conselho Tutelar, os profissionais de enfermagem não acompanhavam o seu desfecho. Uma vez que a notificação da violência envolvendo crianças e adolescentes era gerada por denúncia, os enfermeiros se excluíam desse processo, por motivo de segurança pessoal ou comodidade. O medo revelado pelos profissionais da saúde no enfrentamento da violência doméstica, também foi um obstáculo. Comumente, eles se sentiam intimidados pelo autor da violência, em função das ações executadas pelos agressores às vítimas, e das ameaças da própria família das vítimas aos profissionais de saúde, principalmente dos que atuam nas Unidades de saúde. O estudo de Leite et al (2016) ainda mostrou que a principal atuação da Enfermagem frente às situações de violência infantil está na prevenção dos casos. Embora os profissionais de enfermagem que atuam nos casos de violência estejam expostos à uma carga emocional intensa e não tenham proteção para denunciar os casos de violência sexual, eles precisam se engajar no enfrentamento da violência e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a fim de contribuir para a construção de uma sociedade mais consciente e cooperativa.

A importância da notificação no caso de uma suspeita de violência é um dever de todo profissional de saúde, obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras medidas legais cabíveis. Mesmo estando respaldados por lei, muitos têm receio de fazer a notificação. As causas mais comuns encontradas neste estudo de Saraiva et al (2012) são: medo de retaliação, medo da convocação para servir de testemunha em processo criminal e desconhecimento da legislação. O fato do profissional não denunciar a agressão, acaba por praticar, também, um ato de violência e negligência. A necessidade de qualificação está diretamente ligada à prevenção da reincidência e a novos casos, pois a identificação no primeiro atendimento torna-se cada vez mais necessário. Assim,

este estudo ressalta que é papel e dever do enfermeiro, ser capaz de atuar para a prevenção da violência doméstica infantil, de diagnosticar o risco e levantar a suspeita precocemente, quando a situação de agressão já está instalada, chegando ao diagnóstico e à denúncia em tempo hábil, para que possa garantir a integridade física e emocional da criança ou adolescente que está sob seus cuidados.

Saraiva et al (2012) ainda ressalta o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na detecção dos casos de violência sexual já que eles realizam as visitas domiciliares, mesmo que em alguns casos eles tenham mais dificuldade para notificar, já que fazem parte da comunidade. Nas ESFs, as notificações que são feitas, são realizadas pelos enfermeiros e médicos da unidade de saúde, que preferem encaminhar para o hospital, e assim as notificações saem de lá. Aspectos positivos nas ações estratégicas dos profissionais em relação à prevenção da violência sexual e das demais violências são as visitas domiciliares e os grupos educativos no ESF.

## 3.2.2 Conclusão da Revisão Integrativa

Embora a pergunta de pesquisa seja sobre a violência sexual, a maioria dos estudos selecionados não abordavam apenas a violência sexual, mas a violação de direitos vivida pelas crianças e adolescentes em sua totalidade, como: violência psicológica, física e negligência.

A revisão cumpre seu objetivo de identificar as ações e as práticas dos profissionais de saúde e no geral frente às situações de violência sexual vividas por crianças, adolescentes e suas famílias, que são: notificar os casos de violência que chegam a seus cuidados, prestar assistência à criança, adolescente e suas famílias, buscar capacitação e atualização para prestar esta assistência qualificada, conversar com as redes de atenção às crianças e adolescentes, proporcionando um cuidado integral.

Embora esta revisão não tenha abordado sobre a comunicação dos serviços em rede, pensando na violência, como um dos graves problemas de saúde, ele exige um trabalho em rede, de serviços articulados do inicio ao fim do atendimento, visando à integralidade do cuidado. Sugerimos a busca por estudos voltados a esta temática. Nesta dissertação, a temática acerca dos serviços de rede serão discutidos.

# MATERIAL E MÉTODOS

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

## 4.1 Caracterização do estudo

Para o delineamento da nossa pesquisa, adotamos a abordagem qualitativa, uma alternativa metodológica que nos permitirá compreender a realidade expressa pelos profissionais. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo é a "que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam" (MINAYO, 2010, p. 57).

Morin (2005) diferenciou o conceito de metodologia e métodos. A discussão metodológica está sempre associada à teoria ou a uma reflexão teórica, pois estabelece uma trajetória para o pensamento que se apresenta, é a aplicação de diferentes métodos no processo de ensino aprendizagem e na atividade de pesquisa. O método é muito desafiador e incisivo. Centrado no homem, antes visto como uma reprodução do conhecimento, e muito distante a teoria da prática. Morin (2005) remodela, então, uma concepção de método que atravessa o conjunto de conhecimentos e de procedimentos formais, ligados a um princípio de ordem, rigor científico preponderante, e lógica dedutiva, para buscar explicações complexas da realidade social, tecendo a teoria junto à prática em um processo de construção do conhecimento. O referido autor faz, ainda, a distinção entre teoria e método, ponderando que a teoria não é o conhecimento, mas permite o conhecimento, ao afirmar que "a teoria é engrama, e o método para ser estabelecido, precisa de estratégia, iniciativa, invenção, arte. (MORIN, 2005, p. 335).

O presente trabalho de pesquisa busca construir o conhecimento a partir das principais noções da complexidade: a contextualização e a compreensão da violência sexual contra crianças e adolescentes segundo o atendimento prestado pelos profissionais do CREAS, proporcionando um aprofundamento da temática, e um olhar ampliado, articulado com o social, com o econômico, e as relações que se dão.

## 4.2 Campo de estudo

O campo de pesquisa é um recorte espacial que o pesquisador faz de uma vivência social, para demonstrar uma realidade empírica a ser estudada. Antes de aportar com

profundidade sobre o CREAS, serão apresentadas algumas particularidades sobre a localidade no qual está inserido: o município de Uberlândia, no estado de Minas Gerais. Uberlândia foi fundada em 1888 (atualmente com 129 anos), território até então, conhecida como Sertão da Farinha Podre, e habitado por índios caiapós. As expedições de exploração tiveram início no século XVII e no século XVIII, quando já havia sido descoberta a região das minas. A região, então pertencente à Capitania de São Vicente, passou a pertencer à Capitania de Minas Gerais e São Paulo por Carta Régia (1709). João Pereira da Rocha (1818), após o desbravamento da região pelos bandeirantes, fixou-se pela região, demarcando área próxima à Aldeia de Santana (atual Indianópolis). A partir deste momento, costearam a atual "Estrada do Anhanguera". Prosseguindo o antigo porto hoje conhecido por Anhanguera, por onde chegaram às terras do estado de Goiás. Ali, ele instalou a sede da sesmaria, que denominou Fazenda São Francisco, dando origem ao município. A vinda de João Pereira atraiu muitas outras famílias, entre elas a do professor Felisberto Alves Carrijo (1964) que foi legalmente reconhecido como fundador da cidade. Em 31 de agosto de 1888, foi criado o município de São Pedro de Uberabinha, atual Uberlândia, emancipando-se de Uberaba. Após a emancipação, houve um grande crescimento da área urbana da cidade.

No início do século XX, a cidade já possuía uma diversificação nos ramos industriais, tais como: fábrica de cerveja, sapataria, fábrica de cigarros, ferreiro, marceneiro, selaria e a indústria agropastoril. Nem com a chegada da Estrada de Ferro Mogiana em Uberabinha (1895), os carros de boi perderam a sua importância, pois o comércio entre essa cidade e os locais por onde não passavam os trilhos de ferro, era realizado o transporte das mercadorias por essa via. Com o crescimento de Uberlândia e cidades próximas, foi criada a Microrregião de Uberlândia, reunindo além do município, outras nove cidades. São elas: Araguari, Araporã, Canápolis, Cascalho Rico, Centralina, Indianópolis, Monte Alegre de Minas, Prata e Tupaciguara. Localiza-se na mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Atualmente está, oficialmente, subdividida em cinco distritos: Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga, a Sede e Tapuirama. O município também é subdividido em cinco regiões, denominadas pela prefeitura de setores: Central, Leste, Oeste, Norte e Sul, conforme mostra a Figura 3. (UBERLANDIA, 2017)



**Figura 3**. Mapa do município de Uberlândia (MG), representando a distribuição geográfica de seus cinco setores.

Fonte: Prefeitura de Uberlândia, Mapa Base de Uberlândia, editado. Acesso em 09 Nov. 2017. Disponível em: <a href="http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=134">http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=134</a>.

O último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi em 2010, porém estimam que em 2017, a cidade de Uberlândia, ocupe uma área de aproximadamente 4.116 km2 e uma população de 676.613 habitantes. O setor terciário atualmente é a maior fonte geradora do produto interno bruto (PIB) uberlandense. Seu Índice de desenvolvimento humano (IDH) médio (2010) é de 0,789 e o PIB per capita médio de R\$ 43.291,56 em 2014, na comparação com os demais municípios do estado, sua posição é de 31 em 853. Em 2015, o salário médio mensal era de 2.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 37.2%. Apresenta 98.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. (IBGE, 2017).

Na avaliação do Índice de Vulnerabilidade Social - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IVS IPEA) para os municípios foi classificada com 0,225, considerado baixa vulnerabilidade municipal e para o Censo a cidade foi dividida em 634 setores censitários, (figura 4) segundo metodologia própria do IBGE (BRASIL, 2015). Os setores classificados com Baixíssima Vulnerabilidade representaram 24,77% do total de setores censitários da

cidade, estes dados representam que cerca de ¼ da população de Uberlândia vive no que pode ser considerado, situação ideal de Vulnerabilidade da População. As regiões com maior relevância nessa classe de vulnerabilidade foram a Central e a Sul com 38 e 40 setores censitários e 30,16% e 34,19% de seus setores nessa condição, respectivamente (figura 5) (LIMA, 2016).

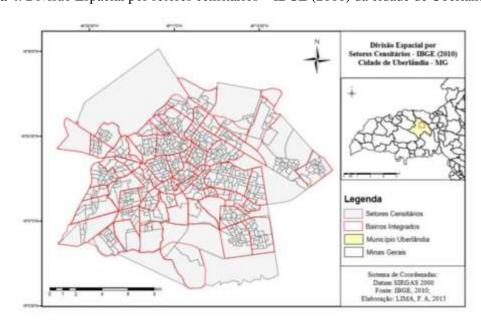


Figura 4. Divisão Espacial por setores censitários – IBGE (2010) da cidade de Uberlândia (MG).

Fonte: Extraído da Dissertação de Mestrado LIMA, F.A (2016).

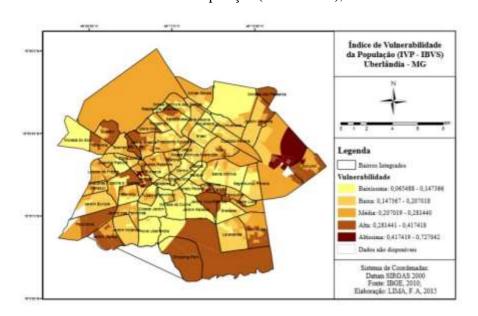


Figura 5. Índice de Vulnerabilidade da População (IVS – IBVS), da cidade de Uberlândia – MG.

Fonte: Extraído da Dissertação de Mestrado LIMA, F.A (2016).

Na área da educação, o maior índice de matriculas é no ensino fundamental, seguido do ensino médio e pré escolar (2015). O sistema de Saúde de Uberlândia encontra-se geograficamente distribuído nos cinco setores da cidade. Sendo 82 unidades de atendimento a saúde na Zona Urbana e 06 na Zona Rural, 10 CRAS e 03 CREAS:

### **Setor Norte:**

- 08 (01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Central-Norte; 01 Centro de Controle de Zoonoses; 01 Centro de Referência em DST/AIDS; 01 UAI (Unidade de Atendimento Integrado - Roosevelt); 04 Unidade de Atendimento Primário em Saúde da Família -UAPSF Maravilha, São José, Nossa Senhora das Graças, Santa Rosa).

- 02 CRAS (Jardim Brasilia, Marta Helena)

## **Setor Sul:**

- 25 (01 Laboratório de Animais Peçonhentos; 01 Ambulatório de Oftalmologia; 01 Centro Educacional de Assistência Integrada CEAI II; 02 UAIs Pampulha, São Jorge; 20 UAPSF
   Patrimônio, Aurora, Lagoinha I e II, Granada I, Granada II, Gravatas, Jardim Botânico, Laranjeiras, Santa Luzia, São Gabriel, São Jorge I, São Jorge II, São Jorge IV, Seringueiras I, Seringueiras II, Shopping Park, Shopping Park, Shopping Park, Campo Alegre).
- 03 CRAS (Shopping Park, Campo Alegre, São Jorge)
- 01 CREAS (Socioeducativas)

## **Setor Leste:**

- 22 (02 CAPS; 02 UAIs Morumbi, Tibery; 10 UAPSF Custódio Pereira, Aclimação, Alvorada, D. Almir, Ipanema I e II, Joana D'arc, Morumbi I, Morumbi II, Morumbi III, Morumbi IV; 01 Central de Transporte Sanitário; 01 Centro de Referência a Saúde do Trabalhador; 01 Laboratório de Controle de Qualidade em Saúde; 01 Ouvidoria de Saúde; 01 Vigilância Sanitária; 01 Centro de Conviver e Cultura; 01 Imunização; 01 Central de ambulâncias).
- 02 CRAS (Morumbi, Custódio Pereira)

- 01 CREAS (Atendimento de Idosos e deficientes)

## **Setor Oeste:**

- 19 (01 CAPS; 01 Centro de Reabilitação Física; 01 Centro de Saúde Escola Jaraguá; 02 UAIs – Luizote, Planalto; 14 UAPSF - D. Zulmira, Guarani, Tocantins, Canaã II, Canaã II, Canaã III, Jd. das Palmeiras I, Jd. das Palmeiras III, Mansour I e II, Morada Nova, São Lucas, Taiaman I, Taiaman II).

- 02 CRAS (Jardim Célia, Mansour)

## **Setor Central**:

- 08 (01 Coordenação da Fonoaudiologia; 01 Centro de Atenção ao Diabético; 01 Programa de Hipertensão e Diabetes Hiperdia; 01 CAPS Infantil; 01 CEAI I; 01 Centro Radiológico; 01 UAPS Brasil; 01 UAI Martins).
- 01 CREAS (Socioprotetivas)

Zona Rural (distritos):

- 06 (05 UAPSF Tapuirama, Miraporanga, Martinsesia, Cruzeiro dos Peixotos, Tangará e Rio das Pedras; 01 Unidade de Apoio Sobradinho).
- 01 CRAS (Distrito Tapuirama).

O campo de estudo do presente trabalho de pesquisa corresponde ao CREAS Socioprotetivas. Ele se localiza no setor central de Uberlândia, sendo de fácil acesso a toda a população. De acordo com as Orientações Técnicas: CREAS, da Secretaria Nacional de Assistência Social (2011), o CREAS é referência para a oferta de trabalho social a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, que demandam intervenções especializadas no âmbito do SUAS. As situações acompanhadas pelo CREAS envolvem violações de direitos, e são permeadas por tensões familiares e comunitárias, podendo acarretar fragilização ou até mesmo rupturas de vinculações. O desempenho do papel do CREAS exige o desenvolvimento de intervenções mais complexas, as quais demandam conhecimentos e habilidades técnicas mais específicas por parte da equipe, além de ações integradas com a rede. A atenção especializada e a qualificação do atendimento ofertado no CREAS se expressam também por meio da prevenção do agravamento das situações atendidas. A esta prevenção concerne o conjunto de ações desenvolvidas na perspectiva da

redução dos efeitos e consequências das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, vivenciadas pelos indivíduos e famílias atendidos. (SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTENCIA SOCIAL, 2011) Em Uberlândia, existem 03 CREAS, sendo que 01 deles (CREAS Socioprotetivas) se reserva a atender crianças e adolescentes e suas famílias, em situação de risco, como por exemplo, a violência sexual. Os demais CREAS atendem outras vulnerabilidades. O CREAS do Setor Leste atende idosos e deficientes; e o CREAS Setor Sul, que atua no atendimento de adolescentes em conflito com a lei, encaminhados da Vara da Infância e da Juventude, para o cumprimento de medidas socioeducativas.

Segundo o numero de habitantes da cidade de Uberlândia (aprox. 676.613 habitantes), a cidade possui o numero preconizado de CREAS/ numero de habitantes (03 CREAS na cidade), pela Secretaria Nacional de Assistência Social, (2011), conforme mostra a Figura 6.

**Figura 6.** Parâmetros de referência para a definição do número de CREAS, considerando o porte do município.

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

Fonte: SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, (2011).

## 4.3 Participantes da pesquisa

Nosso estudo teve como participantes os profissionais do CREAS Socioprotetivas envolvidos no atendimento dos indivíduos que tiveram seus direitos violados, nesta pesquisa, as crianças e adolescentes vitimas de violência sexual. Foram considerados como critérios de inclusão: (i) apenas os profissionais que trabalhavam há pelo menos 1 (hum) ano no CREAS; (ii) apenas os profissionais que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Deste modo, apresentamos o projeto de pesquisa,

aos 19 profissionais que trabalham no CREAS, dentre eles: 01 coordenador (assistente social de formação), 11 assistentes sociais, 06 psicólogos e 01 advogado, além dos auxiliares administrativos e recepcionistas que trabalham no CREAS, mas não entraram na contagem, pois não realizam o atendimento das crianças, adolescentes e suas famílias. Destes, 08 profissionais aceitaram participar da pesquisa (01 advogado; 03 psicólogos; 04 assistentes sociais, sendo 01 o coordenador do CREAS).

Segundo a Secretaria Nacional de Assistência Social (2011) e a referência apontada na figura 7, o redimensionamento da equipe do CREAS deve ser consequência de um planejamento de gestão, com previsão dos profissionais a serem acrescido e seu perfil, considerando o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) Nº 17/2011. Em razão da complexidade das situações atendidas no CREAS, a equipe precisará dispor de competências técnicas compatíveis, reunindo um conjunto de aptidões, técnicas e capacidades condizentes com a realidade e objetivos dos serviços ofertados.

A partir, dos parâmetros da figura 7, o CREAS – Socioprotetivas possui em sua equipe de referência, o número adequado de:

- coordenador (01), para atender 80 casos (família/indivíduos);
- assistentes sociais (11), para atender 400 casos (famílias/indivíduos);
- psicólogos (06), para atender 240 casos (famílias/indivíduos);
- advogado (01), para atender 80 casos (famílias/indivíduos);

para realizar os atendimentos e acompanhamentos das famílias / indivíduos, segundo o porte do município de Uberlândia.

Figura 7. Parâmetros para composição da equipe de referência do CREAS.

Municipios		Capacidade de	The transfer Manager and	
Porte	Nível de gestão	Atendimento/ Acompanhamento	Equipe de Referência	
Pequeno Porte I e II e Médio Porte	Gestão inicial, básica ou plena	50 casos (famílias/ indivíduos)	1 Coordenador 1 Assistente Social 1 Psicólogo 1 Advogado 2 Profissionais de nivel superior ou médio (abordagem dos usuários) 1 Auxiliar administrativo	
Grande Porte, Metrópole e DF	Gestão inicial, básica ou piena	80 casos (famílias/ indivíduos)	Coordenador     Assistentes Sociais     Psicólogos     Advogado     Profissionais de nível     superior ou médio     (abordagem dos usuários)     Auxiliares Administrativos	

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social (2011).;

Assim, de acordo com Minayo (2017), a pesquisa quantitativa e a qualitativa se complementam, mas são de naturezas distintas. A primeira trata da magnitude dos fenômenos, e a segunda, da sua intensidade. Uma busca aquilo que se repete e pode ser tratado em sua homogeneidade, a outra, as singularidades e os significados. A pesquisa qualitativa "trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas" (MINAYO, 2017, p.2), não se preocupando com o número de participantes, mas sem perder o seu rigor metodológico.

