

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**

SANDRA RICARDO SILVA CARNEIRO

**UM OLHAR SOBRE O SISTEMA DE ATENDIMENTO Á
CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL INTRAFAMILIAR**

NITERÓI

2007

SANDRA RICARDO SILVA CARNEIRO

**UM OLHAR SOBRE O SISTEMA DE ATENDIMENTO Á
CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL INTRAFAMILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Nivia Valença Barros

Niterói

2007

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

C289 Carneiro, Sandra Ricardo Silva.

Um olhar sobre o sistema de atendimento à criança e adolescente vítimas de violência sexual intrafamiliar / Sandra Ricardo Silva Carneiro. – 2007.

xxx f.

Orientador: Nivia Valença Barros.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2007.

Bibliografia: f. xxx-xxx.

1. Abuso sexual contra a criança. 2. Violência familiar. 3. Violência doméstica. 4. Infância e adolescência – Política de proteção. I. Barros, Nivia Valença. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD 362.7

SANDRA RICARDO SILVA CARNEIRO

**UM OLHAR SOBRE O SISTEMA DE ATENDIMENTO Á
CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL INTRAFAMILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Aprovada em outubro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Nivia Valença Barros
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dra. Maria Euchares de Senna Motta
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Prof. Dra. Marise de Leão Ramôa
Universidade Castelo Branco

Niterói
2007

A Deus, **sempre** tão divino e misericordioso por ter me contemplado ao mesmo tempo com dois projetos de vida maravilhosos: meu filho Arthur e o mestrado.

Ao meu amado filho que desde o ventre dividiu sua mãe com os estudos e nunca deixou de recebê-la com o sorriso mais lindo que ela já viu. Obrigada filho, você me faz querer ir **sempre** além.

Ao meu querido marido e amigo Eduardo pelo apoio constante e irrestrito, pelas infundáveis provas de carinho e dedicação. Obrigada por acreditar em mim **sempre!**

A minha mãe e irmã **sempre** tão presentes na minha vida. Vocês são meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para a elaboração deste trabalho. De maneira particular quero agradecer:

À professora Nivia Valença Barros, minha orientadora, pelo acompanhamento, incentivo e pelas críticas enriquecedoras. Pessoa que soube respeitar um momento importante da minha vida e que hoje é para mim muito mais que uma professora, mas uma grande amiga.

À Professora Maria Euchares Motta, minha co-orientadora, pela suavidade e paciência que me proporcionaram calma e confiança.

Aos professores e professoras do mestrado pelo respeito e amizade. Em especial à professora Rita de Cássia Santos Freitas pelo incentivo e carinho de sempre.

A Professora e amiga Maylta Brandão, pelo companheirismo e o constante compartilhar de idéias sobre o tema;

Ao Hospital Universitário Antonio Pedro, ao Hospital Getulio Vargas Filho e à Fenase, pela gentileza em autorizar o trabalho de campo;

À minha tia Marleni, meu tio Maurício e minha prima Priscila, por acreditarem no meu potencial;

À minha amiga Mel pelo companheirismo e carinho;

À Roseli por cuidar do meu filho com carinho e dedicação;

Aos meus amigos e amigas do trabalho, em especial Ana e Érica, que compreenderam o meu mergulho nos estudos;

Às bolsistas do Projeto Observatório da Violência Social e Intrafamiliar contra a Criança e o Adolescente na Área de Saúde de Niterói;

Aos companheiros de turma do mestrado, principalmente aos amigos Leonardo, Natália Elizete e Renata pela amizade verdadeira;

À minha amiga Celeste pelas palavras de incentivo;

À Lúcia e Skel, da secretaria do mestrado, pela gentileza e amizade;

Às crianças, adolescentes da Fenase e Pastor Luiz Roberto, que oraram muito por mim. Valeu, deu certo, sempre dá!

"É melhor tentar e falhar,
que preocupar-se e ver a vida passar;
é melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias tristes em casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco,
que em conformidade viver ..."