## 4.4 Procedimentos para coleta de dados

A aproximação do pesquisador no campo de estudo começou em maio de 2015, quando houve o interesse pela pesquisa, a fim de conhecer o campo e verificar a disponibilidade e aceitação em participarem do estudo. Os documentos analisados compreenderam o período de 01 ano (de janeiro/16 a dezembro/16) optamos por este período, para que fosse possível analisa-los a tempo. O pesquisador teve um encontro no próprio CREAS, em novembro/16, (logo após a aprovação da pesquisa pelo CEP), em horário de transição de turnos (manhã e tarde) para conseguir abordar todos os profissionais do CREAS,

onde foi apresentado o projeto de pesquisa e o TCLE. A partir disso, eles optaram por participar ou não da pesquisa. As entrevistas ocorreram no período de 02 de dezembro de 2016 a 03 de janeiro de 2017, e tiveram duração aproximada de 45 minutos. Os encontros foram agendados conforme a disponibilidade de cada profissional que concordou em participar da pesquisa. As entrevistas foram identificadas com a letra E, e numeradas de acordo com a sequência em que foram realizadas: E1, E2, E3, e assim sucessivamente.

Para atingir os objetivos relacionados à compreensão dos atendimentos prestados pelos profissionais do CREAS às crianças, adolescentes e suas famílias vitimizados sexualmente, foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: (i) a pesquisa documental, (ii) e a realização das entrevistas semiestruturadas.

A pesquisa documental, segundo Pádua (2016), é semelhante à pesquisa bibliográfica, e o que as diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico. *Documentum*, do latim, é tudo que serve de exemplo ou prova. Segundo Pádua:

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...]. (PÁDUA, 2016, p. 73)

Neste estudo foi consultado, o Instrumento de Monitoramento Mensal-Quantitativo do Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes, da Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social (SEDESE). Este instrumento foi construído, a partir do prontuário SUAS que é um instrumento técnico que tem como objetivo contribuir para a organização e qualificação do conjunto de informações necessárias ao diagnóstico, planejamento e acompanhamento do trabalho social realizado com as famílias/indivíduos. Preconizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário e utilizado pelo CREAS (SNAS, 2017) (ANEXO 1). Este instrumento mensal quantitativo possui dados relacionados à criança e ao adolescente (1): data de entrada e desligamento, idade, cor, sexo e escolaridade, município de origem, violência sofrida, forma de violência, entidade que encaminhou, bairro que reside; dados relacionados à família (2): composição familiar, renda familiar, idade da mãe, pessoa responsável que acompanhou a criança/ adolescente ao atendimento; dados relacionados ao violador (3): grau de parentesco do violador em relação à vitima, idade, cor, escolaridade, sexo e se ainda tem contato com a vítima.

Os instrumentos foram analisados no período compreendido de janeiro de 2016 a dezembro de 2016. Este instrumento é preenchido mensalmente pelos técnicos

administrativos que trabalham no CREAS, em acordo com os atendimentos realizados em cada mês pelo CREAS – Socioprotetivas.

Os dados coletados deste Instrumento permitiu a caracterização das crianças, adolescentes, suas famílias em situação de violência sexual e do violador. Tivemos um total de 217 casos atendidos (sem repetição), no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2016. A construção do banco de dados para a realização das análises, da pesquisa documental se deram através dos seguintes processos:

Unificação das 12 planilhas compreendidas de janeiro de 2016 a dezembro de 2016,
 com informações relacionadas à criança e ao adolescente, à Familia, e ao Violador;

A primeira etapa da construção do banco de dados consistiu da unificação dos Instrumentos de Monitoramento Mensal-Quantitativo do Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes, fornecidos a SEDESE do Município de Uberlândia - MG. Os arquivos estavam separados por mês (totalizando 12 tabelas) e cada um deles divididos em 03 abas; nas quais continham, respectivamente, as informações relacionadas à Criança/Adolescente, ao Familiar da Criança/Adolescente e ao Violador da Criança/Adolescente. O formato dos arquivos se encontrava em formato "Open Document" (.ods). O total de registros após esta etapa foi de 2050.

Isto significa que de janeiro a dezembro de 2016 foram realizado 2050 atendimentos à crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

• Padronização das categorias com grafia diferente (talvez proveniente da digitação do técnico administrativo que preenchia as tabelas), mas que tinham o mesmo significado, por exemplo: 0 a 3 anos, 0 a 03 anos, no momento da unificação esta mesma informação era contabilizada como informações diferentes, e assim foram padronizados, como em todas as outras categorias que apareceram;

A segunda etapa consistiu na realização da padronização das grafias das palavras, tais como padronizar as letras inicial (colocar todas em Maiúsculo) e final (todas em masculino ou feminino) do nome da categoria, colocação ou remoção de acentos. Após a padronização dos dados, procedeu-se com a eliminação dos registros em duplicidade, o que resultou em um total de 594 registros. Destes 594 registros, 437 possuíam alguma informação duplicada (como as iniciais do nome da criança/ adolescente), em divergência com o sexo ou a idade, por exemplo. Para sanar esta dúvida foi feita uma consulta aos técnicos da informática que trabalham no CREAS, que digitam estas tabelas para a SEDESE, com a finalidade de

identificar os registros corretos, já que eles possuíam os números dos prontuários dos indivíduos atendidos e identificados pelas iniciais, que não nos foram fornecidos. Desta consulta retornaram 60 registros. O arquivo final para as análises ficou com 217 registros, que entendemos como sendo os casos de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, que foram atendidos sem as repetições.

• Eliminação dos registros em duplicidade (completamente iguais) e posterior consulta ao fornecedor dos dados para a averiguação de registros com mesmos nomes, mas informações divergentes em alguns dos demais campos. Esta etapa aconteceu porque queríamos saber quantos novos casos haviam sido atendidos pelo CREAS no ano de 2016. E no preenchimento das tabelas mensais, os casos que já haviam sido atendidos em janeiro/16 e que continuariam sendo atendidos em fevereiro/16, apareciam novamente na tabela de atendimentos do mês seguinte, pois continuavam sendo acompanhados. Desta forma foram excluídas as repetições.

A terceira etapa consistiu na identificação e agrupamento de categorias e posterior cruzamento de variáveis necessárias à análise, como: idade da criança/ adolescente com o tipo de violência sofrida; idade da criança/ adolescente com o tempo de permanência no serviço até dezembro de 2016; quem foi o violador em relação ao tipo de violência.

• Organização e correção das grafias das variáveis que seriam analisadas, agrupamento de categorias e criação da variável Tempo de Permanência no serviço (esta informação constava nas planilhas e eram ajustadas a cada mês que a criança/adolescente não eram desligados do atendimento, mas permaneciam sendo acompanhados.

As variáveis analisadas da Criança/Adolescente foram Idade (0 a 3, 4 a 7, 8 a 11, 12 a 14, 15 a 18), Cor (Branca, Negra, Parda), Sexo (Masculino, Feminino), Escolaridade (Analfabeto, Ensino Infantil, Primário, Fundamental Incompleto, Médio Incompleto, Outra), Violência Sofrida (Abuso Sexual), Forma de Violência (Extrafamiliar, Intrafamiliar), Entidade que Encaminhou (Conselho Tutelar, Delegacia Regional, Demanda Espontânea, Juizado, Promotoria, Outros), Setor de residência (Central, Norte, Sul, Leste, Oeste, Rural e não informado) e Tempo de Permanência no Serviço (em meses).

As variáveis da Família foram Composição Familiar (Avós maternos/paternos, Família extensa, família substituta, Madrasta, pai e filhos, Mãe e filhos, Outros, Padrasto, mãe e filhos, Pais e filhos), Renda Familiar (De 1 a 3 salários, Mais de 3 salários, Sem renda), Idade

da Mãe (15 a 25, 26 a 35, 36 a 45, acima 45), Idade do Responsável (15 a 25, 26 a 35, 36 a 45, acima 45), Ocupação do Responsável (Carteira assinada, Desempregado, Outra, Trabalho informal), Característica da Família (Abandono, Afetiva, Outra, Sem histórico relevante, Uso de drogas), Pessoa responsável que acompanha a criança (avó, Avós, Irmão, Mãe, outra, Pai).

As variáveis do Violador incluíram Violador (Avô, Desconhecido, Irmão, Mãe, Outra, Padrasto, Pai, Professor, Tio, Vizinho), Alcóolatra (Sim, Não), Escolaridade (Primário, Fundamental Incompleto, Fundamental Completo, Médio Completo), Idade (15 a 25, 26 a 35, 36 a 45, acima 45), Cor (Branca, Negra, Parda), Sexo (Masculino, Feminino), Ocupação (Carteira Assinada, Desempregado, Mãe, Outra, Servidor Público, Trabalho informal), Foi responsabilizado (Abertura de inquérito, Não, Não responsabilizado, Processo em andamento, Sim), Tem contato com a Criança/Adolescente (Sim, Não).

• Realização da análise estatística: exato de Fisher e teste de Logrank, pelo estatístico da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Para a realização dos testes de associação ou contingência foi utilizado o teste exato de Fisher. Este é um teste de significância estatística, utilizado para testar hipóteses que fornecem valores exatos, na análise de que duas variáveis, apresentadas em uma tabela 2x2 (que quer dizer, fixa) estão associadas. É indicado quando o tamanho das duas amostras é pequeno e consiste em determinar a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada. (R Core Team, 2017). Enquanto que para a comparação do Tempo de Permanência no Serviço pela Idade da Criança/Adolescente foi utilizado o teste de Logrank, este teste é utilizado em analise de sobrevivência e é apropriado quando a razão das funções de risco dos grupos a serem comparados é aproximadamente constantes. Compara a distribuição da ocorrência dos eventos observados em cada grupo com a distribuição que seria esperada se a incidência fosse igual em todos os grupos. (R Core Team, 2017).

Em todos os procedimentos de estruturação e limpeza do banco de dados, bem como o das análises estatísticas foi utilizado o programa R (R Core Team, 2017) versão 3.4.1.

Posteriormente, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas para apreender as características peculiares dos atendimentos prestados pelos profissionais do CREAS. Nesta segunda parte da coleta de dados foram realizadas as entrevistas semiestruturadas. Esta é definida como um combinado de questões básicas, apoiadas em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativa, fruto de

novas hipóteses que emergem através das respostas dos entrevistados (DESLANDES, 2015). Por ela ser semiestruturada, permite que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo do tema principal (PÁDUA, 2016). O roteiro é um instrumento que norteia uma conversa com finalidade definida, não apresentando qualquer obstáculo e não tendo meios para prever todas as situações ou condições do trabalho de campo (MINAYO, 2008). O roteiro do presente estudo parte das seguintes questões abertas e norteadoras, que permitiram correlacionar com os dados da pesquisa documental e com a literatura sobre o objeto de estudo, além de reduzir a interferência do entrevistador e facilitar a organização e análise dos dados:

- O que é violência sexual para você?
- Conte-me, como as famílias chegam até o atendimento?
- Como você descreve o atendimento que presta a estas crianças, adolescentes e suas famílias envolvidas na violência sexual?
- O que você acha deste atendimento em relação às potencialidades e fragilidades?

Além do roteiro que norteou as perguntas, foram utilizados 02 gravadores de aúdio que auxiliaram na transcrição posterior das entrevistas. Estas foram realizadas em um período de janeiro/17 a março/17. As transcrições permite ao pesquisador uma pré analise dos dados, através de hipóteses e impressões geradas na escuta dos áudios, colaborando para a interpretação dos dados.

#### 4.5 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido à analise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em cumprimento à Resolução 466/ 2012 proposta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, e considerado aprovado em 29 de outubro de 2016, pelo protocolo CAAE 57512316.0.0000.5393 (Anexo B). O presente estudo só teve início após a aprovação deste Comitê. Ainda, conforme a referida Resolução foi solicitado aos sujeitos participantes, o consentimento espontâneo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). O projeto foi autorizado pela Secretaria de Desenvolvimento

Social e do Trabalho da cidade de Uberlândia, juntamente com o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), no dia 24 de maio de 2016 (Anexo B).

#### 4.6 Análises dos dados

As articulações dos dados quantitativos e qualitativos emergiram ao longo das categorias, e foram discutidos, conforme foi sendo possível.

É importante dizer que, embora o percurso metodológico desta pesquisa tenha se configurado em passos separados, esta divisão teve caráter apenas didático, tendo em vista que estes passos se processaram concomitantemente. Uma vez que, de acordo com o Paradigma da Complexidade, a análise já se inicia ao longo da escolha/construção dos referenciais teóricos e das técnicas de coleta de dados (MORIN, 2005). Duas noções principais direcionaram a análise dos dados, que são a contextualização e a compreensão. Entende-se o contextualizar não como uma "colagem" de conhecimentos de diferentes áreas, com o olhar multifocal e transdisciplinar para determinado fenômeno, a fim de compreendê-lo, considerando sua multidimensionalidade. A compreensão pode ser percebida como

apreender o significado de um objeto ou de um acontecimento; é vê-lo em suas relações com outros objetos ou acontecimentos. Os significados constituem, pois, feixes de relações, que por sua vez, se entretecem, se articulam em teias, em redes, construídas socialmente e individualmente, e em permanente estado de atualização (ANASTASIOU *apud* PÁDUA, 2014, p.44).

Após a coleta e agrupamento dos dados contidos nos instrumentos da pesquisa documental, e a transcrição integral das entrevistas, foram realizadas as seguintes etapas, recomendadas por Pádua (2013):

• Classificação e organização das informações coletadas: após uma leitura atenta do material, foram assinalados os principais pontos das entrevistas semiestruturadas, observando a pertinência e relevância e autenticidade para o objeto de estudo. Neste momento, como as entrevistas foram realizadas sequencialmente à coleta dos dados documentais, juntamente com a pesquisa bibliográfica, as técnicas utilizadas "conversavam entre si", articulando as informações coletadas e estudadas. Esta organização permitiu uma visão do conjunto da pesquisa e, simultaneamente, a visualização de questões específicas relacionadas à temática estudada;

- Organização de quadros referenciais com os principais pontos das respostas dos profissionais, de forma a se ter uma visão do conjunto das informações que possibilitasse categorizá-las. Após a realização das entrevistas e suas devidas transcrições, foram feitos agrupamentos de informações por categorias que respondessem aos objetivos do estudo;
- Estabelecimento de relações entre os dados: por meio da organização dos dados em categorias, que se constituem pelo agrupamento de elementos, ideias e/ou expressões em torno de conceitos capazes de abranger todos estes aspectos, buscou-se estabelecer as seguintes relações existentes entre os dados: pontos de divergência, de convergência, tendências, possibilidades de generalização entre as falas dos profissionais do CREAS.

Posteriormente, buscou-se estabelecer as relações entre os dados e o paradigma da complexidade, e a literatura que versa sobre o atendimento prestado às crianças, adolescentes e suas famílias vitimas de violência sexual.

## RESULTADOS

#### 5 RESULTADOS

#### 5.1 Caracterização do CREAS SocioProtetivas

Conforme estabelecido previamente no objetivo do estudo foi selecionado como campo de estudo, um dos três CREAS da cidade de Uberlândia (MG): O CREAS Socioprotetivas, também conhecido como CREAS I.

O CREAS Socioprotetivas, localizado no setor central do município, responde por um território de aproximadamente 70 bairros, perfazendo todos os bairros da cidade, em diferentes condições socioeconômicas. Observam-se áreas provenientes de invasão territorial, sem saneamento básico, com alta vulnerabilidade econômica e social, e elevada dependência do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, também existem aquelas áreas com melhor desenvolvimento econômico, baixa dependência do SUS, e em boas condições de habitação. A localização dos CREAS na cidade de Uberlândia (MG), se dão:

- Setor Leste = CREAS de atendimento a idosos e deficientes;
- Setor Sul = CREAS Socioeducativas ao menor infrator;
- Setor Central = CREAS Socioprotetivas.

O CREAS é um órgão da Proteção Social Especial de Média Complexidade, este oferta e referencia serviços especializados para a superação e prevenção do agravamento de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, tais como: violência física, psicológica, negligência, abandono, violência sexual (abuso e exploração), situação de rua, trabalho infantil, práticas de ato infracional, fragilização ou rompimento de vínculos, afastamento do convívio familiar, dentre outras. Alguns grupos são particularmente vulneráveis à vivência destas situações, tais como crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, populações LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), mulheres e suas famílias que tiveram seus direitos violados. Além de atuar na coordenação técnica e administrativa da equipe, no planejamento, no monitoramento e avaliação das ações, na organização e execução direta do trabalho social no âmbito dos serviços ofertados, no relacionamento cotidiano com a rede e no registro de informações.

Conforme dados do ÎBGE Cidades (2010), a população residente na cidade de Uberlândia (MG), que compreende a área de abrangência do CREAS Socioprotetivas estimase que em 2017, seja de 676.613 habitantes, porém o ultimo censo do IBGE foi realizado em 2010, estimando 604.013 habitantes, e os dados da faixa etária da população são correspondentes à esse ano. A figura 8 apresenta um gráfico com a distribuição da população objeto deste estudo, residente na área de abrangência do CREAS Socioprotetivas, de acordo com o sexo e a faixa etária. Crianças e adolescentes (com idade entre 0 e 19 anos) somam 29,22% da população geral da cidade, com pequeno predomínio do sexo masculino.

60000 50872 50000 45486 40897 39206 População (n) 40000 Masculino 30000 ■ Feminino ■ Total 20000 10000 0 0 a 4 5 a 9 10 a 14 15 a 19 Faixa etária (anos)

**Figura 8**. Distribuição da população objeto deste estudo (crianças e adolescentes), residente na área de abrangência do CREAS Socioprotetivas, segundo o sexo e a faixa etária. n = número de pessoas.

Fonte: IBGE Cidades (2010).

O CREAS funciona de segunda-feira a sexta-feira, por um período de 10 horas diárias. O ambiente físico do CREAS é acolhedor e assegura espaços para a realização de atendimentos familiar, individual e em grupo, contém condições que asseguram atendimento em condições de privacidade e sigilo; adequada iluminação, ventilação, conservação e limpeza; segurança dos profissionais e do público atendido; acessibilidade a pessoas com deficiência, idosos, gestantes e crianças, dentre outros; espaços reservados e de acesso restrito à equipe para guarda de prontuários; e informações disponíveis em local visível sobre: serviços ofertados, situações atendidas e horário de funcionamento da Unidade. Possui os

espaços essenciais que todo CREAS deve dispor, segundo a Secretaria Nacional de Assistência Social (2011):

- 01 espaço para recepção: é o ambiente destinado à acolhida das famílias e indivíduos. Esse espaço dispõe de mobiliário necessário para os profissionais que trabalham na recepção (balcão ou mesa etc.) e mobiliário para acomodar os usuários enquanto aguardam atendimento, como cadeiras. Neste espaço da recepção acomoda uma brinquedoteca para as crianças, o cantinho possui tapete emborrachado e brinquedos. Na recepção contém informações afixadas em murais, nas paredes sobre serviços ofertados pelo CREAS e horário de funcionamento da Unidade, eventos e reuniões; endereços de outros serviços socioassistenciais, dos órgãos de defesa de direitos, de campanhas de enfrentamento às situações de violação de direitos, dentre outras, disponibilizados com uma linguagem simples e acessível;
- 04 salas de atendimento (individual e familiar): quantitativo condizente com o recomendável para municípios de Grande Porte, Metrópole e DF: 4 salas de atendimento; o ambiente garante a privacidade no dialogo com os profissionais. Além do mobiliário, como mesa e cadeiras, e material socioeducativo e informativo que é utilizado nas atividades desenvolvidas.
- 01 Sala para Atividades em Grupo: destinada à realização de atividades coletivas, utilizada para o desenvolvimento de trabalhos com famílias, grupos e a comunidade, cabe aproximadamente 30 pessoas. Possui mobiliário de fácil deslocamento.
- 03 Salas específicas para uso da Coordenação (ou administração) e equipe técnica: destinada às atividades da coordenação e atividades administrativas pertinentes à equipe. Este espaço é comum à equipe do CREAS, onde são guardados os arquivos com registros e relatórios de gestão da Unidade e relatórios e prontuários das famílias, manuseado apenas por pessoas autorizadas da equipe. Os equipamentos e mobiliários destas salas são: mesas, cadeiras, computador e armários. Este espaço também é utilizado para a elaboração de relatórios, reuniões de equipe e estudos;
- 02 Banheiros: coletivos, feminino e masculino, com acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida;

- 01 Copa ou Cozinha: importante espaço de apoio à equipe utilizado para preparo das refeições, ou para preparação de lanches destinados aos usuários, quando no decorrer do desenvolvimento de atividades em grupo;
- 01 Espaço Externo: ambiente de convívio utilizado no desenvolvimento de atividades coletivas e as abertas à comunidade;
- 01 Almoxarifado ou similar: utilizado para guardar materiais de expediente, de higiene e limpeza e materiais socioeducativos.