(Martin Luther King)

RESUMO

Este trabalho visa estudar a violência sexual intrafamiliar em crianças e adolescentes no município de Niterói, Rio de Janeiro. Realizou-se uma pesquisa qualitativa e quantitativa, de cunho exploratório. Os dados da análise qualitativa foram obtidos em uma organização não-governamental a partir de relatos de crianças e adolescentes vitimizados pela violência sexual intrafamiliar; e os dados quantitativos, através das fichas de notificação compulsória em dois hospitais de referência do município, ambos importantes portas de entrada dos casos de violência sexual. Constatou-se que, dos 637 prontuários levantados no período de 2000 a 2005, no que diz respeito à violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, 94 envolviam violência sexual, sendo que 51,06% desses casos ocorreram no domicílio.

Palavras-Chave: Violência Sexual Intrafamiliar; Criança; Adolescente; Notificação.

ABSTRACT

This work aims to study the family sexual abuse in children and adolescents in the city of Niteroi, state of Rio de Janeiro. An exploratory qualitative and quantitative research was made. The data of the qualitative analysis has been gotten through a non government organization, through stories of children and adolescents, victims of family sexual abuse; and the quantitative data, through obligatory notification cards in two reference hospitals of the city, both important entrance doors of the cases of sexual abuse. It was evidenced among the 637 cases about violence against children and adolescents raised in the period from 2000 to 2005, in those two hospitals, 94 involved sexual abuses, being that 51.06% of those cases had occurred inside the domicile.

Key Words: Family Sexual Abuse; Child; Adolescent; Notification.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - TOTAL DE DENÚNCIAS BRASIL POR ANO	60
GRÁFICO 2 - PORCENTAGEM DE REGISTROS POR CATEGORIA DE VIOLÊNCIA NAS DENÚNCIAS CATEGORIZADAS – DDN 100 – JUNHO DE 2007	60
GRÁFICO 3 - TOTAL DE OCORRÊNCIAS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDAS NO HGVF E HUAP.....	90
GRÁFICO 4 - TOTAL DE CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF POR ANO.....	90
GRÁFICO 5 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF POR LOCALIDADE.....	91
GRÁFICO 6 - LOCAL DE OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF	94
GRÁFICO 7 - RESPONSÁVEIS PELAS NOTIFICAÇÕES DE ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF.....	99
GRÁFICO 8 - TOTAL DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF	102
GRÁFICO 9 - LOCALIDADE DA OCORRÊNCIA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF	103
GRÁFICO 10 - SUPOSTO PERPETRADOR DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF	104

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1 - O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL	53
TABELA 1 - SÍNTESE DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NOTIFICADA - BRASIL.....	17
TABELA 2 - SÍNTESE DE VIOLÊNCIA SEXUAL DOMÉSTICA NOTIFICADA	22
TABELA 3 - POPULAÇÃO DE 0 A 24 ANOS SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS - NITERÓI - 2000	74
TABELA 4 - IDH.....	75
TABELA 5 - POPULAÇÃO ALFABETIZADA.....	75
TABELA 6 - MÉDIA DE MORADORES POR DOMICÍLIO EM FAVELAS DE NITERÓI.....	77
TABELA 7 - ASSISTÊNCIA SOCIAL - SERVIÇOS	78
TABELA 8 - VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR PRONTUÁRIOS EXISTENTES NO I CONSELHO TUTELAR DE NITERÓI.....	81
TABELA 9 - SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO DO MUNICÍPIO	88
TABELA 10 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF POR SEXO E FAIXA ETÁRIA.....	92
TABELA 11 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF POR TIPO DE OCORRÊNCIA	94
TABELA 12 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF POR TIPO DE OCORRÊNCIA E IDADE.....	95
TABELA 13 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF POR PERPETRADOR.....	97
TABELA 14 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF POR PERPETRADOR E TIPO DE OCORRÊNCIA.....	98

LISTA DE SIGLAS

Abrapia	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência
Cedca	Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro
Claves	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Conanda	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
Crami	Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância
CRD	Centro de Referência Documental
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
Creas	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESCC	Matriz Intersetorial de Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes
HGVF	Hospital Getulio Vargas Filho
Huap	Hospital Universitário Antônio Pedro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Loas	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NPHPS	Núcleo de Pesquisa Histórica sobre Proteção Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-americana de Saúde
Pair	Programa Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro
Pestraf	Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual Comercial
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
SEDH	Secretaria Especial dos Direitos Humanos
Ses	Secretaria de Estado de Saúde
Sipani	Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SPDCA	Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente
Suas	Sistema Único da Assistência Social
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Usaid	Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	8
1.1 Violência doméstica / intrafamiliar contra criança e adolescente	12
2. A FAMÍLIA, PROTEÇÃO SOCIAL E A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.....	35
2.1 A contextualização histórica da criança na dinâmica familiar	39
2.2 Proteção social à infância no Brasil.....	41
2.3 O Estatuto da Criança e do Adolescente – A Doutrina da Proteção Integral	48
2.3.1 O Estatuto da Criança e do Adolescente – O Enfrentamento do Abuso Sexual	50
2.4 Políticas de Proteção Social na atualidade e o Plano de Enfrentamento à Violência Sexual contra Criança e Adolescente.....	52
3 A VIOLÊNCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CONTEXTO, PRÁTICAS E PREVENÇÃO.....	68
3.1 Trajetória metodológica: algumas inferências sobre a pesquisa	69
3.1.1 O contexto territorial pesquisado - Niterói	72
3.1.1.1 Atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência sexual no município de Niterói.....	78
3.1.1.2 Serviços de atendimento e Sistema Único da Assistência Social no município de Niterói.....	80
3.1.1.3 A Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói.....	84
3.2 A área da Saúde e a violência sexual contra crianças e adolescentes.....	87
3.3 A pesquisa na Fundação Evangélica de Assistência Social El-Shadai - Fenase	105
3.4 Prevenção dos casos de violência sexual contra criança e adolescente.....	113
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121

INTRODUÇÃO

A violência sexual praticada contra crianças e adolescentes no interior da própria família é um fenômeno recorrente nas sociedades ocidentais contemporâneas. No Brasil, graças a expressivas mudanças ocorridas no final do século passado, que culminou com profundas inovações na legislação e nas políticas públicas voltadas à população infanto-juvenil, o problema vem recebendo atenção crescente de diversos setores, tanto públicos quanto privados.

No exercício de nossa atividade profissional em uma instituição social (ONG) no município de Niterói, identificamos numerosos casos de violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Vimo-nos diante de meninas e meninos cujas vidas tinham sido fragilizadas e se encontravam sem perspectiva de reestruturação, pelo menos em futuro próximo. Alguns já tinham prontuário no Conselho Tutelar e outros estavam em atendimento na rede de serviços do município.

Com a expectativa de proporcionar àqueles meninos e meninas o melhor atendimento possível, dentro das circunstâncias de cada caso, começamos estreitando os laços com o Conselho Tutelar. Contudo, logo ficou patente a inexistência de um canal sistemático de troca de informações entre as duas entidades. Não eram poucas as barreiras, nem simples os entraves que impediam o acompanhamento dos

encaminhamentos do Conselho, a despeito dos esforços individuais de lado a lado para superá-los. Se a violência sexual contra crianças e adolescentes já mobiliza os profissionais que lidam com a situação, muito maior é a carga emocional quando o abuso se dá no interior da família. A situação torna-se ainda mais complexa quando se leva em conta que, sendo o atendimento desses casos necessariamente multiprofissional, não há como um profissional caminhar isolado dos outros, desconhecendo o conjunto das medidas que vão sendo progressivamente tomadas.