Possui placa de identificação na entrada, padronizada para todos os CREAS, conforme disponibilizado Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), garantindo visibilidade, fácil reconhecimento e identificação pelos usuários, pela rede e pela comunidade, em todo o território nacional. (SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2011)

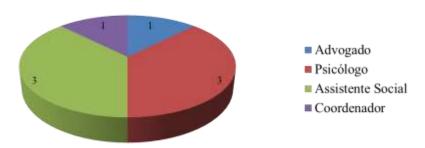
#### 5.2 Caracterização dos profissionais do CREAS

No CREAS Socioprotetivas trabalham 25 profissionais, sendo eles: 01 coordenador (assistente social de formação), 11 assistentes sociais, 06 psicólogos, 01 advogado, 02 técnicos administrativos, 02 recepcionistas, 02 profissionais da limpeza. Dos 25 profissionais, 19 realizam os atendimentos no serviço do CREAS. Destes, 12 relataram já terem atendido especificamente crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência intrafamiliar sexual, divididos entre os turnos de trabalho, manhã e tarde. Destes 12, 08 aceitaram participar da pesquisa, dentre eles (figura 9):

- 01 coordenador (atende manhã e tarde);
- 03 psicólogos (01 atende o setor Centro-Norte pela manhã, 01 atende setor Centro-Norte à tarde, 01 atende setor Leste pela manhã);
- 03 assistentes sociais (01 atende Setor Oeste à tarde, 01 atende setor Leste à tarde, 01 tende setor Centro-Norte pela manhã);
- 01 advogado (atende setor Leste à tarde);

Figura 9. Distribuição por profissão dos participantes da pesquisa.

#### Profissão dos participantes da pesquisa



Fonte: próprio autor. FREITAS, LA (2017).

A divisão de atendimento pelos profissionais do CREAS, por setores da cidade é diferente da divisão setorial de 05 setores mencionado na descrição do campo de estudo. Os atendimentos são realizados em 04 setores: Leste, Oeste, Sul e Centro-Norte (estes dois setores últimos são agrupados para fim de atendimentos). Os profissionais que atendem o setor Sul estavam trabalhando na Unidade do CREAS – Socioeducativas e não participaram do estudo.

Entre os profissionais participantes do estudo, todos possuíam curso superior, e apenas 02 relataram ter especialização na área de atendimento de famílias. Um (01) profissional participante era do sexo masculino, sendo o restante do sexo feminino. Com relação à idade dos profissionais, a maioria encontrava-se na faixa etária acima de 30 anos. A maioria dos profissionais estudados possuíam um tempo de serviço, médio de um (01) ano e 06 meses no CREAS.

### 5.3 Caracterização das crianças, dos adolescentes, de suas famílias atendidas e do violador

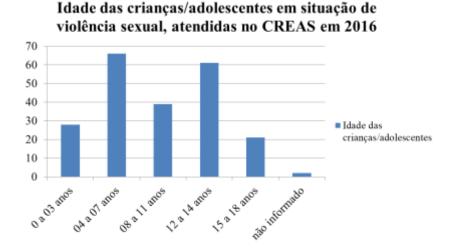
Esta caracterização foi feita mediante os dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal-Quantitativo do Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes que é preenchido por um técnico administrativo mensalmente. Com um total de 217 casos atendidos (sem repetição), no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2016. Este Instrumento caracteriza 03 categorias: à criança e o adolescente; à família da criança e do adolescente; e o violador da criança e do adolescente. A seguir, serão demonstrados nas figuras de 10 a 24, estas características.

#### 5.3.1 Características das crianças e adolescentes

Neste tópico serão apresentadas características gerais das crianças e adolescentes, vitimas de violência sexual que foram atendidas no CREAS, no ano de 2016.

De acordo com o gráfico exposto na Fig. 10, do total de 217 casos atendidos, 133 foram crianças de 0 a 11 anos e 84, adolescentes de 12 a 18 anos de idade.

**Figura 10**. Caracterização das crianças e adolescentes por idade, em situação de violência sexual, atendidas pelo CREAS em 2016.

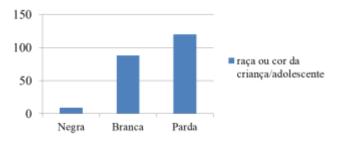


Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

O gráfico da Fig. 11., caracteriza as crianças e adolescentes vitimas de violência sexual por raça/cor. Segundo os técnicos que preenchem este Instrumento, esta caracterização é feita pelo relato dos próprios responsáveis pela criança/ adolescente. A maioria foi identificada como parda (55,3%), em segundo lugar, com 40,5% ficou a raça branca e 4,2% eram negros.

**Figura 11**. Caracterização das crianças e adolescentes por raça ou cor, em situação de violência sexual, atendidas pelo CREAS em 2016.

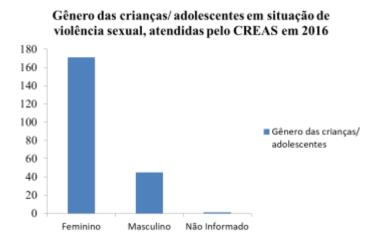
#### Raça ou cor das crianças/adolescentes em situação de violência sexual, atendida no CREAS em 2016



Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

A maioria das crianças e adolescentes que sofreram violência sexual, eram do sexo feminino (78,8%), seguidas por 20,74% do sexo masculino.

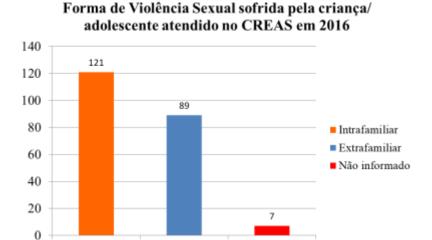
**Figura 12**. Caracterização das crianças e adolescentes em relação ao gênero, em situação de violência sexual, atendidas pelo CREAS em 2016.



Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

No ano de 2016, 55,76% das crianças e adolescentes que foram atendidas pelo CREAS, sofreram violência sexual dentro do ambiente familiar, e 41% por pessoas que não fazem parte da família e desconhecidos.

**Figura 13**. Caracterização das crianças e adolescentes em relação à forma de violência sexual sofrida, atendidas pelo CREAS em 2016.



Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

Não informado

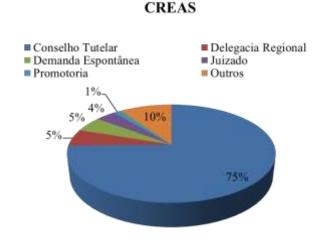
Extrafamiliar

Intrafamiliar

Com relação à entidade que encaminhou as crianças e os adolescentes para serem atendidas no CREAS, 75% do total foram encaminhadas pelo Conselho Tutelar, perfazendo o maior número, seguidas da Delegacia Regional (5%) e Demanda Espontânea (5%).

**Figura 14**. Caracterização das crianças e adolescentes em relação à entidade que encaminhou para o atendimento do CREAS, em 2016.

Entidade que encaminhou os atendimentos para o



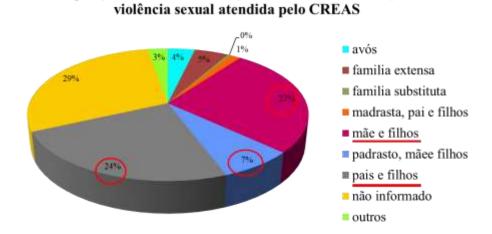
#### 5.3.2 Características das famílias das crianças e adolescentes

Neste segundo tópico serão expostas as principais características das famílias destas crianças e adolescentes envolvidas na violência sexual.

Em relação à composição familiar, a maioria das crianças ou adolescentes moram com mães (27%), 24% moram com o pai, a mãe e irmãos, seguido de 7% que residem com o padrasto, a mãe e possíveis irmãos.

**Figura 15**. Composição familiar das crianças e adolescentes, em situação de violência sexual, atendidas pelo CREAS em 2016.

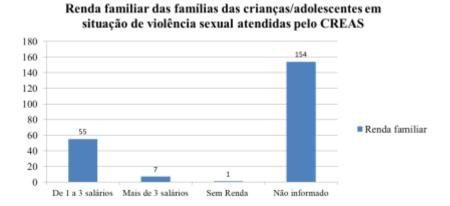
Composição familiar da criança/ adolescente em situação de



Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

Os dados relativos à renda familiar foram pouco informados (70,97%). Dos 29% que foram informados, 25,35% das famílias vivem com uma renda correspondente de 1 a 3 salários mínimos, como mostra a fig. 16.

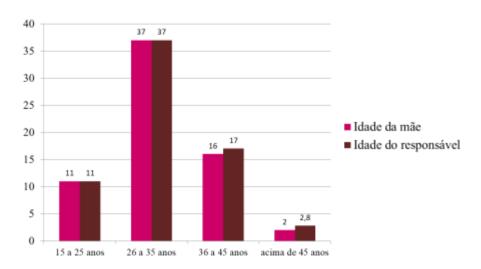
**Figura 16**. Caracterização da renda familiar da família, das crianças e adolescentes por em situação de violência sexual, atendidas pelo CREAS em 2016.



Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

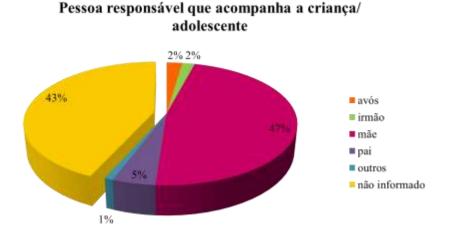
O gráfico da fig. 17, nos mostra a prevalência da idade da mãe em relação à idade do responsável. No instrumento que fornece esses dados, possui as 02 colunas para serem preenchidas, tanto a idade da mãe quanto do responsável (especificado na fig.18). Como exposto no gráfico, acreditamos que na maioria dos casos a mãe é também a responsável pela criança/ adolescente. Esta informação teve muitos dados não informados; da idade da mãe: 151 de 217; Idade do responsável: 143 de 217.

**Figura 17**. Caracterização da idade da mãe em relação à idade do responsável, das crianças e adolescentes, em situação de violência sexual, atendidas pelo CREAS em 2016.



Como foi mencionado na descrição da fig.17, a pessoa responsável que acompanhou a criança ou o adolescente ao atendimento do CREAS, em sua maioria (47%) é a mãe. 43% de 217 casos, não tiveram esta informação relatada.

**Figura 18**. Caracterização das famílias em relação à pessoa responsável que acompanhou à criança e o adolescente ao atendimento do CREAS, em 2016.



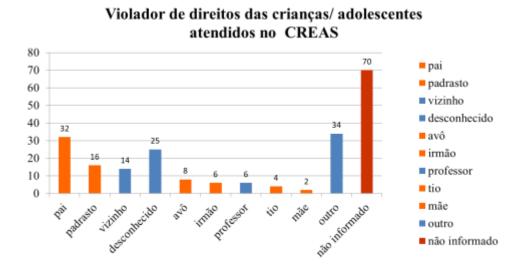
Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

#### 5.3.3 Características do violador de direitos das crianças e adolescentes

Por fim, neste tópico serão apresentados as principais características do violador de direitos responsável pela violência sexual, nos casos atendidos pelo CREAS em 2016.

O gráfico da fig. 19, mostra nas colunas de cor laranja que o pai foi o principal violador de direitos intrafamiliar (14,75%), e nas colunas azuis, representando a violência sexual extrafamiliar, tem a maioria dos violadores, como outros (15,67%) que não foram mencionados) e desconhecidos (11,52%).

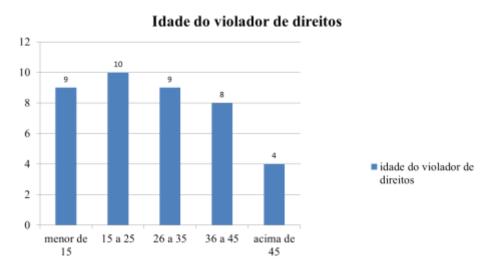
**Figura 19**. Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação ao seu grau de parestesco.



Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

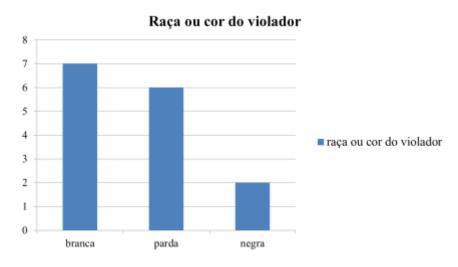
Em relação à idade do violador de direitos intrafamiliar e extrafamiliar, predominou de 15 a 25 anos de idade (4,61%). Esta informação possui muitos dados não informados (81,57%).

**Figura 20**. Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação à idade.



Em relação à raça/ cor do violador de direitos, predominou a raça branca (3,23%), seguida da parda (2,76%). Tendo aproximadamente 93% dos dados não informados.

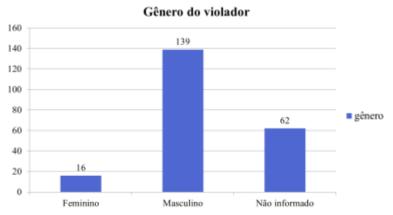
**Figura 21**. Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação à raça.



Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

O gráfico da fig. 22, mostra que 64,1% dos violadores são do sexo masculino. Seguido de 7,37% do sexo feminino.

**Figura 22**. Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação ao gênero.



Sobre a responsabilização dos violadores pelos seus atos de violência, 73,27% dos casos não tiveram esse dado informado. Dos 26,73% dos dados informados, o instrumento mensal informou que 18,43% não foram responsabilizados; 5,1% tiveram abertura de inquérito e apenas 0,92% foram responsabilizados segundo os dados informados.

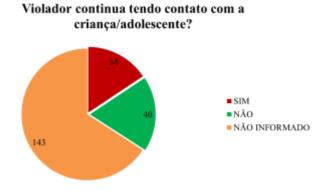
**Figura 23**. Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação à responsabilização pelos seus atos.



Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

Por fim, dos 34,1% dos dados informados sobre esta categoria, 15,67% dos violadores ainda mantém contato com a criança ou o adolescente vitima de violência sexual; e 18,43% não estão mais em contato com a vítima.

**Figura 24**. Caracterização do violador de direitos da criança e do adolescente atendidas pelo CREAS em 2016, em relação a manter o contato após a violência.



# D I S C U S S Ã O

#### 6 DISCUSSÃO

Nesta seção serão apresentadas as categorias empíricas originadas a partir da análise dos dados coletados por meio da articulação das técnicas utilizadas: pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e a pesquisa bibliográfica.

Os resultados obtidos possibilitaram a construção das categorias abaixo, que serão discutidas a seguir:

- A compreensão da violência sexual pelos profissionais do CREAS;
- A chegada das crianças, adolescentes e suas famílias ao atendimento no CREAS;
- O atendimento que é prestado pelos profissionais do CREAS, contendo as subcategorias:
  - às crianças e/ou adolescentes;
  - às famílias:
- As potencialidades e fragilidades do atendimento segundo os profissionais do CREAS.

#### 6.1 A compreensão da violência sexual pelos profissionais do CREAS

Nesta categoria, foi apreendida a compreensão dos profissionais sobre o conceito de violência sexual para eles, articulado com os conceitos trazidos pela literatura e pela revisão integrativa realizada.

Para Morin (2000), esta articulação entre os próprios dados encontrados com a pesquisa (as falas dos participantes, a análise dos documentos estatísticos) e as descrições presentes na literatura, com os mapas e gráficos, são definidos como elementos do pensamento complexo.

A violência, em suas mais diversas formas de expressão sempre esteve presente na história das crianças e dos adolescentes. Embora pareça ser um problema contemporâneo, ela é fruto de um processo histórico que colocou a criança em lugar de pouca atenção e visibilidade, tanto no âmbito da família, como da sociedade e do poder público, fato que se justifica por não ter sido a criança, considerada sujeito de direitos e de proteção, até a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a partir da Constituição de 1988. As ações que violam os seus direitos ganharam visibilidade e atenção, e o Estado passou a prestar

assistência a esta população que por vezes, já sofreram violências de característica física, psicológica, negligência e sexual. (PEDERSEN e GROSSI, 2011)

Vasconcelos et al (2010) caracteriza a violência sexual infantil como sendo a utilização da criança com vistas à satisfação sexual de um ou mais violadores, os quais podem ser adultos, adolescentes, membros da família ou não. É uma relação de domínio e poder do violentador sobre a sexualidade da vítima. Como consequência, também viola os direitos básicos de integridade física e psicológica da criança e do adolescente, além de ferir a sua liberdade de escolha de acordo com o seu padrão de desenvolvimento e maturação sexual. (VASCONCELOS et al, 2010), estes conceitos atravessam o presente estudo, onde os profissionais do CREAS ressaltaram que o fato do "ato sexual" ser cometido contra a vontade do outro emerge como um determinante para a compreensão da violência sexual:

"A violência ela é um ato contrário à vontade daquela outra pessoa em fazer alguma coisa, ou às vezes até em estar presenciando algo que não seria adequado [...]" (E1)

"Eu englobo, em violência sexual, tudo isso que não é consentido e de que, alguma forma, foi forçado. E que tenha cunho sexual." (E2)

"Qualquer ato que, pra mim qualquer ato que alguém cometa contra uma pessoa em busca de um prazer. Prazer erótico." (E6)

A OMS (2002) se referiu a violência sexual contra crianças e adolescentes como atos sexuais em que os menores estão inseridos, mas não compreendem totalmente o acontecido.

Semelhante ao descrito por Vasconcelos et al (2010), o Caderno de Violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes (2007), também caracteriza a violência sexual por qualquer postura ou jogo sexual, hetero ou homossexual, cujo agressor tem formação psicossexual mais desenvolvida que o da criança ou adolescente. Que possui como desejo estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para adquirir recompensa sexual. Baseia-se em correlação de domínio e pode englobar desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, voyeurismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração. Tais mecanismos eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela persuasão de sua vontade.

Assim, os relatos trazidos nas entrevistas realizadas no CREAS sobre o que compreendem significar a violência sexual, no que diz a OMS (2002) sobre o significado de violência sexual contra crianças e adolescentes, e o Caderno de Violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes (2007) são convergentes.