Foi assim que, diante de tantas indagações e em face da frustração causada pela impossibilidade de acompanhar aquelas crianças e jovens até que pudessem lidar de modo saudável com o drama a que foram submetidos (ou, minimamente, pelo menos enquanto estivessem sob a guarda da ONG), acabamos percebendo que através de iniciativas isoladas, levadas a cabo na prática do dia-a-dia, não seria possível dar conta da situação.

A rigor, o estudo proposto levanta uma questão paradoxal, uma vez que, desde a promulgação da lei 8.069/90¹, as políticas públicas de atendimento da criança e do adolescente já incluem um sistema de garantia de direitos razoavelmente complexo, que fornece lastro aos inúmeros serviços públicos voltados para o enfrentamento da questão em pauta. Ainda assim, o próprio sistema de atendimento não tem competência para dar conta de sua função. Embora disponha de uma estrutura altamente elaborada, não consegue fazê-la funcionar adequadamente.

Foi a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente que a família, o Estado e a sociedade foram encarregados de garantir os direitos infanto-juvenis. Políticas públicas pautadas no paradigma da *proteção integral* foram estabelecidas com um olhar voltado para o seu bem-estar. No entanto, a despeito das conquistas estabelecidas pelo ECA,

¹ Estatuto da Criança e do Adolescente.

ainda resta um longo caminho a trilhar no que diz respeito ao efetivo cumprimento dos direitos garantidos na lei.

O Estatuto reza: “É dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”² (BRASIL, 1990). Ainda assim, o sistema legal de proteção não consegue dar conta do vasto número de crianças e adolescentes que permanecem sendo vitimizados por uma das mais dramáticas formas de abuso, o abuso sexual, perpetrado dentro de seus próprios lares por seus entes mais próximos – e que diversas vezes chega aos hospitais e sequer é identificado e notificado. A questão de registros e notificações na área de saúde é um grave problema. O Brasil faz parte de um montante de países que não mantêm estatísticas oficiais sobre casos notificados de violência intrafamiliar contra criança e adolescente, principalmente a sexual, que é cercada de segredos e tabus, bem como não realiza estudos sistemáticos sobre incidência e prevalência do fenômeno – o mesmo podendo ser dito em relação a estatísticas e notificações acerca da violência.

Essa incapacidade de gerar números que serão base para formulação de políticas, atendimento adequado não só para a vítima como para todos os envolvidos na situação de violência, aponta para a necessidade de revisão urgente das diversas “engrenagens” desse sistema. Devido aos graves e duradouros danos causados a crianças e adolescentes pela violência sexual intrafamiliar, que geralmente ocorre em fases muito precoces de suas vidas, é imprescindível a revisão das atuais políticas de atendimento à infância e à juventude. Além de imprescindível, é, sobretudo, prioritário assegurar às vítimas um atendimento eficaz e, em cada caso, o encaminhamento adequado, capaz de lhes devolver – ou mesmo conceder e garantir, a bebês e a algumas crianças e jovens que são

² Art. 18.

abusados praticamente desde que nasceram – o direito de serem postos “a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”.

A articulação de serviços, em rede, se apresenta atualmente como alternativa para a garantia da universalidade dos direitos. A proposta da rede vem disseminando o conceito de ação integrada como forma de implantação de políticas públicas no campo social, devido a sua capacidade de potencializar e promover a complementaridade dos recursos disponíveis. A política pública traduzida em forma de rede, isto é, de um conjunto articulado de ações, pode ser tida como uma nova forma de fazer política. Foi com esse intuito que, no ano de 1998, criou-se a Rede Municipal de Atendimento Integrado à Violência Doméstica e Estrutural Contra Crianças e Adolescentes, posteriormente denominada Rede Municipal de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-Tratos e, atualmente, conhecida sob o nome de Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói. O município fez um ensaio desse tipo de articulação, na tentativa de minimizar a pluralidade de ações envolvidas no atendimento da criança e do adolescente oriundas da iniciativa dos órgãos de defesa de direitos: Juizado da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Ministério Público e Fórum DCA. Esses órgãos, motivados pela necessidade de evitar a duplicidade de procedimentos, minimizar a exposição e o sofrimento, e otimizar o atendimento de todos os tipos de violência contra a criança e o adolescente, buscaram articular suas ações através do estabelecimento de um fluxo planejado de atendimento. Entretanto, ficou evidente que não basta formular políticas ou engendrar articulações, uma vez que nem mesmo o planejamento de um fluxo estratégico conseguiu evitar as dificuldades operacionais observadas nos processos que circulam entre as instituições³.

³ O processo de implantação e manutenção da estrutura e funcionamento dos serviços articulados em rede constitui um grande desafio, cujo teor está fora do escopo deste trabalho.

Por exemplo, existem técnicos com uma visão restrita do problema, como aqueles que, frente a um caso detectado de abuso incestuoso, aceitam a punição do responsável como razão suficiente para o desfecho do caso. Falta uma visão mais ampla da complexidade do ato incestuoso: não basta que seja visto simplesmente como o ato de um indivíduo transgressor, mas sim, como um ato inserido num contexto histórico-social de violência endêmica, com profundas raízes culturais que se perpetuam ao longo dos anos. Desse modo, qualquer que seja a medida relativa à transgressão, ela não esgota a questão, pois o que importa é a essência da transgressão, que no caso do incesto é aquilo que o define como tal: “Toda atividade de caráter sexual, implicando uma criança de 0 a 18 anos e um adulto que tenha para com ela seja uma relação de consangüinidade, seja de afinidade ou de mera responsabilidade” (AZEVEDO E GUERRA, 1989, p.8). Como fica evidente em situações como a deste exemplo, não é somente a correta tramitação dos documentos relativos ao caso que garante sua boa resolubilidade.

Reiteramos, portanto, que o atendimento da criança ou o adolescente vitimizados e de suas famílias não se limita à punição do agressor. Até porque esse atendimento, muitas vezes, inclui o agressor. No entanto, existe uma concepção jurídico-policia, repressiva e punitiva da resolubilidade da violência sexual que dá por concluído o processo quando se consegue punir o agressor. A consequência da violência sexual para a vítima, para sua família e até mesmo para o próprio agressor é a negligência e o descuido com a defesa de seus direitos e o com atendimento que lhes é dado. Seus sofrimentos são muitas vezes desconsiderados, descuidados, desatendidos ou mal atendidos. A presente pesquisa comprova essa afirmativa, sobretudo quando analisamos

as fichas de notificação compulsória do SUS⁴, que não refletem a realidade do que vem acontecendo com as crianças e adolescentes dentro de seus lares. O que reflete é a ausência de uma intervenção incisiva e ágil com o objetivo de proteger e tratar a vítima da violência, preservar o núcleo familiar e gerar dados para que estes possam subsidiar políticas públicas. É importante ter claro que estas se apóiam em informações como insumo básico para o seu desenho, acompanhamento, avaliação de impactos e de resultados e eventuais correções de curso.

A pesquisa quer mostrar que os registros devem ser efetivos. As notificações devem ser conduzidas no sentido de estabelecer integração entre os serviços do atendimento, para assim cessar o ciclo da violência. Caso contrário, podem ocasionar a revitimização, ou seja, tornam a submeter a vítima a situações penosas e constrangedoras ou, até mesmo, a novos abusos.

Assim, após percebermos que muitas crianças e adolescentes vítimas da violência sexual intrafamiliar e suas famílias nem sempre são conduzidos ao sistema de garantia de direitos após serem atendidos nos hospitais; e que foi necessário uma mudança de foco no setor de psicologia da ONG estudada para tentar dar um suporte, um atendimento àquelas crianças e adolescentes que não encontraram no município uma resposta para suas necessidades de atendimento, resolvemos fazer um estudo tendo como campo dois representantes da saúde e um da assistência, que são o Hospital universitário Antônio Pedro, o Hospital Getulio Vargas Filho e a FENASE, para observarmos como vêm se articulando os serviços nestas áreas, tendo como objeto a violência sexual contra crianças e adolescentes. Estudamos a face oculta da violência que acontece nos lares, paralelamente à face que pode ser desvelada quando chega aos hospitais e é identificada e notificada.