Os profissionais de saúde do CREAS compreendem que a violência sexual não é apenas a relação sexual, com penetração:

"Bom, violência sexual [...] são atos ou jogos sexuais. Conversas, insinuações, ligação telefônica, que não condizem com a idade... como que eu posso dizer... matéria sexual que não condiz com a idade. Matéria sexual mesmo para obtenção de satisfação própria." (E4)

"Não precisa ter conjunção carnal para que ocorra violência sexual. Existem fatos, às vezes mostrar ou expor, ou falar sobre sexo, de uma forma que está violando mesmo, o direito da criança, do adolescente, com segundas intenções, então não precisa ocorrer o ato sexual em si." (E5)

"[...] se a criança (ou o adolescente), ela é tocada ou se ela é exposta a situação de risco, não precisa ser diretamente uma relação sexual, mas eu acho que já é uma violência. Se ela é exposta a presenciar, cena de algum familiar em que ele esteja envolvido ou que ele coloque a criança para assistir, mesmo que seja por telefone ou filme [...]"(E8)

Pedersen e Grossi (2011) continuam dizendo que a violência intrafamiliar, em suas diferentes manifestações, se destaca por sua universalidade, sendo praticada em todas as culturas, sociedades, religiões e classes sociais, embora sua ocorrência seja mais evidente nas classes sociais empobrecidas, tendo em vista os diversos de exclusão social e/ou de inclusão social precária que vivenciaram. Esta afirmação se converge com os achados sobre a incidência de violência sexual contra crianças e adolescentes, na cidade de Uberlândia (MG), sendo afirmado pelo estudo de Lima (2016) onde o setor Oeste juntamente com o Setor Sul, foram classificados com Alta Vulnerabilidade Social, representando 10,88% do total de setores censitários da cidade, como mostra a figura 25. O setor Oeste foi identificado como o setor de maior incidência de notificações dos casos de violência sexual contra a criança e o adolescente no ano de 2016, da cidade Uberlândia, como mostra o gráfico da figura 26, a seguir:

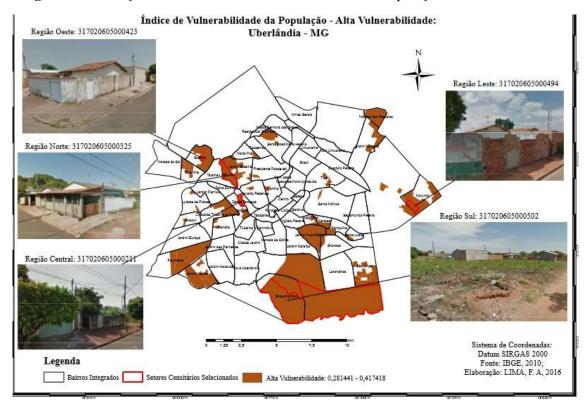
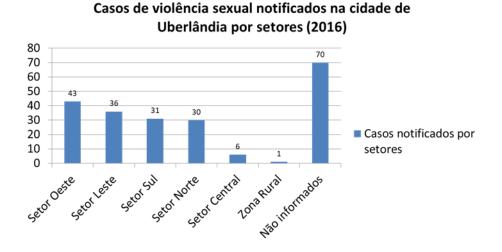


Figura 25. Marcação dos setores de Alta Vulnerabilidade da População de Uberlândia – MG.

Fonte: Extraído da dissertação de Mestrado LIMA, F. A (2016).

**Figura 26**. Gráfico da distribuição por setores, dos casos de violência sexual, na cidade de Uberlândia – MG.



Ainda sobre a compreensão da violência sexual pelos profissionais de saúde, a revisão integrativa realizada neste estudo, trouxe como relevante na pesquisa de Trabbold et al (2016), que os profissionais de saúde compreendem a violência sexual a partir de suas experiências profissionais. Em sua pesquisa, eles relatam que o enfrentamento da violência sexual ainda é vista com dificuldades pelos profissionais de saúde quem trabalham em ESFs, que existem poucas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das crianças e adolescentes, disponíveis para a prática no serviço de saúde da família, principalmente com os adolescentes. Outra pesquisa presente na revisão integrativa realizada por Junior et al (2017), também enfatiza a forma como os profissionais de saúde compreendem a violência sexual através de suas experiências profissionais. Em sua pesquisa, a ênfase foi dada na falta de capacitação dos profissionais de saúde para atenderem os casos de violência sexual e muitas vezes a ausência de capacitação se dá pela falta de interesse da equipe. Desta forma, eles compreendem a violência sexual como difícil de ser diagnosticada, notificada e acompanhada.

Nas entrevistas realizadas com os profissionais do CREAS, da cidade de Uberlândia, houveram relatos que revelam uma predisposição a divergência das opniões encontradas no estudo de Junior et al (2017), nas quais, os profissionais entrevistados do CREAS, relatam possuir capacitação para atender o público que é vitimizado pela violência sexual:

"Eu me vejo muito atuante (no atendimento de vitimas sexuais), eu uso todo meu conhecimento, que a gente vai adquirindo ao longo de tantos anos de profissão, que cada dia a gente aprende mais: cursos, mestrado, doutorado né?" (E1)

"Você se sente aquela pessoa que pode fazer a diferença na vida do outro. Eu me vejo assim, cumpridora das minhas atribuições do cargo, e mais, de ajudar um outro ser humano (através da minha capacitação) que está precisando naquele momento de mim." (E3)

Sumarizando esta categoria "A compreensão da violência sexual pelos profissionais do CREAS", percebe-se que houveram relatos profissionais que trouxeram compreensões do significado de violência sexual, semelhantes aos trazidos pela literatura especifica. Porém também apresentaram pontos de divergência dos relatos com a busca realizada pela revisão integrativa, quando discutido sobre a capacitação profissional para atender esse público que é vitimizado pela violência sexual. Os relatos mostraram-se contextualizados com a realidade da cidade de Uberlândia - MG quanto à vulnerabilidade social, e o índice de violência sexual contra crianças e adolescentes descrito pelos dados estatísticos fornecidos pelo CREAS.

#### 6.2 A chegada das crianças, adolescentes e suas famílias ao atendimento no CREAS

Morin (2000), afirma que para o conhecimento adquirir sentido é preciso colocar as informações e os dados obtidos em seu contexto. E é esse o nosso objetivo ao discorrer sobre esta categoria. Nela serão abordados como se dão a chegada das crianças, dos adolescentes com suas famílias ao serviço do CREAS. Quando feita a pergunta "Como as crianças, os adolescentes e suas famílias chegam até o atendimento no CREAS?" houve uma dupla interpretação por todos os profissionais em relação ao "chegar". Numa primeira compreensão, os profissionais responderam, como as crianças, adolescentes e suas famílias chegam burocraticamente, por quais órgãos eles recebem as requisições de atendimento e acolhimento. Em segunda estância, relataram como eles chegam no atendimento, se sentindo em relação a violência sofrida.

A figura 27, com o fluxograma fornecido pela Prefeitura de Uberlândia (2017) mostra por quais serviços as famílias chegam até o CREAS:

Judiciário, Conselho Terceiro Demanda Casa da Tutelar e outros Setor Familia/CRAS Espontânea órgãos de defesa CREAS/CEMAIA Acolhida: Escuta; Construção Plano ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL Individual e/ou familiar; Informação: **EQUIPE DE REFERÊNCIA** Comunicação e defesa de direitos: Outros **ENCAMINHAMENTOS** Casa da Grupos de Saúde Educação Habitação ONG'S Familia/ NAICA'S apoio, CRAS família Avaliação

**Figura 27**. Fluxograma de atendimento familiar no CREAS.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO FAMILIAR NO CREAS

Fonte: Prefeitura de Uberlândia (2017).

Observando o Fluxograma acima, percebemos que as falas descritas abaixo se assemelham ao descrito pela figura 27. Os profissionais entrevistados relataram através de

Encerramento do Acompanhamento

suas falas como as crianças, adolescentes e suas famílias vitimizados pela violência sexual chegam até o atendimento e como se dão os encaminhamentos:

"Primeiramente, somos um equipamento da Prefeitura de Uberlândia. Então, nós recebemos solicitações para acompanhamento (dos casos). Então, como são medidas de proteção, os Órgãos encaminham para a gente. Pode ser a Delegacia, Conselho Tutelar, tem casos que vem da educação: às vezes, aconteceu na escola, ou ficaram sabendo, tomaram conhecimento na escola." (E2)

"Com relação ao fluxograma, teoricamente ela (criança, adolescente ou família) vem encaminhada pelo Conselho tutelar, pelas delegacias, Ministério Público [...] Mas pode ocorrer também de vir por demanda espontânea. De chegar uma mãe com a criança que foi abusada na escola e ela vem inicialmente no CREAS, aí a gente tem que encaminhar para o Conselho que é o responsável pelo protocolo inicial do abuso. Esse é o fluxograma."(E4)

"Aqui no CREAS, nós recebemos muitas requisições de diversos órgãos, né... Conselho Tutelar, Delegacia Especializada da Criança e do Adolescente, a gente recebe casos do Ministério Público, do CRAS, de CREAS de outras cidades, a gente recebe casos de vários órgãos, [...] nós atendemos também a demanda espontânea, a própria pessoa vem aqui, um familiar, uma pessoa que tomou conhecimento, algum psicólogo, vizinho que faz a denuncia aqui no CREAS. Outro órgão que a gente recebe muita denúncia também é o Disque 100, que são denúncias anônimas." (E5)

"Então, conhecer a família, condições de vida, quem é que habita na casa. Então, tem que fazer uma abordagem domiciliar primeiro. Quando eu consigo ver pais de família, na própria abordagem a gente já descobre muitas coisas e aí fazemos a solicitação de atendimento para comparecerem aqui no CREAS." (E7)

Para articular o "Fluxograma de Atendimento Familiar no CREAS" com a fragmentação e setorização da assistência prestada às crianças, adolescentes e suas famílias vitimas de violência sexual é importante conhecer as potencialidades do território e sua dinâmica para resistir às situações de violação de direitos e a capacidade de organização que emerge dos coletivos na construção de estratégias afirmativas de cidadania. O diagnóstico socioterritorial é determinante para a definição do número de CREAS necessários para atender as demandas observadas em cada município/DF, bem como da abrangência de cada Unidade, e das áreas para sua implantação. (SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2011)

Como foi descrito no "Campo de Estudo" a cidade de Uberlândia possui 10 CRAS e 03 CREAS em setores estratégicos da cidade, de fácil acesso a população e corresponde ao número exigido por habitantes da cidade, que exige a implantação de 01 CREAS para cada 200.000 habitantes. (SECRETARIA NACIONAL DE ASSITÊNCIA SOCIAL, 2011). E no

ultimo censo do IBGE, estimaram que Uberlândia teria 676.613 habitantes em 2017. (UBERLANDIA, 2017).

As Orientações Técnicas da Secretaria Nacional de Assistência Social (2011) também afirmam que o CREAS precisa ter ações integradas a rede de cuidados da cidade. E os municípios em geral possuem as redes de cuidado intrasetorial e intersetorial. A Rede Intrasetorial possui especificidades de atendimento, e se comunicam dentro do mesmo setor. Nele está a atenção primária à saúde, que é a entrada principal do SUS, onde se incluem os cuidados essenciais de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde. A Equipe de Enfermagem se encontra nesta rede de cuidados às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Na rede intersetorial, é compostas por serviços de setores variados. Nesta Rede, o SUS dialoga com alguns dos equipamentos que compõem a rede intersetorial no território que atende crianças e adolescentes: CRAS; CREAS; Sistema de Justiça e Direitos Humanos (Delegacias Especializadas em apurar crimes contra crianças e adolescentes, Varas da Infância e da Juventude, Conselho Tutelar); Sistemas de Ensino (públicas e privadas, educação infantil, fundamental, médio e superior); Sistema Único de Segurança Pública; Sociedade Civil Organizada (Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente – ONGs, instituições religiosas, centros de pesquisa e outros), a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem as necessidades desse público. (BRASIL, 2014)

A estruturação da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em rede é um passo importante para assegurar o cuidado e a proteção social desse público. E a articulação da rede intrasetorial com a rede intersetorial (figura 28) se dá primeiramente por meio da identificação e caracterização dos serviços/ instituições que realizam o atendimento das crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência; seguindo com a pactuação com os gestores locais; construção de alianças estratégicas com os serviços da rede; capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde e dos centros de ensino e pesquisa para que seja incluído nas formações continuadas e disciplinas dos cursos de saúde, assistência social e educação, conteúdos voltados para atenção integral à saúde; planejamento de ações de atenção integral à saúde da criança em situação de violências em linha de cuidado, elaboração de protocolos de acolhimento e atendimento humanizados, e enfim, a divulgação para a sociedade dos serviços disponíveis com endereços e horários de atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. (BRASIL, 2014)

Assim, a organização da atenção integral à saúde busca fortalecer a responsabilização e o envolvimento dos profissionais e dos serviços, garantir a continuidade da assistência, e articular as ações desenvolvidas pela rede de cuidados em saúde com a rede de proteção social no território (BRASIL, 2012).

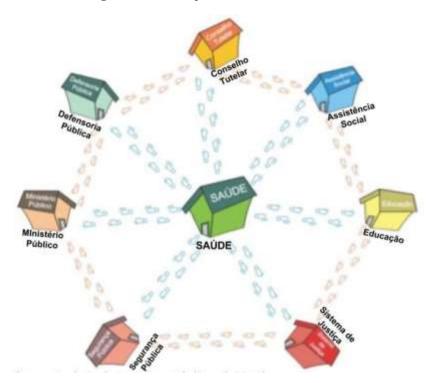


Figura 28: Ilustração da Rede Intersetorial.

Fonte: BRASIL (2014).

Porém, alguns dos questionamentos e insatisfações, dos profissionais de saúde que atendem no CREAS, são as falhas na relação entre os setores intersetoriais:

"É claro que assim, a gente tem horas, que às vezes tem muita dificuldade no trabalho de rede, né? [...] Tem situações que deixam a gente indignado, mas assim, eu acho que não pode ser um fator que desanima a gente como profissional, né?".(E5)

"A gente tem uma dificuldade na rede, para atender crianças, a gente não tem um lugar que faça os atendimentos (psicoterapêuticos) na rede de saúde de Uberlândia, [...] é um acolhimento, é um acompanhamento em saúde mental, [...] o que a gente faz é acompanhar." (E8)

"A grande fragilidade hoje é o trabalho de rede. Muitas vezes a gente não obtém resposta em tempo hábil [...], o CREAS não trabalha sozinho, a gente depende da saúde, (da escola) pra arrumar uma vaga escolar pra uma criança, um adolescente." (E5)

Neste segundo momento, os profissionais entrevistados relataram como as crianças, adolescentes e suas famílias chegam ao atendimento, se sentindo em relação à violência sofrida:

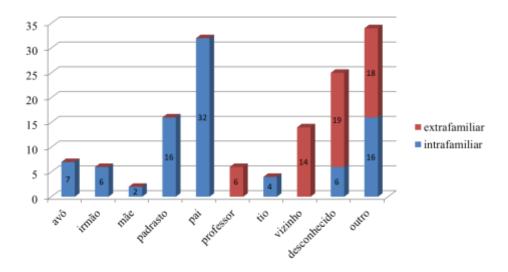
"[...] principalmente quando a violência é intrafamiliar (pais, padrasto, avô, tio próximo), aí é mais complicado ainda. A criança se sente culpada de ser abusada, ter feito alguma questão, que causa conflito na família. Então, geralmente, emocionalmente, principalmente a criança ou o adolescente ela se sente culpada pela situação da família, por ter permitido muitas vezes. Principalmente, adolescente. Eles se culpam, como se tivessem provocado o desejo no padrasto, por exemplo. É uma situação bastante complicada. Primeiro, você (profissional) precisa desmistificar... que ela sofreu foi uma violência, que ela não tem culpa daquilo... que ela é vítima. Então, geralmente chegam assim." (E4)

"Mas também percebo que a família sofre demais, principalmente quando o abusador é o pai... ou alguém próximo, muito próximo mesmo, porque aí a mãe não consegue lidar." (E7)

"[...] quando a violência é intrafamiliar, né... ela (a família) tem argumentos, como "aí, eu não acredito!", "isso não pode tá acontecendo."... e na conversa, a pessoa vai contando coisas que ela esta vivendo, que estão acontecendo, ela vai tendo mais confiança..."(E8)

Em acordo com os relatos acima, os dados estatísticos coletados no CREAS mostraram que o índice de violência sexual intrafamiliar (55,8%) entre os casos atendidos são maiores que os casos de violência sexual por desconhecidos (41%), conforme mostra a figura 13, presente na categorização das crianças e adolescente. Os dados estatísticos também mostraram quem eram os principais violadores de direito, em relação à forma de violência sofrida (intrafamiliar ou extrafamiliar):

**Figura 29.** Relação entre a forma de violência sofrida pela criança e o adolescente (intrafamiliar ou extrafamiliar) e o violador de direitos.



Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

Através do gráfico e pelos dados notificados, podemos observar que o pai foi o principal violador de direitos, responsável pela violência intrafamiliar sexual, e a violência extrafamiliar sexual permanece com maiores índices de violador desconhecido.

O modelo ecológico da violência, proposto pela OMS (2010) permite a inclusão de fatores de risco em 04 níveis: individual, relacional, comunitário e social. E para contextualizar o gráfico acima, sobre quem são os violadores de direito dentro da família, este modelo ecológico afirma que fatores biológicos; histórico pessoal; o círculo social mais próximo à pessoa; ambientes comunitários (como as escolas, os locais de trabalho e as vizinhanças); sistemas de crenças religiosas ou culturais, normas sociais e políticas econômicas ou sociais que criam ou sustentam lacunas e tensões entre grupos de pessoas podem moldar o seu comportamento. Assim podemos afirmar através da concepção deste modelo, que os perpetuadores da violência sexual apresentaram algum destes fatores de risco ao longo de sua vida e não souberam/ não tiveram suporte para se tratarem de forma saudável.

Este modelo ecológico, proposto pela OMS (2010) mostrou que mulheres jovens têm mais risco de sofrerem estupro do que os homens, devido a sua vulnerabilidade. A figura 12, presente na Categorização das crianças e adolescentes, mostra um gráfico que confirma a informação acima, onde 78,8% da violência sexual foi sofrida pelo gênero feminino. Vemos aqui uma violência de gênero, resultante das relações desiguais entre os sexos. Tal violência

se configura como um grave problema de saúde pública, sendo assim denominada, a partir do século XX. Gênero é compreendido pelo conjunto de características sociais, culturais, políticas, psicológicas, jurídicas e econômicas atribuídas às pessoas, de forma diferenciada, de acordo com o sexo. (DUARTE et al, 2015)

Ainda sobre como os adolescentes e suas famílias chegam se sentindo, ao atendimento no CREAS, o sentimento predominante nos adolescentes é a culpa. Culpa por terem "permitido" o abuso sexual, culpa pela situação em que a família se encontra após a violência sofrida:

"Então, o adolescente estava indo pra algum lugar, e aconteceu o abuso fora de casa. Então, este chega aqui com muita culpa também. Como se controlassem a situação. Tivessem algum controle daquilo ali. Como se pudessem ter impedido o ocorrido." (E2)

"Então, geralmente, emocionalmente, principalmente a criança ou o adolescente ela se sente culpada pela situação da família, por ter permitido muitas vezes." (E4)

Bassols et al (2011) diz que dentre os vários sintomas comportamentais de uma criança, adolescente que foi vitima sexual, está a culpa. Os autores afirmam que quanto mais cedo ocorrer o trauma, mais devastadores serão os seus efeitos. A experiência sexual traumática quando crônica e repetida, gera crianças e adolescentes com "almas assassinadas", afetadas na sua maneira de pensar racionalmente e de sentir profundamente o amor, alegria e até o ódio.