⁴ Sistema Único de Saúde.

Desse modo, visando proporcionar algum tipo de subsídio para a elaboração de políticas públicas de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual intrafamiliar no município de Niterói, procedemos a este trabalho, que se estrutura da seguinte forma:

No primeiro capítulo, intitulado Violência Intrafamiliar contra Criança e Adolescente, realizamos uma revisão bibliográfica do tema.

No segundo capítulo, sob o título A Família, Proteção Social e a Violência Intrafamiliar contra a Criança e o Adolescente, apresentamos uma discussão com autores expressivos que trabalham a temática, bem como tratamos da nova organização familiar e da proteção social na atualidade, através de várias ações de enfrentamento da violência sexual contra a criança e o adolescente que tiveram como ponto de partida o Plano Nacional de Enfrentamento a Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.

Com o terceiro capítulo, fazemos uma incursão na temática em sua forma empírica, onde apresentamos o desenho metodológico da pesquisa, bem como os resultados, sua análise e a conclusão do trabalho. Acreditamos que o tema deve ser objeto de futuras investigações para constituição e formulações de políticas públicas que venham a equacionar esta problemática, que mostra a face mais cruel de uma sociedade na qual as famílias silenciam a violência.

A pesquisa realizada nas instituições da área de saúde foi feita com base no banco de dados do projeto Observatório da Violência Social e Intrafamiliar da Área de Saúde de Niterói⁵.

⁵Coordenado pela Prof. Dra. Nívia Valença Barros, parte do Observatório de Violações de Direitos, coordenado pela Prof. Dra. Rita de Cássia Santos Freitas, que conta com o apoio do CNPq.

1 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A violência é um fenômeno que se desenvolve e se dissemina nas diversas esferas das relações sociais e interpessoais, cujo estudo tem sido ampliado em termos de reflexões e pesquisas. A reflexão mais aprofundada sobre a violência pressupõe o reconhecimento de sua complexidade, e exige uma compreensão ampla, em termos objetivos e subjetivos.

Concretamente, a violência é expressa por indivíduos, grupos, classes e instituições através de métodos ou formas de coerção e aniquilamento direto ou não, visando conquistas ou retenção do poder. No entanto, a violência não pode ser identificada apenas como uma “praga” que paira sobre a sociedade: “A violência existe ao nível das relações sociais e é parte constituinte da própria natureza desta sociedade cujo universo de representações não só expressa como produz a desigualdade e a diferença”. (VELHO, 1999, p.148)

Os aspectos multicausais da violência demandam, além do conhecimento específico de suas determinantes, que se observe e considere o tempo, o espaço, os grupos atingidos, a gravidade, as representações e os contextos objetivo e subjetivo que circunscrevem esta séria questão social.

Dentre as diversas tentativas de conceituar violência destacamos que segundo a Organização Mundial da Saúde, a violência consiste no:

“(...) uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. (OMS, 2002, p.5)

Além de conceituar a violência, a OMS (2002) também caracteriza quem a comete:

- Violência dirigida a si mesmo (auto-infligida) – quando o indivíduo comete suicídio ou comete abuso contra si mesmo.
- Violência interpessoal – apresenta-se de duas formas distintas: uma voltada para a família ou parceiros próximos, que geralmente é cometida entre os familiares, como o abuso contra a criança e o idoso. E a violência comunitária, que acontece entre indivíduos sem qualquer ligação de parentesco que se envolvem em situações como estupro por estranhos, violência contra o jovem ou ainda ações violentas em instituições como prisões, asilos, escolas.
- Violência coletiva – esse tipo de violência é cometido por grupos de pessoas ou pelo próprio Estado, e divide-se em: violência social (ex.: terrorismo); violência política (ex.: guerras); violência econômica (ataques de grupos maiores tendo como motivação o ganho econômico, tais como ataques realizados com o objetivo de fragmentar a economia).