As famílias em que ocorre o abuso sexual costumam ser fechadas em relação ao meio externo em virtude dos segredos que guardam e da necessidade de manter uma aparência de funcionamento familiar saudável, com problemas significativos na comunicação em casa e na estrutura familiar. (BASSOLS et al, 2011). Podemos perceber esta afirmação na fala dos profissionais:

"Tem família que já chega parece que escondendo um segredo, que parece que não aconteceu nada. Quer esconder, quer negar tudo, e às vezes por dentro está ruim, mas por fora passa outra coisa, e é um pouco mais complicada essa situação." (E6)

"Tem também um outro tipo de caso: as famílias chegam aqui e não querem tomar nenhuma providência para proteger a criança, adolescente, a vítima.

As providências desses foram mais no tipo de tentar provar que aquilo aconteceu." (E3)

"Agora, tem famílias também que chegam aqui, chegam no pronto atendimento de uma forma muito ríspida, sabe? Você vê que não adere aos nossos acompanhamentos, assim, como se nada tivesse acontecido [...] a gente atende casos de família, de genitores, de pais, de familiares que são muito negligentes também. [...]às vezes até com raiva do profissional que está atendendo... como se a gente tivesse invadindo a privacidade. Então, assim, varia muito de família para família." (E5)

Furniss (2002), uma referência no assunto de abuso sexual intrafamiliar diz que a dinâmica familiar é complexa. Tal dinâmica envolve dois aspectos que se mostram associados: o segredo, que está diretamente relacionada com a psicopatologia do agressor (pedofilia), tende a se proteger às custas de ameaças e barganhas à criança abusada; e o descontrole abusivo, caracterizada pelo comportamento compulsivo do estímulo gerado pela criança, ou seja, o abusador, por não se controlar, usa a criança para obter excitação sexual e alívio de tensão, gerando dependência psicológica e negação da dependência.

Pelos relatos dos profissionais entrevistados, percebemos que existem diversidades familiares atendidas por eles. Famílias que demonstram sentir mais as consequências da violência, famílias que se submetem as violências para mantê-la unida, e também as famílias que são dependentes financeiras e emocionais do violador:

"Bom assim, depende muito da família, porque tem família que chega aqui muito fragilizada mesmo emocionalmente, assim, com vergonha às vezes de falar o problema. [...] tem famílias que são mais comprometidas, né? Tem família que a gente percebe realmente uma preocupação, correm atrás do que precisa." (E5)

"As famílias chegam realmente muito abaladas, sofridas, muito arrasadas com aquela situação, algumas apresentam situação de duvidar se possa ter realmente acontecido devido o susto, com esperança de que aquilo seja um erro. [...] Mas elas chegam bem fragilizadas. Muitos genitores não sabem como lidar com aquilo ali, né?" (E1)

E as famílias dependentes emocionalmente e financeiramente do violador de direitos:

"[...] quando a pessoa depende daquela pessoa que abusou, que cometeu a violência. Quando, às vezes, é um avô, um tio, alguém que ficava com a criança pra mãe trabalhar. Ou alguém que ajudava financeiramente, que comprava presente... Então, a família acha que a criança inventou. Têm dificuldades em acreditar que realmente aconteceu."(E2)

"A dependência é tão grande, não só financeira, mas emocional, de proteção, que não consegue afastar a criança dessa pessoa que está fazendo, né... que está cometendo a violência. Então, são vários os sentimentos." (E8)

Segundo Bassols et al (2011), se o mesmo pai, mãe ou parente próximo que maltrata, e é experimentado como mau pela criança, é também quem fornece o alivio da dor, a criança cria a ilusão de que tem pais bons e a promessa ilusória de que o terror e a dor que sentem se transformarão em amor. Esta relação é complexa, pois o natural seria que os pais exercessem mesmo a função de cuidadores, de quem alivia a dor dos filhos.

Na disciplina do Mestrado "Dinâmica das Relações Familiares", buscamos entender as relações dadas dentro da dinâmica familiar, nos utilizando dos conceitos de Goldenberg (2003), que investigou as representações dadas "as famílias" de classe média ao longo dos séculos. No sec. XVIII, o contexto social vivido foi cercado pela Revolução Industrial, com o surgimento da classe média, enquanto a família era fortemente hierarquizada e centrada na figura do pai como o provedor e o símbolo forte da família. Neste século, a família constituída de pai, mãe e filhos era conhecida como nuclear. No sec. XIX, o Romantismo floresce e a família é vista como um lugar de refúgio, intimidade e não é vista mais imposta, mas escolhida. Mais adiante no sec. XX, com os avanços tecnológicos, melhores condições de vida, discurso de igualdade de gênero e a descoberta das pílulas anticoncepcionais, o modelo de família nuclear começa a ser questionado e o divórcio não é mais considerado reprovável. Para completar, os relacionamentos amorosos passaram a ser vistos como forma de obtenção do prazer erótico. No sec. XXI, em meados da década de 70, com a repercussão do movimento feminista, os papéis desempenhados tradicionalmente por homens e mulheres foram questionados e as famílias começaram a ganhar uma nova estrutura (famílias chefiadas por mulheres, maternidade fora da união formalizada). As famílias atuais, já estão vivendo novas repercussões da recomposição conjugal, relacionamentos sociais instáveis e a predominância do individualismo. (GOLDENBERG, 2003)

Em contrapartida, se a família nuclear é pensada como a convivência harmoniosa entre pai, mãe e filhos, espaço de afeto e proteção como pode existir a violência intrafamiliar? Na pesquisa realizada por Diniz et al (2007), com variadas classes sociais, demonstrou-se que a maternidade ainda ocupa uma forte representação no ser mulher, diferente do que foi exposto por Goldenberg (2013) como o esperado para o sec. XXI. Da mesma forma, o casamento representado por Diniz (2007), teve predominância de sentimentos marcados pela falta de respeito, traição, solidão e violência, rompendo, assim, com o ideal de amor romântico do sec. XIX, que apesar da negatividade relacionada ao casamento, as mulheres entrevistadas

preferiram conviver com a violência a viverem sozinhas e perder o provedor, e manterem suas famílias unidas e completas.

Assim percebe-se que nem as várias transformações na sociedade e na vida das mulheres, ocorridas nas recentes décadas, foram suficientes para dissociar os papéis estabelecidos antigamente como pertencentes a cada gênero.

Diniz (2007) enfatiza que se for necessário romper com a "família ideal", para findar as relações violentas intrafamiliares, assim deve ser feito para que a violência não se perpetue entre as gerações.

Para resumir esta categoria "A chegada das crianças, adolescentes e suas famílias ao atendimento no CREAS" sem a intenção de zerar a temática, percebe-se que as crianças, os adolescentes e suas famílias chegam até o CREAS por variados meios e com inúmeros sentimentos. Que a forma como o sistema assistencial se comunica pode melhorar com o esforço das equipes profissionais e com o incentivo do governo. Que as famílias possuem facetas e composições que transcendem o processo histórico.

# 6.3 O atendimento que é prestado pelos profissionais do CREAS

A partir das falas, percebemos especificidades nos atendimentos às crianças e/ou adolescentes e aqueles destinados às famílias. Por isso, nesta categoria iremos discorrer sobre estes 02 tipos de atendimentos prestados. Separados para critério didático, porém interligados entre si, assim como Morin (2002) afirma que o Paradigma da Complexidade não isola e nem separa, mas reconhece os traços singulares, originais e históricos, além de conceber a unidade/multiplicidade de toda entidade em vez de separar em categorias ou de uniformizar em indistinta totalidade.

### 6.3.1 Às crianças e/ou adolescentes

Entre os dados estatísticos que foram cruzados, a idade da criança/ adolescente foi relacionado com a forma de violência sexual sofrida (intrafamiliar ou extrafamiliar):

70 60 50

Figura 30. Gráfico da relação entre a idade das crianças/ adolescentes e a forma de violência sexual sofrida.

40 extrafamiliar intrafamiliar 30

20

10

4 a 7 anos

Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

12 a 14 anos

15 a 18 anos

8 a 11 anos

Através deste gráfico, percebemos que na cidade de Uberlândia – MG, as crianças de 0 a 11 anos de idade sofreram maior índice de violência sexual no ambiente familiar, enquanto os adolescentes de 12 a 18 anos, em sua maioria, foram vitimas desta violência no ambiente extrafamiliar. Segundo Balbinotti (2008), isso acontece porque as crianças, pelo seu desenvolvimento incompleto, ainda não alcançaram a maturidade necessária para a autodefesa, e o ambiente familiar é para a criança um local seguro, onde também, ela é mais facilmente manipulada.

Um dos níveis de influência, do modelo ecológico da violência proposto pela OMS (2010), é o Relacional, que inclui os fatores de risco resultantes de relacionamentos com parceiros íntimos e membros familiares. Este modelo nos mostra que as experiências negativas vividas nas relações intrafamiliares, por serem as mais próximas no circulo social do individuo, podem moldar o seu comportamento e os tipos de emoções experienciados por ele.

Por isso, através do brinquedo terapêutico, os profissionais de saúde que atendem as crianças e adolescentes em situação de violência, conseguem perceber acontecimentos do cotidiano no meio das brincadeiras. Giacomello e Mello (2011) asseguram que durante a brincadeira, a criança revela singularidades do seu passado, presente e futuro. Contudo, esta tríade se funde durante a brincadeira, pois o estágio de desenvolvimento cognitivo em que se encontram as crianças, não permite completa compreensão por parte deles, destes períodos de tempo.

O uso do brinquedo terapêutico foi citado pelos profissionais do CREAS, como um recurso em seus atendimentos:

"Tem os brinquedos aqui que utilizo. Tem uma brinquedoteca, eu utilizo principalmente lá. E levo os brinquedos que a criança escolher. E eu vejo a representação que elas fazem do brinquedo e dos desenhos... e vou conversando com elas ao mesmo tempo. Não perguntando o assunto direto, mas deixando fluir, de forma espontânea." (E6)

"E o atendimento de criança, também, a gente tem que sempre fazer de forma muito lúdica. Eu uso muito desenho, mesmo porque a psicóloga aprende a interpretar os desenhos." (E3)

"Então, eu vou brincar, mesmo, com elas. E aí, eu vou observar o comportamento que ela traz. [...] Eu entro na brincadeira com ela. E naquela brincadeira, eu vou tentando perguntar alguma coisa. Para ver como que ela está." (E2)

O ato de brincar é uma maneira efetiva de lidar com a fantasia e medos da criança, especialmente quando vivenciam situações traumáticas (como a violência sexual). Um dos comportamentos observados na criança abusada sexualmente são brincadeiras com conteúdos sexuais. (ROCHA E PRADO, 2006). O brinquedo terapêutico é um instrumento muito utilizado na assistência à criança por ser uma prática integradora (brincando ela integra a si mesma, às outras pessoas e ao meio ambiente). Pode ser utilizado como estratégia com qualquer criança. Os brinquedos necessários, geralmente, são figuras representativas da família e animais domésticos, além de objetos representativos do cotidiano da criança. Contudo, não há um conteúdo específico, de forma que o profissional tem liberdade de escolha. (GIACOMELLO E MELLO, 2011). Analisando assim, o brinquedo pode ser utilizado com o objetivo de diagnosticar o conflito que a criança está vivenciando e principalmente como terapia e alívio, ajudando a criança a identificar sentimentos e comportamentos, a lidar com seus medos e angustias, de forma verbal e não verbal. (ROCHA E PRADO, 2006). Giacomello e Melo (2011) completam dizendo que o brinquedo, apesar de lúdico, representa para a criança uma realidade que pode ser transformada por ela, no qual ela, ordena e desordena, constrói e destrói um mundo que lhe seja significativo e que corresponda às suas necessidades intrínsecas, permitindo que ela trabalhe suas relações com o mundo.

Porém houve queixas dos profissionais, em relação ao atendimento dos adolescentes vitimas de violência sexual:

"Nos casos que atendi, percebi que as crianças conseguem expressar melhor o que sentem, e os adolescentes não. Me parece, que os adolescentes ficam mais 'adoecidos psicologicamente', (não seria bem esse o termo pra definilos), mas eu acho que eles deveriam ser acompanhados a longo prazo." (E3)

Esta dificuldade no atendimento de adolescentes, foi relatado no artigo de Trabold et al (2016), da revisão integrativa realizada nesta pesquisa. Eles entrevistaram profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, e estes disseram que a dificuldade do atendimento prestado à adolescentes está principalmente na busca ativa deles, pois os adolescentes não procuram o serviço de saúde nem em situações de doença. Queixaram da ausência de ações voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos adolescentes, inclusive em situações de violência. Isto não significa que não existam ações voltadas para este público, pois o Estatuto (BRASIL, 2008) contempla estratégias voltadas às políticas sociais articulando sociedade, família e poder público na busca de medidas de proteção integral à criança e ao adolescente. Porém a desinformação profissional, a grande demanda de trabalho, impossibilita que medidas criativas sejam tomadas.

Outro ponto a ressaltar, seria a capacitação dos profissionais do CREAS, para o atendimento das crianças e adolescentes. Nas entrevistas realizadas apareceram frases, como "sei qual é [...]", "eu tento", "eu estabeleço", indicando uma segurança na atitude profissional vinda da capacitação:

"Eu tento entrar no mundo deles. Assim, eu sempre assisto desenho, sempre... eu entro nesse mundo para entender. Então, eu sei qual é o ídolo do momento das meninas, [...] Sei qual é o videogame que os pré-adolescentes estão jogando [...] Então, eu estabeleço esse vínculo com eles. De que "oh, a gente está falando a mesma língua" para eles não acharem que eu sou uma autoridade sobre eles. E aí, a gente vai jogando, vai conversando." (E2)

"Com o adolescente, eu gosto de trabalhar sonhos... O que ele quer ser, o que pensa sobre futuro... Vamos planejar, ver o que podemos fazer. "Vou te apoiar nesse futuro que você quer construir." Então, com eles, eu gosto de trabalhar a potencialidade." (E7)

Esta capacitação profissional é percebida pelos profissionais como uma potencialidade presente nos seus atendimentos:

"Eu acho que aqui dentro do CREAS a gente tem muito recurso, **a gente tem profissionais que são capacitados**, [...] eu vou 'puxar sardinha' pro nosso lado sim (risos), porque realmente eu compreendo que o que a gente faz aqui é importante e é efetivo." (E8) (negrito do autor).

Para evidenciar as falas, trazemos a atuação dos profissionais de saúde frente a violência sexual, segundo Azambuja e sua equipe (2011), que em seu livro "Violência Sexual contra crianças e adolescentes", traz características da atuação e intervenção dos profissionais que são mencionados nesta pesquisa. O assistente social, tem a sua intervenção na interação com os diferentes atores sociais, neste contexto das relações sociais que se constituem a partir de um cenário macrossocial, político e econômico adverso que conduz a reprodução de profundas desigualdades sociais expressas no cotidiano da população. Dentre os seus meios de trabalho estão a apropriação teórica sobre o tema, a apreensão dos processos sociais, ações sociais e socioeducativas, conhecimento da legislação para efetivação das medidas de proteção legal e o trabalho interdisciplinar a fim de proteger a criança e o adolescente, romper com o ciclo de perpetuação da violência, efetivar os direitos sociais, dar acesso aos benefícios assistenciais e ressignificar os vínculos familiares.(QUAGLIA, et al 2011)

O psicólogo, assim como o assistente social precisa ter conhecimento sobre a legislação que protege a criança e o adolescente, além de ser um profissional capacitado e especializado em atendimentos de violência familiar, para que não haja menosprezo pela situação atendida ou conduta inadequada, vinda da desinformação profissional. Dentro das condutas do psicólogo que atende crianças e adolescentes vitimas de violência sexual intrafamiliar estão auxiliar o pequeno paciente a escolher uma pessoa de confiança para relatar o ocorrido, trabalhar os sentimentos de culpa e medo da criança e do adolescente, trabalhar a importância da notificação como instrumento de proteção mesmo que a família peça sigilo. A criança e o adolescente que foram vitimas da violência sexual intrafamiliar vêm de um ambiente em que eles não conseguem discernir entre o adulto confiável ou não, por isso é importante que o psicólogo comporte-se como uma pessoa madura, não julgue, seja capaz de relacionar e discriminar entre a fantasia e a realidade. (PINHEIRO e FORNARI, 2011). A psicoterapia deve permitir que a criança atribua um valor simbólico a uma dor, frustração, insegurança, agressividade, medo, espanto, confusão e ressignificar os eventos traumatizantes. Embora no CREAS, os psicólogos não façam psicoterapia durante os atendimentos, eles possuem competência para acompanhar estas crianças e adolescentes até que eles sejam encaminhados para o atendimento especializado:

"Então, ao mesmo tempo em que a família se sente assistida, a gente não presta o atendimento prolongado à criança. A gente acompanha, mas não fazemos psicoterapia, a gente tem um papel mais informativo, mais de encaminhamento." (E6)

O advogado frente a situações de violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes, na qualidade de representante da parte vitimada, busca vincular o Direito da Família e o Direito da Criança e do Adolescente, a fim de fazer valer os princípios constitucionais da dignidade do ser humano e a prioridade absoluta à infância, dando ênfase à garantia de direitos da criança, mesmo antes da resolução do caso. (BOHRER e LOURENZON, 2011). O advogado é o profissional intermediário entre o juiz e o cliente, tendo como função proteger, fazer prevalecer os interesses, defender a supremacia da lei como máxima segurança jurídica e estabilidade social do cliente. O profissional da advocacia conduz as orientações necessárias à família, verifica o desdobramento dos processos e inquéritos, acompanha de perto as ações do Ministério Público, garantindo que os procedimentos adotados estão protegendo a criança e o adolescente e não revitimizando-os. (BOHRER e LOURENZON, 2011). Muitas das famílias que chegam no atendimento do CREAS já possuem um advogado de sua confiança, sendo assim no atendimento, o advogado do CREAS tira as dúvidas, faz orientações e encaminha quando necessário:

"Eu atuo mais voltado para área de tirar as dúvidas dessas famílias. Eu escuto primeiro, para depois eu ver o que eles precisam de mim como advogada, para poder começar o atendimento. [...] porque tem casos que já vêm com laudo, já foi feita muita coisa, aí vejo o que precisa praquela situação, e já vou fazer as orientações, encaminhar para a defensoria pública, se for o caso, ou explicar para aquela família que já tem um advogado da confiança dela, o que ela pode fazer, e lógico aí já vou encerrar a minha parte, porque já não vai ter mais o que fazer." (E1)

Os profissionais que realizam os atendimentos no CREAS são "generalistas", ou seja, atendem diversos casos de violação de direitos, como de mulheres, idosos, deficientes, além das crianças e adolescentes. Dos 08 profissionais entrevistados, apenas 02 relataram ter especialização em atendimento familiar. Embora, eles não tenham certificação específica em atendimentos de violência intrafamiliar sexual contra crianças e adolescentes, no geral, eles se caracterizam como sendo capacitados e qualificados:

<sup>&</sup>quot;A gente é uma **equipe muito qualificada**, a gente fica muito atento a tudo aquilo que a família traz." (E5)(negrito do autor)

<sup>&</sup>quot;Acho que hoje o CREAS faz muito bem o seu papel, a **equipe é muito bem treinada**, a equipe é muito humana. Todas as meninas que estão aqui atendem as famílias com o maior respeito." (E7)(negrito do autor)

"É feito pela equipe tudo o que está disponível para a equipe a gente faz." (E1)

"Eu acho que aqui dentro do CREAS, a gente tem muito recurso, a gente tem **profissionais que são capacitados**, a gente tem salas que propiciam que as crianças tenham atendimento protetivo [...]" (E8) (negrito do autor)

Diferente da forma como os próprios profissionais do CREAS se caracterizam, a literatura traz que a capacitação profissional na área específica de atendimento é essencial para o sucesso e a qualidade das intervenções realizadas. (QUALIA; PINHEIRO; BOHRER; 2011). Embora a capacitação seja importante, Azambuja e seus colaboradores (2011) sugerem que as famílias em situação de violência sexual intrafamiliar sejam atendidos e acompanhados por uma equipe interdisciplinar. Este trabalho em equipe assegura que a avaliação e o encaminhamento das situações aconteça de forma conexa e orientadas eticamente. A violência intrafamiliar sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno multifacetado, complexo e dinâmico que exige uma atenção/ cuidado integral a toda a família, por isso o Pensamento Complexo (PADUA, 2015), foi escolhido para abarcar esta temática, afirmando que o plano terapêutico deve ser interdisciplinar, transcendendo a soma de diferentes visões sobre um determinado assunto. E esse atendimento interdisciplinar pode ser observado nas equipes que trabalham no CREAS e na ênfase que dão em suas falas, no trabalho em equipe e não apenas individualizado.

O atendimento dos profissionais do CREAS visa proteger a vitima e não averiguar ou investigar se de fato a violência sexual aconteceu, o olhar dos profissionais é atencioso e acompanhado de estratégias que os auxiliam no trato com as crianças e adolescentes fragilizados pela violência:

"Nosso intuito é ver como a criança se sente pela presença da situação e não saber se houver ou não. Então, mesmo que não tenha acontecido a violência sexual (o ato consumado) contra a criança, se ela percebe, se ela sofre, já é um caso de atenção para a gente." (E6)

"Se eu vou fazer o atendimento com uma criança e ela começa a tocar no assunto, e vejo que isso a sensibiliza, começa a chorar... antes de encerrar o meu atendimento, eu preciso usar estratégias que a ajudem a lidar com esse sofrimento, para que ela possa sair dali com força para reagir. E não mais vítima ainda."(E3)

"Só que assim, com o adolescente, enquanto a gente joga e conversa, muitos querem contar o que aconteceu, então, já conta, já fala. Tem uns que são mais retraídos, e eu respeito isso. **Eu não estou aqui, para ficar ouvindo, com intuito de investigar...** o meu papel é <u>acolher</u>. Não é obrigatório eu ter essas respostas. Mas, na grande maioria, eu posso dizer que eles sentem confiança

em mim. Que eu consigo estabelecer um vínculo."(E2)(grifo, negrito do autor).

Brasil (2012) traz que 'acolhimento' é um conceito que abrange a recepção, o acesso e a responsabilização pelos usuários e famílias. Bem caracterizado na fala acima de E2.

"Geralmente a criança ela é muito inquirida, questionada na Delegacia, no Conselho Tutelar, no próprio Judiciário. Então, isso é uma das questões que a gente procura trabalhar aqui. Não ficar inquirindo a criança sobre o que ocorreu." (E4)

"Nesse atendimento, ficamos muito preocupado em não fazer que a vitima repita a história. Acho que isso é muito importante. [...] Porque, às vezes, é uma criança que já teve de contar a mesma história em casa, na delegacia, no Conselho Tutelar, no hospital, em 500 lugares. Aí, às vezes, se a gente quer saber, o pai ou a mãe, alguém já nos contou. Então, não temos por que expor, novamente, a criança. Ou fazer com que ela venha até aqui repetir o assunto." (E3)

A (re) vitimização através da fala repetida do acontecido é um fenômeno que se deve levar em consideração, quando realizados os atendimentos às crianças e adolescentes que sofreram violência sexual. Caravieri e Avoglia (2016) acreditam que a 'revitimização' acontece devido à insatisfatória tramitação de cada caso, que até chegar ao atendimento especializado, acaba por reproduzir a violência nas relações institucionais e nos próprios atendimentos. E quando chegavam ao atendimento especializado, já estavam desgastados pelos sucessivos relatos da violência, pela longa espera de cada processo. Desencadeando na realidade, um quadro de violência agravado ou uma família conformada e banalizada pela violência. Sendo assim importante reavaliar o fluxo do atendimento realizado nos casos de violação de direitos.

As falas a seguir, discorrem sobre o relacionamento, e os encaminhamentos realizados pelos profissionais do CREAS para outros serviços de proteção e atendimento a estas crianças e adolescentes:

"A gente tem a rede parceira, de saúde para onde encaminhamos também essas crianças pra fazer esse acompanhamento que não é feito aqui. Seja num PSF, seja numa UAI ou até no hospital escola da Universidade que tenha esse serviço gratuito, né..." (E2)

"Tento observar como a criança ou o adolescente está... fazer os encaminhamentos necessários para psicólogo no postinho de saúde, ou então para um acompanhamento mais de perto, que tem muito no ambulatório de agravos, quando é confirmado o abuso." (E6)

"Encaminhamos para o atendimento psicológico especializado, quando é um caso que a gente vê a necessidade dessa criança ser acompanhada por um psicólogo, né? [...] encaminhamos para a saúde, a gente faz contato com a escola também, para ver como essa criança está na escola... a gente pede relatório." (E5)

"Então, ao mesmo tempo em que a família se sente assistida, [...], a gente não presta o atendimento prolongado à criança, [...] Porque a gente tem que encaminhar para um terceiro, quarto ou quinto serviço, que não dá continuidade no atendimento, mas faz a familia reviver novamente a situação, como se fosse o primeiro atendimento. Então, isso é uma fragilidade." (E6)

Segundo o Pensamento Complexo de Morin (PADUA, 2015), o pensamento não esta isolado, porém se articula a todo tempo. Já foi descrito acima por Brasil (2010), como se dão os relacionamentos intersetoriais de atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência, e mencionado pelos profissionais a dificuldade do trabalho em rede, principalmente sobre as delongas nos encaminhamentos, diminuindo a eficácia dos atendimentos. Caravieri e Avoglia (2016) questionaram em seu trabalho sobre a longa espera para realização dos atendimentos especializados, provenientes de reformulações do fluxo de encaminhamento. Essas mudanças, quando não são bem entendidas e comunicadas à comunidade, gera o desfalque nas notificações pela descrença da população no serviço que é prestado.

#### 6.3.2 Às famílias

As crianças e adolescentes que são atendidas no CREAS, sempre vão acompanhadas por algum membro da família, que também precisam de atendimento, orientações e suporte emocional:

"Precisamos auxiliar nas práticas importantes, fornecer acompanhamento psicológico para os ajudar. O acompanhamento para os pais é tão importante como para as crianças, pois os pais questionam "porque que eu não vi", eles sofrem tanto quanto a criança." (E7)

"Eles (família) chegam aqui tão perdidos, que se você chegar de uma forma tranquila, amigável... Só de você mostrar um norte, dar uma direção pra família, ela se desenvolve. É muito gratificante ver isso [...]" (E8)

É importante para as famílias ter o serviço de referência. Segundo Campos e Domitti (2007), a equipe ou profissional de referência são os responsáveis pela "condução de um caso individual, familiar ou comunitário", com o objetivo de alargar as oportunidades de

construção de vínculo entre profissionais e usuários. A equipe de referência é um rearranjo organizacional que,

"Procura fazer coincidir a unidade de gestão que compõe as organizações de saúde com a unidade de produção interdisciplinar. No caso, a menor unidade organizacional passaria a ser a equipe de referência. A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. O máximo de poder delegado à equipe interdisciplinar."

E o apoio matricial oferece a retaguarda assistencial e o suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Assim, o apoio matricial e a equipe de referência são organizações e metodologias para a gestão do trabalho em saúde, que tem o objetivo de realizar a clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (CAMPOS, DOMITTI, 2007). Em Uberlândia, ainda não existe esta organização de equipe de referência e apoio matricial, e provavelmente esta seja uma falha na comunicação do fluxo de atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.

As famílias trazem consigo para os atendimentos, uma preocupação/ dúvida sobre o que irá acontecer com o violador de direitos:

"Muitas famílias chegam com uma ansiedade muito grande. Perguntam "o que vai acontecer com o violador?", "Como é o processo?". E aí, a gente vai precisar fornecer um momento de esclarecimento antes do momento de orientação/ atendimento. Porque elas estão tão preocupadas com o que vai acontecer, que elas não sabem responder nem o que querem saber primeiro."(E3)

"O objetivo do nosso atendimento com a família é buscar meios de cessar a violência. Esse é o primeiro ponto. A gente não tem um índice grande de abusadores que são presos ou que são punidos. **Eles continuam convivendo na família**, então a gente tem que levantar estratégias pra condição que a gente têm." (E8) (negrito do autor)

A convivência familiar e comunitária é um direito fundamental de crianças e adolescentes garantido pela CF (artigo 227) e pelo ECA. Em seu artigo 19, o ECA estabelece que toda criança e adolescente têm direito a ser criado e educado por sua família e, na falta desta, por família substituta. Porém, quando a família, ao invés de proteger a criança e o adolescente, infringem seus direitos, deixando de honrar os deveres de prover e cuidar de seus

filhos, elas devem ser encaminhadas para a acomodação em instituição, segundo medidas previstas no ECA. Esta decisão é aplicada pelo Conselho Tutelar por determinação judicial e remete a suspensão temporária do poder familiar sobre crianças e adolescentes em situação de risco e no afastamento deles do lar. (CEDECA, 2017).

A família extensa é vista pelo ECA, como uma alternativa de apoio, principalmente neste momento em que é necessário separar a criança e o adolescente vitimizado, do violador, e quando este apoio não é possível, se busca a familia substituta:

"E aí a gente vai trabalhar isso, de proteger, de não deixar sozinho, a gente sabe que aquela pessoa (abusador) não pode ficar sozinho com a criança, então a gente vai puxando: rede de apoio da família, família extensa, pra tentar proteger. Esta também é uma das nossas atividades." (E8)

O acolhimento institucional deve ser uma medida excepcional e provisória e o ECA obriga que se assegure a "preservação dos vínculos familiares e a integração em família substituta quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem" (artigos 92 e 100). Nesta hipótese, a lei manda que a colocação em família substituta se dê em definitivo, por meio da adoção ou, provisoriamente, via tutela ou guarda (artigos 28 a 52 do ECA), sempre por decisão judicial. (CEDECA, 2017)

Segundo o ECA, que possui legislações de proteção a criança e ao adolescente, quando a sua própria família te oferece riscos, estes menores precisam ser afastados do convívio familiar ou ter o violador afastado do convívio dos menores. E nas entrevistas descritas abaixo, realizadas com os profissionais do CREAS, percebemos que o atendimento deles às crianças, adolescentes e suas famílias vitimas de violência sexual tem continuidade até que estes não estejam mais em risco. Nas tabelas preenchidas, destinadas à SEDESE, eles chamam o encerramento do acompanhamento dos casos, de 'desligamento':

"Quando a gente vê que está tudo bem, de fato teve uma melhora naquela família, que a família está respondendo as nossas orientações, que a família procurou os órgãos que a gente encaminhou... estão aderindo ao nosso acompanhamento, e que as coisas estão melhorando, né? A criança e o adolescente estão bem e não estão mais em com os direitos violados, a gente já encerra o caso, né? Ou uma outra oportunidade de encerrar o caso ou suspender, é quando a família... os pais... a gente já fez de tudo e a família não adere." (E5)(negrito do autor)

"Quando encerramos os casos, é quando eu olho pra situação da família e falo: "não tem risco social e não tem direitos violados". Qual que é o nosso papel? Nosso papel é acompanhar aquela criança, aquele adolescente, até que eles estejam livres de riscos sociais e com os direitos preservados. Se os

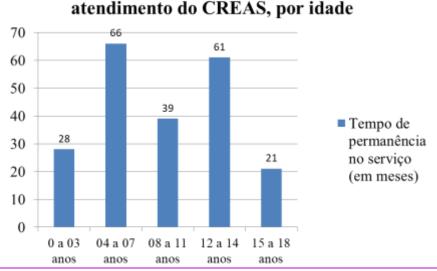
direitos estão preservados e ela não esta em risco, eu encerro." (E2)(negrito do autor)

"Antes do encerramento do caso, temos a preocupação de fazer todos os encaminhamentos necessários, verificar se a demanda para um atendimento solicitado foi atendido. E jamais abandonar os envolvidos no caso. Temos uma preocupação de garantir que com o encerramento do caso, a pessoa tenha autonomia para buscar novamente o serviço, caso ela tenha necessidade. Então assim, mesmo quando a gente encerra um atendimento, a gente já fala: "se você precisar de nós, do nosso serviço, pode nos procurar, você já sabe o caminho de casa"". (E3) (negrito do autor)

O estatístico da EERP nos ajudou no cruzamento dos dados das planilhas. Como informado anteriormente, em uma das colunas das planilhas, eram informados o tempo de permanência das crianças e adolescentes vitimas de violência sexual, no serviço do CREAS. Na figura 30, mostra o tempo de permanência médio (em meses) no atendimento do CREAS em relação à idade da vitima. Percebemos que duas faixas de idade foram atendidas por mais tempo, de 04 a 07 anos e de 12 a 14 anos. Por esta informação, sobre as idades mais atendidas em relação ao tempo, não ser do conhecimento dos profissionais do CREAS, eles não mencionaram em suas entrevistas, o porquê destas idades serem mais atendidas.

**Figura 31**. Gráfico de relação do tempo de permanência (em meses) no atendimento do CREAS e a idade das crianças e adolescentes, no ano de 2016.

Tempo de permanência (média) no



Fonte: dados coletados do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo, do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração Sexual contra crianças e adolescentes, fornecidos pelo CREAS. (2016).

Não sabemos, se os dados obtidos na pesquisa documental são 100% fidedignos. Pois ao conversar com os técnicos administrativos que preenchiam as tabelas, eles relataram que com exceção dos casos novos que eram inseridos e os que eram desligados, os demais eles apenas copiavam e colavam da tabela do mês anterior para o atual. Justificaram este fato, com a grande demanda de trabalho e a falta de tempo para conferir cada caso. Por isso, podem acontecer os erros de digitação.

Segundo os relatos dos profissionais do CREAS, existem famílias que não aderem ao acompanhamento fornecido nos atendimentos:

"Conversamos com os genitores e quando eu não consigo aceitação de um lado, eu tento do outro, quando eu vejo que não tem nenhum recurso, eu falo: "então tá, não tem como eu ajudar, se vocês não colaborarem, é responsabilidade de vocês, e é o filho de vocês". E aí, infelizmente, quando não tem jeito, pedimos para o Conselho intervir junto a essa família porque eles têm essa atribuição de proteger, cuidar dessa criança e tudo o mais." (E2)(negrito do autor)

Segundo o ECA, artigo 136 (CEDECA, 2017), as atribuições do Conselho Tutelar são: atender as crianças e adolescentes quando os seus pais agirem por falta, abuso ou omissão; cabendo medidas protetivas de solicitação de tratamento médico, psicológico em regime hospitalar ou ambulatorial; e acolhimento institucional. Em relação aos pais, cabe atender, aconselhar e advertir, fornecer atendimento psicológico ou psiquiátrico; obriga-los a levar os filhos no encaminhar os filhos ao atendimento especializado. Além de poderem requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança; representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.

Para sintetizar esta categoria, trazemos os principais pontos discutidos: as crianças menores de 11 anos são mais violentadas sexualmente do que os adolescentes, devido a sua vulnerabilidade, por outro lado os serviços de saúde possuem mais estratégias para lidar com as crianças que sofreram violência do que com os adolescentes. A capacitação profissional é um ponto importante, quando o atendimento são casos de violência, participar de cursos, discussões e a própria experiência acrescenta significativamente no atendimento especializado dos casos, evitando a revitimização da vítima e proporcionando uma qualidade de promoção de saúde no serviço prestado. O apoio matricial ainda não é um recurso oferecido em todas as cidades, e percebemos que ele ajuda na sistematização da assistência dos serviços em rede.

Sendo uma sugestão considerável para otimizar a comunicação dos serviços de auxilio ao enfrentamento da violência intrafamiliar.

### 6.4 Potencialidades e fragilidades do atendimento, segundo os profissionais do CREAS

O tema abordado nesta ultima categoria já foi mencionado diversas vezes no decorrer da pesquisa e nas categorias anteriores. Mas isso não é um problema, visto que para Morin (2000), este "ir e vir incessante entre as certezas e as incertezas, o separável e o inseparável", é a caminhada do Pensamento Complexo.

As potencialidades e as fragilidades se articulam a todo momento. Para exemplificar este dito, trazemos a questão dos instrumentos de notificação que são preenchidos no CREAS. Por um lado, é um avanço ter as notificações feitas regularmente e enviadas com a mesma periodicidade aos órgãos, no caso do CREAS são enviados à SEDESE (SNAS, 2017) que providenciam os recursos necessários tanto para os profissionais como para o público atendido. Por outro lado, no momento em que fomos analisar estes instrumento encontramos lacunas nos dados que não são preenchidos, ou não são informados no momento dos atendimentos. Pode se observar nas caracterizações mencionadas nos "RESULTADOS" que o índice de dados não informados são grandes, e isso inviabiliza ter conclusões sobre algumas informações como a predominância da renda familiar, dados sobre o violador de direitos a cerca de sua idade, renda, raça e classe social. Então esta é uma variável que precisa ser melhorada no serviço do CREAS.

O artigo 245 do ECA, define que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sendo considerada infração administrativa, sujeita à multa de 3 a 20 salários de referência, a não comunicação à autoridade competente pelo médico ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde, dos casos que tenha conhecimento. (CEDECA, 2017). Para isso, também é importante saber identificar para notificar corretamente.

Percebe-se que o preenchimento adequado dos relatórios e instrumentos de notificação podem aumentar o alcance dos atendimentos, pelos órgãos de defesa e proteção da criança e do adolescente; mas é necessário conscientizar a equipe que preenche esses documentos da importância destes dados serem fidedignos. Para isso, podem se realizar treinamentos e capacitação, e evitar o preenchimento inapropriado e a falta de encaminhamento para

avaliação adicional. Na revisão integrativa realizada para este estudo, as ações dos profissionais de saúde frente à notificação dos casos de violência corresponderam ao maior numero de artigos. Dentre eles, o não reconhecimento da violência foi um fator identificado que prejudica a realização das notificações. (CONCEIÇÃO, et al 2012; MOREIRA et al 2013). O receio da represália por parte do violador de direitos, também foi levantado como um fator que impede a notificação. Alguns profissionais do CREAS mencionaram a importância de existir uma assistência para o violador:

"Eu acho que até o abusador, ele também precisa de tratamento. E esse é um ponto que não tenho resposta: "Como que a gente vai trabalhar com quem foi abusado e com o abusador ao mesmo tempo?"." (E8)

"E outra questão, é que a maior problemática hoje que a gente vive é do não atendimento ao abusador. Não existe política de atendimento ao abusador. A gente tenta, mas acaba sendo uma coisa de desejo dos próprios técnicos, e não uma política específica pra atender. [...] ele (abusador) acaba cumprindo uma pena ou talvez nem cumpre, alguns buscam a possibilidade de mudança. Então, essa é uma grande falha, tanto de política de saúde, quando assistência, de não trabalhar o abusador."(E4)

Os profissionais do CREAS relataram que mesmo não havendo politicas de saúde que foquem no violador de direitos, eles realizam o atendimento deste público, e já alcançaram resultados positivos com este atendimento:

"Então, a gente atende sim. [...] A gente procura não atender dentro do CREAS, em outro espaço, para não esbarrar com a criança, com a vitima... porque se é espaço que a criança vai ter confiança, se ela ver que é um espaço frequentado pelo seu violentador, talvez ela perca a confiança nesse espaço. Mas tem muitos casos que os próprios pais, a família não se desfaz daquele núcleo familiar, então você se vê naquela obrigatoriedade de tentar intervir naquilo para interditar aquela violência." (E7)

Entrevista 4: "mas tem uns casos positivos. Que conseguimos que o abusador tivesse outra visão em relação ao sexo, em relação à violência sexual. E enxergasse que o sexo com criança é violência mesmo."(E4)

E também, paralelo à literatura, os profissionais do CREAS dizem que a maioria dos adultos violadores de direito, sofreram violência sexual na infância, então é um público que precisa ser assistido de perto, pois tem em si questões que precisam ser tratadas para que este ciclo seja interrompido:

"Muitas vezes a gente vê que essa violência sexual vem de uma repetição. A pessoa que cometeu o ato sexual já sofreu abuso, ou viu outras pessoas sendo abusadas, ou teve alguém na família que sofreu abuso. Então o violador está reproduzindo a violência sexual, como forma de liberar algo que está preso dentro de si, e isso precisa ser tratado" (E6)

"Às vezes a criança ou o adolescente não demonstre nenhum sofrimento emocional nesse momento, mas futuramente possa ter, e se não é bem cuidado, bem visto agora... essas vítimas podem ser futuros abusadores na fase adulta." (E4)

"Em um futuro, pode ser que os sintomas apareçam, e aí a família precisa estar sempre atenta, principalmente no início da adolescência. Uma coisa que eu falo muito pros pais que eu atendo: "olha, você vai precisar ter uma conversa muito aberta com o seu filho daqui pra frente, porque, quando ele entrar na adolescência, e começar a surgir as necessidades sexuais e hormonais, às vezes, vai ser mais intenso porque vai falar de algo que ele já vivenciou." (E3)

"Então, depende muito da história de vida dele (do violador), se ele foi abusado na infância, como é a situação de vida, se há possibilidade de mudança na conduta." (E1)

Giacomello e Melo (2011) afirmam que ninguém nasce agressor; os comportamentos são construídos dentro de um contexto socioeconômico, político e cultural, e por vezes, o atual agressor foi vítima de negligência e judiação durante a infância, com ausência ou rejeição afetiva, e que agora, expressam suas necessidades emocionais de forma indevida.