Atualmente, a violência está sendo reconhecida não só como uma importante questão social, mas também como um problema de saúde pública, devido ao impacto negativo que causa no desenvolvimento da criança⁶. A Sociedade Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligência na Infância (Sipani)⁷ aponta que 12% dos 55,6 milhões de crianças brasileiras menores de 14 anos são vítimas, anualmente, de alguma forma de violência doméstica. Por ano, 6,6 milhões de crianças são agredidos, o que corresponde à média de 18 mil crianças atacadas por dia, 750 por hora, ou 12 por minuto. Esta questão social torna-se mais séria ao se pensar que estes dados não

⁶ GONÇALVES & FERREIRA, 2002; POLANCZIK, ZAVASCHI, BENETTI, ZENKER, GAMMERMAN, 2003.

⁷ Ver: <<http://www.zeroaseis.org/artigos/artigos4.htm>>. Acesso em: 29 de agosto de 2007.

refletem o contexto mais amplo das situações relativas à violência, pois muitas práticas abusivas e violentas contra criança e adolescente sequer são denunciadas, registradas ou notificadas.

“Em todo o mundo, a falta de dados sobre a violência contra as crianças é crônica, o que compromete a compreensão do problema e que se tomem medidas. Por isso, os números disponíveis ficam, por certo, muito aquém da dimensão do problema”. (OMS, 2002)

O grande impacto na infância e na adolescência pode ser verificado através do expressivo número de mortes que as diversas modalidades de violência provocam nessas faixas etárias. No Brasil, de acordo com dados do Unicef, acidentes e agressões são a principal causa de morte de crianças de 1 a 6 anos, respondendo por quase $\frac{1}{4}$ dos óbitos.

“Dados da OMS revelam que perto de 53.000 crianças dos 0-17 anos de idade foram vítimas de homicídio em 2002” (OMS, 2002). Embora haja carência de estudos de casos não-fatais no nosso meio, em geral “ocultados” pelas não-notificações e registros, alguns serviços que prestam assistência às vítimas chamam atenção não apenas para a ocorrência, mas também para as graves conseqüências que a violência traz às crianças e adolescentes, sejam elas diretas ou indiretas.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 1993) considera que o setor Saúde é o ponto para onde convergem todas as conseqüências da violência. Nas últimas duas décadas, estudos oriundos do setor têm se somado aos advindos de serviços de segurança pública no país, apontando que a violência contra crianças e adolescentes, freqüentemente praticada no ambiente familiar, estava escondida, pouco chegando ao domínio público.

Mesmo que as violências cometidas contra criança e adolescente não ocorram devido ao “uso intencional da força física ou do poder real”, e que nem sempre o

perpetrador de atos violentos tenha plena consciência da violência embutida em seu comportamento (como acontece com a punição física infligida por alguns pais com o intuito de educar o filho), ainda assim tais atos podem gerar consequências graves e duradouras.

Estudos e pesquisas⁸ discutem a positividade da violência, que pode ser vista como um processo capaz de romper com situações opressivas e estagnadas, com o estabelecido. O que sob muitas óticas pode ser considerado como um “ato violento”, pode ser, sob outras perspectivas, considerado como resistência, coragem e até mesmo um ato revolucionário. No caso da violência contra criança e adolescente a abordagem, em geral, indica o descompasso entre as diferenças de poder e de inserção social dos atores envolvidos.