Os profissionais de saúde do CREAS foram abordados sobre o que eles identificavam como potencialidade, avanços, possiblidades de melhoria no atendimento prestado por eles, às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência sexual, e a capacitação e qualificação profissional, os recursos fornecidos pelo próprio CREAS, o trabalho integrado e em equipe dentro do CREAS, foram os principais pontos levantados por eles:

"É feito pela equipe tudo o que está disponível para a equipe fazer." (E1)

"A gente tem salas que propiciam que as crianças tenham atendimento especializado, que elas se sintam a vontade pra relatarem qualquer coisa. Eu acho que a gente tem espaço pra trabalhar com as famílias." (E8)

"Acho que uma coisa que ajuda muito, é que a gente tem muitos momentos de conversa, né... entre a equipe, de colocar nossas dúvidas, evoluções e as angustias também, isso me tranquiliza e me incentiva a prosseguir." (E5)

"Na minha opinião, acho que conseguimos fazer um trabalho bem responsável e ético, [...] É um trabalho sério, que preserva realmente, a criança, o adolescente, a familia." (E2)

"[...]a equipe não deixa a peteca cair." (E7)

A equipe de profissionais do CREAS se mostrou unida e empenhada a prestar um atendimento de qualidade a todos os grupos vulneráveis que são atendidos por eles. Mas também apontaram as fragilidades do atendimento, e na maioria das vezes, a "culpa" não estava no papel desempenhado por eles. Enfatizaram dentre os pontos negativos, a comunicação entre os serviços de proteção e apoio a essas crianças e adolescentes; o baixo número de profissionais contratados para a grande demanda de atendimentos; a falta de recursos financeiros; e a fragmentação do sistema de atendimento as vulnerabilidades:

"Porque assim, a gente tem as condições e objetivo de trabalho que nem sempre são favoráveis, mas temos que sempre dar o melhor de nós para tentar ultrapassar, ir além daquilo e dar um passo à frente." (E5)

"[...] podia ter mais técnicos, para atender melhor essas famílias... a falta de recursos pra melhorar o atendimento em saúde... a gente sente falta de recursos para melhor atender a criança e tirar ela da situação de vulnerabilidade." (E7)

"Como que você vai falar em direito pra uma família que está com fome, não tem onde morar? Infelizmente existe esta limitação, quem não tem esse dinheiro sai prejudicado. E a rede pública hoje não é bem vista, a saúde não tem o investimento que deveria ter. A política e a saúde não andam juntas e quem perde é a família." (E4)

"Como fica o meu atendimento quando a mãe ou responsável fala pra gente "mas, não tem como eu sair daquela casa, porque eu não consigo me sustentar", esta é uma realidade que a gente tem aqui." (E8)

"Diante de uma demanda, de uma necessidade tão grande de socorrer o maior número de casos possíveis, acabamos priorizando "apagar o fogo" e a formação acaba ficando em segundo plano. Eu acho que isso é uma fragilidade muito grande." (E3)

A comunicação entre os serviços de proteção e apoio a essas crianças e adolescentes, foi mencionado anteriormente por Brasil (2014), na Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, mencionando a importância do trabalho em redes intersetorias e intrasetorias. A equipe de Enfermagem embora não esteja presente no corpo profissional do CREAS, também realiza o atendimento de crianças e adolescentes vitimas de violência sexual, nos ESF, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e nos hospitais. As equipes de Enfermagem devem fazer parte desta

interação entre os serviços para que a criança e o adolescente sejam assistidos integralmente e com um olhar multidisplinar de cuidados. Morin (2002), diz que o pensamento Complexo tem a necessidade de integrar, articular, tecer junto. E o trabalho em equipe com esta lente multifocal permite isso.

Algeri et al (2011), descreve um pouco do papel do enfermeiro frente à violência sexual. Ela diz que o enfermeiro pode atuar na prevenção, na notificação compulsória e nas internações hospitalares. Embora, os trabalhos de prevenção de violência sexual para crianças e adolescentes ainda não sejam bem vistos aqui no Brasil, devido à falsa ideia que falar sobre sexo com crianças irá estimula a curiosidade, programas voltados à segurança pessoal, na definição do que é agressão sexual, autoestima e autoimagem, e fornecer instruções especificas sobre como fugir e/ou evitar uma violência sexual, são iniciativas que produzem resultados positivos. (ALGERI, et al 2011). Nos centros hospitalares, o trabalho do enfermeiro estabelece uma ligação com a criança e o adolescente em situação de abuso, e sua família, mais do que os demais profissionais da equipe. Por isso ele serve tanto de observador, como de coletador de informações que preenchem o histórico de atendimento, como também dar suporte à família. E para que suas funções sejam potencializadas é preciso ter capacidade de controlar os sentimentos de desconfiança e raiva, para criar um ambiente de empatia. (ALGERI, et al 2011).

Outra queixa dos profissionais foi o baixo número de profissionais contratados para a grande demanda de atendimentos. Porém segundo a Secretaria Nacional de Assistência Social (2011) que apresenta os parâmetros para a composição da equipe de referência do CREAS, (figura 7) o CREAS — Socioprotetivas possui em sua equipe de referência, o número adequado de profissionais para realizar os atendimentos e acompanhamentos das famílias / indivíduos, segundo o porte do município de Uberlândia.

A falta de recursos financeiros investidos na área da saúde continua sendo um problema em todo o Brasil. Em uma entrevista a *Folha de São Paulo* (2016), Gastão Wagner diz que:

"[...]o padrão de gasto com o SUS pelo governo federal, fazendo a padronização pela inflação, é o mesmo desde o início do SUS: [...] têm um padrão de gasto de 3,4% a 3.6% do PIB. A gastança é com o serviço da dívida pública. Nos últimos dois anos, quase 50% do imposto arrecadado pelo governo federal foi para pagar o serviço da dívida pública, que nem entra no orçamento, porque fizeram uma lei que obscurece isso. Fala-se que a previdência está gastando 50% do orçamento, mas se a gente colocar na conta o gasto com a dívida pública, o da previdência baixa para 20%. Além disso, tem a bolsa-empresário. Nos últimos cinco anos, [...] gastou mais com repasse

de recursos diretos e indiretos a empresários do que com o SUS, sem nenhuma repercussão na economia muito menos social. Então, o que a gente tem que ver é onde vai se fazer o corte [...] estão optando por excluir os pobres, excluir a maioria da população, no Bolsa Família, na saúde."

Com isso, a saúde fica em uma situação realmente difícil. Onde o pobre fica cada vez mais pobre e o rico cada vez mais rico.

A fragmentação do sistema de atendimento aos vulneráveis, poderá ser otimizado com o apoio matricial e as equipes de referência. O apoio matricial implica na construção de um projeto terapêutico integrado, com a articulação entre equipe de referência e os apoiadores que se dá através de atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista da matriz e alguns profissionais da equipe de referência; atendimentos que não se descomprometem com os casos, mas procura redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido diretamente à criança e/ou adolescente, à família e à comunidade; além de permitir à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiadores; diálogos sobre alterações na avaliação do caso e também a reorientação de condutas. (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Esta categoria levantou assuntos conflitantes que merecem um olhar cuidadoso. Infelizmente a politica do Brasil não favorece as ações voltadas à saúde. E com isso temos profissionais se desdobrando para atender uma grande demanda de casos sem receber o apoio do governo. Isto desvia o nosso olhar das potencialidades para as vulnerabilidades do atendimento. Porém existe uma equipe que "não deixa a peteca cair" e que dá o seu melhor para um atendimento especializado às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência.

Tomemos uma tapeçaria contemporânea. Ela comporta fios de linho, de seda, de algodão e de lã de várias cores. Para conhecer esta tapeçaria seria interessante conhecer as leis e os princípios relativos a cada um desses tipos de fio. Entretanto, a soma dos conhecimentos sobre cada um desses tipos de fio componentes da tapeçaria é insuficiente para se conhecer esta nova realidade que é o tecido, isto é, as qualidades e propriedades próprias desta textura, como, além disso, é incapaz de nos ajudar a conhecer sua forma e sua configuração (MORIN, 2007, p.85).

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

# 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apoiou-se no Paradigma da Complexidade para alcançar o objetivo proposto inicialmente, de contribuir para a compreensão do atendimento que os profissionais prestam no CREAS às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência sexual. Os questionamentos passaram pelas entrevistas, notificações e vários autores que discorreram sobre assuntos relacionados à violência sexual. Ao longo deste trabalho, a autora pode se apropriar de pontos da temática que anteriormente eram obscuros, mas que a pesquisa permitiu descortinar. Considerando o paradigma citado, o conhecimento é sempre inacabado e dinâmico, permeado de incertezas; portanto, a intenção deste estudo não é esgotar o conhecimento sobre este assunto, mas acrescentar as pesquisas que já existem sobre a temática. As categorias emergentes nos fizeram refletir sobre o impacto que a violência sexual causa na vida de quem sofre e também de quem presta assistência, sendo difícil a separação dos sentimentos que surgem. As principais limitações do presente estudo estiveram relacionadas às eleições que ocorreram no final do ano de 2016, na cidade de Uberlândia, inviabilizando novos momentos de coleta de dados em 2017, devido à mudança dos protagonistas que autorizaram a pesquisa; e também as informações incompletas contidas nos dados documentais, que embora fossem secundários, poderiam enriquecer o estudo. A autora compreende que houve uma discussão significativa sobre o tema, com achados que indicam: (i) um número considerável de crianças e adolescentes que sofrem violência sexual (ii) a fragmentação das ações e políticas públicas direcionadas a essas crianças, adolescentes e suas famílias; (iii) a ausência de uma assistência especializada aos violadores de direito; (iv) criação de oportunidades para os profissionais de saúde se capacitarem no conhecimento e adquirir habilidades de identificar e lidar com os sinais de abuso sexual e o preenchimento adequado dos instrumentos de notificação; (v) a fragilidade de atuação interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial. A partir desses achados, recomenda-se que novos estudos sejam realizados, a fim de buscar avanços nas intervenções realizadas junto a estes menores, aos violadores, a fim de romper com o ciclo de perpetuação da violência sexual na vida adulta por falta de intervenções e atendimentos especializados. Por fim, o cuidado tem um olhar integral, focado no todo. Cuidado com o corpo, com a alma e com o espírito. Quem cuida liberta, fortalece o outro. Consola e alivia a dor. Dá atenção, respeita e acolhe. O cuidado gera magnitude de saúde. O cuidado é pensado, e o enfermeiro juntamente com a equipe

multiprofissional de saúde pode enobrecer o cuidado e a assistência às crianças e adolescentes, bem como as suas famílias em situação de violência sexual, sendo metamorfoses ambulantes, dispostos a remar contra a maré por um objetivo que vale a pena.

# REFERÊNCIAS

### REFERÊNCIAS

ALGERI, S.; ZOTTIS, G.A.H.; PEREIRA, M.C.; ALMOARQUEG, SR; BORGES, RSS. *O papel do enfermeiro diante da família da criança abusada*. In: AZAMBUJA, MRF; FERREIRA, MHM. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre, Artmed, 2011, p. 261 – 285

ALVES, G. et al. *Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes*. **Rev Paul Pediatr** 2013;31(2):223-30.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p.16-29, 2004.

BALBINOTTI, C. A violência sexual infantil intrafamiliar: a revitimização da criança e do adolescente vítimas de abuso. Rio Grande do Sul. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Direito da Pontifica, Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

BASSOLS AMS; BERGMANN DS; FALCETO OG; MARDINI V. *A visão do psiquiatra de crianças e adolescentes na avaliação e no atendimento de crianças abusadas sexualmente.* In: AZAMBUJA MRF, FERREIR MHM. **Violência sexual contra crianças e adolescentes.** 1ed. Porto Alegre, Artmed, 2011.

BAZON, M. R.; FALEIROS, J.M. *Identificação e Notificação dos Maus-tratos Infantis no Setor Educacional* . **Paidéia** jan.-abr. 2013, Vol. 23, No. 54, 53-61. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272354201307

BOHRER, G.A.M.; LOURENZON, P.M. *A atuação do advogado nos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes*. In: AZAMBUJA, MRF; FERREIRA, MHM. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Artmed, Porto Alegre, 2011, p. 261 – 285.

BRASIL. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros.** Org.: COSTA, M. A., MARGUTI, B. O. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -IPEA, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente** / Ministério da Saúde. – 3. ed. (Série E. Legislação de Saúde). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\_agravo\_violencia\_sexual\_mulheres\_3ed.pdf. Acesso em 15 de março de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. (Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

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. 1. ed. atual. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014, 106 p. ISBN 978-85-334-1688-8.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Vigilância Socioassistencial.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em: <a href="http://www.cress-pa.org.br/arquivos/arquivo\_23042015102807.pdf">http://www.cress-pa.org.br/arquivos/arquivo\_23042015102807.pdf</a> (para download). Acesso em: 18 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2009, 2010 e 2011**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. 164p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes** (VIVA): 2013 e 2014. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. 218p.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projetos de Lei e Outras Proposições / PEC 241/2016.** São Paulo, SP. 2016. Disponível em:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351. Acesso em: 24 de novembro de 2017

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, Ana Carla. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.* **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso</a>. Acesso em 09 de fevereiro de 2018.

CARAVIERI, L.M.V.; AVOGLIA, H.R.C. *A rede social e assistencial e a garantia de direitos: proteção ou (re)vitimização?* **Psicólogo Informação**, ano 20, n. 20, jan./dez. 2016, p. 99-112

CARLOS, D.M. O cuidado em rede a famílias envolvidas na violência doméstica contra crianças e adolescentes – o olhar da Atenção Básica à saúde. Ribeirão Preto, 2014. 208p. Tese de doutorado apresentada à EERP.

CONCEIÇÃO, J.C. et al. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 26, n. 2, p. 468-477, maio/ago. 2012

DE ANTONI, C.; YUNES, M. A. M.; HABIGZANG, L.; KOLLER, S. H. *Abuso sexual extrafamiliar: percepções das mães de vítimas.* **Estudo da psicologia.** (Campinas) [online]. vol.28, n.1, pp. 97-106, 2011. Disponível em:

<a href="http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n1/a10v28n1.pdf">http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n1/a10v28n1.pdf</a> Acesso em 20 jun.2015.

- DESLANDES, S. F., GOMES R; MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa Social**: **teoria, método e criatividade**. 34 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. 108p.
- DESLANDES, S.; MENDES, C. H. F.; LIMA, J. de S.; CAMPOS, D. de S. *Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes*. **Caderno de Saúde Pública** [online]. vol.27, n.8, pp. 1633-1645, 2011. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/18.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/18.pdf</a>>. Acesso em: 20 de junho de 2015.
- DRAUCKER, C. B.; MARTSOLF, D. F. *Life Course Typology of Adults Who Experienced Sexual Violence*. **Journal Interpersonal of Violence**, v. 25, n. 7, p. 1155–1182, 2010.
- DUARTE, Maiara Cardoso et al . *Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão.* **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília , v. 68, n. 2, p. 325-332, Apr. 2015. Disponível em <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-71672015000200325&lng=en&nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-71672015000200325&lng=en&nrm=iso</a>. Acesso em 31 Jan. 2018.
- ELOY, C. B. A Credibilidade do Testemunho da Criança Vítima de Abuso Sexual no Contexto Judiciário. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2012, p. 234-249
- ELOY, C. B.; CONSTANTINO, E. P. A Psicologia e a Judicialização dos Casos de Violência Sexual . **Psicologia política,** vol. 12, nº 23, 2012, p. 139 152.
- ERDMANN, A. L.; MELLO, A. L. S. F.; MEIRELLES, B. H. S.; MARINO, S. R. A. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 57, n. 4, p. 467-471, 2004.
- FACURI, C. de O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [online]. v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf</a>>. Acesso em: 20 jun.2015.
- FALEIROS, V.P et al. *Circuito e curtos-circuitos no atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes do Distrito Federal.* 2012. Disponível em: recrianacional.org.br/index.php?option=com\_docman&task. Acesso em: 23 de novembro de 2017.
- FARAJ, S. P; SIQUEIRA, A. C. O atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente vitima de violência sexual na perspectiva dos profissionais do CREAS. **Barbarói**. n. 37, p. 67-87, 2012.
- FREIRE, M. L; ALBERTO, M de F. P. Centro de Referência Especializada de Assistência Social: suporte organizacional para atuação do psicólogo. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. v. 16, n. 2, p. 167-182, 2013.
- FERNANDES, A. C; HAYES, R. D; PATEL, D. *Abuse and other correlates of common mental.* **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. v. 48, p. 515–523, 2013.
- FISHER, D. G. et al. *HIV Services Utilization in Los Angeles County, California*. **AIDS Behavior**. v. 14, p. 440–447, 2010.
- FERREIRA, C. L.; GALLO, H. *Pensamento Complexo: Reflexões sobre a vida contemporânea*. **Complexus** Instituto Superior de Engenharia Arquitetura e Design –

- CEUNSP, Salto-SP, ano. 1, n.1, p.01-22, março de 2010. Disponível em: www.engenho.info. Acesso em 22 jun.2015.
- ABRASCO. **Gastão Wagner: 'Excluir o direito à saúde é barbárie'**. Rio de Janeiro: 2016. Dsiponível em: <a href="https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/gastao-wagner-excluir-o-direito-a-saude-e-barbarie/17850/">https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/gastao-wagner-excluir-o-direito-a-saude-e-barbarie/17850/</a>. Acesso em: 26 de novembro de 2017
- FONSECA, R. M. G. S. da et al. *Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero*. **Acta Paulista de Enfermagem**. [online]. v. 25, n. 6, p. 895-901, 2012. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a11.pdf">http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a11.pdf</a>. Acesso em: 20 jun.2015.
- FRIEDMAN, M. S. et al. A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization among Sexual Minority and Sexual Nonminority Individuals. American Journal Public Health. v. 101, p. 1481–1494, 2011.
- FURNISS, T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia e intervenção legal integrados. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- GALVÃO, C.M; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. **Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem**. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2004;12(3):549-56.
- GIACOMELLO, Karina Jorgino; MELO, Luciana de Lione. *Do faz de conta à realidade:* compreendendo o brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência por meio do brinquedo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1571-1580, 2011.
- Goldenberg, M. (2003). *Novas famílias nas camadas médias urbanas*. In **Terceiro Encontro de Psicólogos Jurídicos**, Rio de Janeiro: EMERJ/ESAJ, pp. 18-26.
- GUERRA, V.N.A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia** revisitada. 3ª edição. São Paulo: Cortez; 1998.
- IBGE. **Cidades: Minas Gerais, Uberlândia.** 2010. Disponível em: <a href="http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=317020">http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=317020</a>. Acesso em: 22 jul.2015.
- .\_\_\_\_Brasil: Uberlândia MG. 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama. Acesso em: 18 de dezembro de 2017.
- JUNIOR, G.B.S. *Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará*. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 469-484, maio/ago. 2017.
- KVIST, T. et al. *The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry*. **Eur J Oral Sci** 2014; 122: 332–338.
- LEITE, J. T. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Rev Gaúcha Enferm**. 2016 jun;37(2):e55796
- LIMA, F. A. **Territórios de vulnerabilidade social: construção metodológica e aplicação em Uberlândia MG** /Dissertação de Mestrado. FilipeAntunes Lima.-2016. 148f.:

il.Disponível em:

https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/19449/1/TerritoriosVulnerabilidadeSocial.pdf

LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Publica; 28(9), 2012, p. 1749-58.

LOWENKRON, Laura. *O Monstro Contemporâneo: a construção social da pedofilia em múltiplos planos*. Rio de Janeiro: UFRJ/**Museu Nacional**/Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2012, 382 p.

MACHADO, C. L. et al. *Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal.* **Caderno de Saúde Publica**; v.31, n.2, p. 345-353, 2015.

MENDES, K.S; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: Métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, 14(4), p. 758-764, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

\_\_\_\_\_. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. São Paulo: **Revista Pesquisa Qualitativa**, 5(7), p. 01-12, 2017.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **CENSO SUAS: CREAS – Uberlândia, MG. 2017.** Disponível em:

https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/simulacao/status\_censo\_2017/relatorioDetalhado.php?user=&p\_ibge=3170206&p\_equipamento=CREAS). Acesso em: 13 de outubro de 2017.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS**. Gráfica e Editora Brasil LTDA. Brasilia. 2011. 120p

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. **Disque 100: Ouvidoria recebeu mais de 133 mil denúncias de violações de direitos humanos em 2016.** Disponível em: <a href="http://www.mdh.gov.br/noticias/2017/abrc/disque-100-recebeu-mais-de-131-mil-denuncias-de-violacoes-de-direitos-humanos-em-2016">http://www.mdh.gov.br/noticias/2017/abrc/disque-100-recebeu-mais-de-131-mil-denuncias-de-violacoes-de-direitos-humanos-em-2016</a>>. Acesso em: 23 de nov. 2017.

MORAIS, R. L. G. L. et al. *Ações de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência*. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, 2016. abr./jun. 8(2):4472-4486

MOREIRA, T. das N. F.; MARTINS, C. L.; FEUERWERKER, L. C. M.; SCHRAIBER, L. B. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e sociedade.** [online]. v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014.

MORIN, E. <b>Ciência com consciência</b> . 6ª ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2002. 350p.
O Método 5: A humanidade da humanidade. Porto Alegre: Sulinas, 2002. 312p.
Os 7 saberes necessários à educação do futuro. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/OMS. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra: Organização Mundial de Saúde. 2002.

.\_\_\_\_Fatores de risco e de proteção da violência sexual e da violência pelo parceiro intimo. In: Prevenção da violência sexual pelo parceiro intimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Washingtown, DC, 2010.

PÁDUA, E. M. M. Complexidade e meio ambiente: um estudo sobre a contribuição de Edgar Morin. In: PÁDUA, E. M. M; MATALLO JR, H. Ciências sociais, complexidade e meio ambiente: interfaces e desafios. Campinas: Papirus, 2008. 176p.

.\_\_\_\_Metodologia da Pesquisa: abordagem teórico - prática. 15ª ed. Campinas: Papirus, 2013. 128p.

.\_\_\_\_Metodologia da Pesquisa: abordagem teórico – prática. 18ª edição revisitada e ampliada. Campinas: Papirus, 2016.

PEDERSON; GROSSI. *O abuso sexual intrafamiliar e a violência estrutural.* 2011. In: **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. 1ed. Porto Alegre, Artmed, 2011.

PINHEIRO, LS; FORNARI, VL. *O papel do psicólogo nos casos de violência contra a criança e o adolescente*. In: AZAMBUJA, MRF; FERREIRA, MHM. **Violência sexual contra crianças e adolescentes.** Artmed, Porto Alegre, 2011, p. 261 – 285.

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA. Especialistas discutem violência sexual contra crianças e adolescentes. Disponível em:

<a href="http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/noticia/9758/especialistas\_discutem\_violencia\_sexual\_contra\_criancas\_e\_adolescentes.html">http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/noticia/9758/especialistas\_discutem\_violencia\_sexual\_contra\_criancas\_e\_adolescentes.html</a> >. Acesso em: 12 de ago.2015.

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA. **Uberlândia, uma história de muitos.** 2017. Disponível em: <a href="http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=97">http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=Conteudo&id=97</a> Acesso em: 27 de setembro de 2017.

PREFEITUA DE UBERLÂNDIA. **Secretaria**. 2017. Disponível em: <a href="http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/-1/822/secretaria.html">http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/-1/822/secretaria.html</a> Acesso em:28 de julho de 2017.

PREFEITURA DE UBERLÂNDIA. **Secretarias e órgãos: saúde.** Disponível em: http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/66/secretaria.html. Acesso em:

QUAGLIA, MC; MARQUES, MF; PEDEBOS, GL. *O assistente social e o atendimento a famílias em situação de violência sexual infantil.* In: AZAMBUJA, MRF; FERREIRA, MHM. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Artmed, Porto Alegre, 2011, p. 261 – 285.

R CORE TEAM. (2017). *R: A language and environment for statistical computing*. **R** Foundation for Statistical Computing, 2017. Vienna, Austria. Disponível em: https://www.R-project.org/. Acesso em: 16 de outubro de 2017.

ROCHA, P.K.; PRADO, M.L. *Violência infantil e brinquedo terapêutico*. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2006 set; 27(3):463-71.

SECRETARIA DA SAÚDE. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. **Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes.** São Paulo: SMS. 2007.

- SARAIVA, R.J et al. *Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil.* **Ciencia y enfermeria.** XVIII (1) 2012, p. 17-27.
- SAURET, G. V.; CARNEIRO, R. M.; VALONGUEIRO, S.; VASCONCELOS, M. G. L. de. *Representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência*. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** [online]. v. 11, n. 3, p. 265-273, 2011. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a07v11n3.pdf">http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a07v11n3.pdf</a>>. Acesso em: 20 jun.2015.
- SILVA JUNIOR, A.S.A.H. e ROSAS JUNIOR, J.R. *Violência Sexual contra crianças e adolescentes: conceitos-chave.* **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP**. Edição14. ISSN: 1983-2192. Marília, 2011, p. 145 160.
- SILVEIRA, R.C.C.P. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v. 8, p. 102-106, 2010.
- TALSMA, M. Facing suspected child abuse what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, 2015; 33: 21–26
- TRABBOLD, V. L. M. et al. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual / Concepciones sobre los adolescentes en situación de violencia sexual / Conceptions of adolescents in situations of sexual violence. **Psicol. soc. (Online)**; 28(1): 74-83, jan.-abr. 2016.
- URSI, E.S. *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
- VAN ROSMALEN-NOIJENS et al. "Young people, adults worries": RCT of na internet-based self-support method "Full the vibe" for children, adolescent, and Young adults exposed to family violence, a study protocol. **BMC Public Health**. v.13, 2013. 226p.
- VASCONCELOS et al. *Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio.* **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <a href="http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1\_html\_site/a04v11n1.htm">http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1\_html\_site/a04v11n1.htm</a>. Acesso em: 20 de janeiro de 2018.
- VELOSO, M. M. X. et al. *Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil.* **Ciência & saúde coletiva** [online]. v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/11.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/11.pdf</a>>. Acesso em: 20 jun.2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **One-day Orientation on Adolescents Living with HIV**. 2010. Geneva. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972\_eng.pdf.
- YOUNG L, T. H.; WILLIAMS, J.; NELSON-GARDELL, D. Family Victim Advocates: The Importance of Critical Job Duties. **Psicologia: Teoria e Pesquis**a Vol. 30 n. 4, Out-Dez 2014, pp. 393-400

ZAMBON, M. P. et al. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio.* **Revista de Associação Médica Brasileira**. [online]. v. 58, n. 4, p. 465-471, 2012. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a18.pdf">http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a18.pdf</a>>. Acesso em: 20 jun.2015.

# **APÊNDICES**

APÊNDICE A: Instrumento adaptado de (Ursi, 2005) para coleta de dados em artigos científicos.
1. Identificação
Título do artigo
Autores do artigo Ano de publicação do artigo
2. Características metodológicas do estudo
Objetivo ou questão de investigação
Metodologia
3. Resultados
4. Principais conclusões
5.Nível de evidência

# APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semiestruturada.

# **ENTREVISTA**

Data e	entrevista: Local:
I.	Identificação Iniciais do entrevistado: Idade: Função: Formação profissional: Tempo de atuação no CREAS:
II.	Questões norteadoras
	e é violência sexual para você?
• Cont	e-me, como as famílias chegam até o atendimento?
	o você descreve o atendimento que presta a estas crianças, adolescentes e suas as vitimizados pela violência sexual?
• O qu	e você acha deste atendimento em relação às potencialidades e fragilidades?

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido





#### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para e Desenvolvimento da Pesquisa em Enfernagem Avenido Sandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Sissal - CEP 14040-902 Fone: 65 16 3315-3382 - 30 16 3315 3381 - Fax: 55 16 3315.0518 www.cerp.sig.br - eepighap br

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa intitulada "Atendimento prestado à crianças e adolescentes vitimas de violência intrafamiliar sexual sob a ótica dos profissionais do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)" que tem por objetivo compreender os significados que os profissionais atribuem ao atendimento prestado no CREAS às crianças, adolescentes e suas familias em situação de violência sexual na cidade de Uberlândia. O projeto justifica-se em conhecer a importância do impacto deste atendimento na vida das crianças e adolescentes que são atendidas por este serviço.

A participação dos indivíduos voluntários no estudo se darão através de estimados 2 (dois) ou 3 (três) encontros com duração média de 1 (uma) hora, no próprio Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para entrevista e grupo focal, que serão agendados anteriormente para programação de disponibilidade do voluntário.

Haverá gravação de áudio das entrevistas individuais que posteriormente serão transcritas, sendo de grande importância para eficácia do projeto. Os grupos focais poderão ser filmados ou apenas gravados em áudio. Após a transcrição dos áudios, será entregue aos participantes da pesquisa o documento para analise da fala, e possível retirada de algum termo ou frase que o participante julgar necessário. O participante também poderá escolher o seu nome fictício para o uso na publicação da pesquisa.

Haverá pesquisa documental, com consulta aos prontuários (notificações de atendimento) do CREAS, contendo dados secundários, como: idade, sexo, escolaridade, motivo do primeiro atendimento, composição familiar, condições habitacionais da familia, convivência familiar e comunitária, situações de violência e violações de direitos, histórico de cumprimento de medidas socioeducativas, histórico de acolhimento institucional e familiar e planejamento e evolução do acompanhamento familiar, irão complementar a pesquisa, pois pode identificar e pontuar as características dos atendimentos prestados.

Em caso de necessidade, o contato com o pesquisador poderá ser por email luizafreitas@usp.br ou telefone: (34)99245-9076 e para contato com Comitê de Ética em Pesquisa da EERP o telefone é (16) 3315 9197, o horário de funcionamento do CEP (dias úteis, das 8h às 17h).

Esta Pesquisa foi aprovada pelo CEP/EERP-USP que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa.





#### Centro Colaborador da OPAS/DMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

#### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenda Banderranes, 3900 - Ribeido Preto - São Paulo - Brasé - CEP 14040-902 Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518 ever ane; pap br - eer-glupp br

A realização das entrevistas, não oferecem riscos à integridade física do participante voluntário, mas pode provocar um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor dos questionamentos.

Sua participação irá contribuir positivamente na discussão e analise de certos questionamentos no campo das políticas já existentes de prevenção e proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, implicando em um retorno à sociedade, com novas ideias e ações no campo das políticas sociais e de saúde em grande estância; e para a comunidade local de profissionais que trabalham com esta situação de violência, poder debater e compartilhar experiências que enriquecem a prática e principalmente, qualificar o cuidado prestado às crianças, adolescentes e suas famílias que foram vitimas de violência sexual, ousando promover saúde, prevenir agravos, para que a longo prazo, este fenômeno seja menos experienciado nas famílias e comunidades.

Não haverá despesas ao participante da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados (tornados públicos) em eventos científicos, na mídia, ou similares.

Sua participação é voluntária; com esclarecimento sobre a pesquisa a qualquer momento; a retirada do seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos, e a manutenção da sua identidade em segredo (garantia do anonimato ou sigilo da identidade), e não das informações fornecidas por ele relativas à pesquisa.

O participante voluntário terá direito de indenização, na ocorrência de danos relacionados à participação na pesquisa, pelo pesquisador, patrocinador e Instituições envolvidas, nas diferentes fases da Pesquisa.

O participante voluntário da pesquisa receberá uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), constando a assinatura do pesquisador.

Nome do participante voluntário da pesquisa:	
Assinatura do participante voluntário da pesquisa	
Assinatura pesquisador responsável	

# **ANEXOS**

ANEXO A – Modelo do Instrumento de Monitoramento Mensal Quantitativo do Serviço de Enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes, fornecido à SEDESE.

									onieB								
									sotnemednimeon3 (M) sobesileet								
							Mês:	Ano:	eb odməT (J) eb eionânemrəq on əsnəossəlobskeşneiro ogivrəs								
									(K) Data do Desligamento								
			tes	tes					eup ebsbišn3 (L) uodnimsone								
				s e Adolesce					sionêloi∀ eb smro∃(1)								
				tra Criança:		ESCENTE.			ebirło2 sionŝloiV (H)								
	SOCIAL	DA POLÍTICA PRÓ-CRIANÇA E ADOLESCENTE		Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes		CRIANÇA/ADOLESCENTE			əbsbinsloos∃ (ඩ)								
RAIS	MENT	IANÇA		oração		5	S	5	S			oxeS(A)					
IINAS GE	ENVOLVI	CA PRÓ-CR		so e Expl	ntitativo				10O(3)								
ADO DE MINAS GERAIS	O DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL	DA POLÍTI		ncia, Abu	ensal-Quantitativo				əbsbl (□)								
GOVERNO DO ESTA	4 DE ESTADO	COORDENADORIA ESPECIAL		ento à Violê	ramento Me		A/MG	mações:	eb oiqìoinuM (⊃) meginO								
GOVEF	SECRETARIA DE ESTAD	COORDENADO		le Enfrentam	Instrumento de Monitoramento M		Município: UBERLÂNDIA/MG	Responsável pelas informações	ebenin3 əb ese(1 (8)								
To the second	*			Serviço	Instrume		Município	Responsá	(A) etneoselobAleǫneitO								

								eosseq (H)  eup levèsnoqser  t egneinO edneqmose  oe etnesselobA  eteq opivies  otnemibnete					
			tes			s/ ano:		eb eoitzinetoereට (ඩ) silìmet					
		nças e Adolescen	ência, Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes			Mês/		ob ošgequoO (7) levėznogzer					
IAL	SCENTE		ual contra Cria		IA			ob əbsbi (3) ləvêznoqzər					
US LVIMENTO SOC	CRIANÇA E ADOLE		xploração Sex	vo	FAMÍLIA			əğm eb əbebl (□)					
DO DE MINAS GERAIS TADO DE DESENVOLV	IAL DA POLÍTICA PRÓ-CRIANÇA E ADOLESCENTE			to Mensal-Quantitati				neilimeł ebneR (O)					
GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL	COORDENADORIA ESPECIAL		Serviço de Enfrentamento à Vio	Instrumento de Monitoramento Mensal-Quantitativo		Município: UBERLÂNDIA/MG		ošoizoqmoO (8) reilimeł					
			Serviço o	Instrume		Município		(A) etneoselobAlsǫnsitO					

				tes					s moo ostanoo meT (b) erineoselobs uo egneire						
					dolescen				Mês/ ano:	obesilidesnoqeen io 7 (I)					
				anças e A					ošąequoO (H)						
		TE		Sexual contra Crianças e Adolescentes					oxes (නු)						
	TO SOCIAL	ADOLESCENT		ão Sexual					100(4)						
MIS	OLVIMEN	-CRIANÇA		Exploraç		ativo	VIOLADOR		əbsbl(3)						
GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOI V	DE DESENV	A POLÍTICA PRÓ		entamento à Violência, Abuso e Exploração	oneal Quantit	ensal-Quantit	Λ		ebsbirsloos∃ (□)						
DO ESTADO D	SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL COORDENADORIA ESPECIAL DA POLÍTICA PRÓ-CRIANÇA E ADOLESCE	COORDENADORIA ESPECIAL DA POLÍTICA PRÓ-CRIANÇA E ADOLESCENTE		nento à Violê		Monitoramento Mensal-Quantitativo		LÂNDIA/MG	ł oźibegorū (D) erżelożolA						
GOVERNO [	SECRETARI	COORDENADO		Enfr		de		UBER	nobeloi¥ (B)						
				Serviço de		Instrumento		Município:	sisioinl (A) estreoselobAlsonsitO						

# ANEXO B - Aprovação pelo Comitê de Ética



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atendimento prestado à crianças e adolescentes vitimas de violência intrafamiliar sexual sob a ótica dos profissionais do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Pesquisador: Luiza Araújo Freitas

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 57512316.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1,797.860

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de pendências

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de análise de pendências

Avaliação dos Riscos e Beneficios:

Trata-se de análise de pendências

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de análise de pendências

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as pendências foram sanadas

Recomendações:

Aprovar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902 UF: SP

Municipio: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

Página Ot de D3

# ANEXO C – Autorização da Secretaria de Desenvolvimento Social e do Trabalho e do CREAS, da cidade de Uberlandia (MG), para o desenvolvimento da pesquisa de Mestrado





UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Accord Banderonte, 2000 - Rosello Preto - Rito Perio - Steaf - CEF 14840-802 Fone 55 16 3315 2002 - 95 16 3315 3361 - Fax 56 16 3316 5510

Centre Celaborador da OPAS/ONS para o senvalvimento da Pesquisa em Enformagem

# AUTORIZAÇÃO DOS LOCAIS DE COLETA DOS DADOS

O Projeto de Pesquisa intitulado "Atendimento prestado à crianças e adolescentes vitimas de violência intrafamiliar sexual sob a ótica dos profissionais do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que será executado pela mestranda Luiza Araújo Freitas, portadora do CPF: 015803046-05, RG: 14 747869, n. USP: 9445204, sob a supervisão da orientadora Dra. Maria das Graças Bomfim de Carvalho, ambas pertencentes ao Programa de Saúde Publica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, solicitam a autorização do órgão/ instituição responsável para realização da coleta de dados de sua pesquisa, conforme está detalhado no Projeto.

Ribeirão Preto, 24 de maio de 2016.

Atenciosamente,

Luiza Araújo Freitas

10000016

Lucelaine Marques Nimes Clarv Conscienação CREAS 1

house maryor Fru

Prof. Dra. Maria das Graças Bomfim de Carvalho

Assinatura e carimbo do responsável pela Instituição da Coleta de dados