A violência não é um fenômeno social exclusivo de nossa época. Ao contrário, se constitui em expressões socioculturais construídas ao longo da história. Tais expressões configuram-se em relações de poder que são, implícita ou explicitamente, permeadas por amplas e complexas questões como as de gênero, de definição de papéis, de raça/etnia, entre outras. Muitas vezes, é na medida em que a violência se manifesta de modo dramático e incômodo que se abre a possibilidade de lhe dar visibilidade, para construir estratégias de mobilização da sociedade e, levando tais fatos à opinião pública, propor e exigir mudanças.

⁸ Ver: Rifotis, 1997; Diógenes, 1998; Zaluar, 1999.

1.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA / INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é uma das faces da violência e uma grave questão social que vem se perpetuando ao longo dos anos. Até pouco tempo, eram sufocadas temáticas que envolvessem situações referentes à família, considerada como “algo sagrado” que ninguém poderia questionar – ninguém poderia interferir no relacionamento estabelecido entre os pais para com os filhos. Os responsáveis pelas crianças e adolescentes eram vistos como únicos e verdadeiros guardiões e, nesta relação, toda situação de violência, caso ocorresse, era justificada à sociedade como algo bom para a vida da criança, como forma de educar.

“A história da infância é um pesadelo do qual recentemente começamos a despertar. Quanto mais regressamos na história, mais reduzido o nível de cuidado com as crianças, maior a probabilidade de que houvessem sido assassinadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas sexualmente”. (DEMAUSE⁹ apud GUERRA, 2001, p.53)

A violência perpetrada dentro do lar constitui um processo em que a criança é submetida ao adulto de forma a se estabelecer uma cristalização do *modus vivendi*. Propicia-se, assim, o emergir de um desenvolvimento de papéis tendo como modelo relações violentas e de submissão entre pais/adultos e filhos/criança:

“Todo ato ou omissão praticado por pais ou responsáveis contra crianças e adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica de um lado uma transgressão de poder/dever de proteção de adulto e, de outro lado, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito da criança e do adolescente de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento”. (AZEVEDO & GUERRA, 1989, p.11)

⁹ DEMAUSE, L. (ed). The History of childhood. Nova York, Harper Torchbooks, 1975

Nas últimas décadas, tem havido no país grande interesse pela investigação e pelo estudo do fenômeno da violência que afeta a infância, em especial da violência intrafamiliar contra criança e adolescente.

A compreensão de que a violência contra crianças e adolescentes é um problema médico-social é recente entre os profissionais de saúde. Na década de 1940, nos Estados Unidos, os trabalhos do radiologista Caffey (1946) foram considerados “inadequados” pelos colegas de medicina por falar em Síndrome da Criança Espancada. Somente nos anos 1960 o pediatra Henry Kempe criou o termo Síndrome da Criança Maltratada, abrindo espaço para estudos das violências cometidas por adultos¹⁰. Kempe (1979) descreveu em seus estudos o tratamento violento a que crianças e adolescentes vinham sendo submetidos, especialmente no seio familiar. Ao tratar deles, deparou-se com corpos ainda muito jovens e frágeis e já marcados por múltiplas fraturas consolidadas, cicatrizes e outras lesões. A partir de então, o reconhecimento da violência contra a criança alcançou uma nova dimensão, a de um fenômeno de responsabilidade social, jurídica e em especial, da saúde física e mental. Ou seja, tornou-se um problema de tal magnitude que não pode ser pensado sem seu mais grave desdobramento, a morte:

“A violência é um problema da sociedade, que desde a modernidade o tem tratado no âmbito da justiça, da segurança pública, e também como objeto de movimentos sociais. No entanto, dois fortes motivos tornam o assunto preocupação da área de saúde. O primeiro, porque, dentro do conceito ampliado de saúde, tudo o que significa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade da existência, faz parte do universo da saúde pública. Em segundo lugar, a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde e freqüentemente produz a morte”. (MINAYO & SOUZA, 1999, p.11)

As diversas modalidades de violência contra a criança e o adolescente e os efeitos causados têm adquirido maior repercussão, e sua importância reconhecida como

¹⁰ Ver: PIRES, 1999.

uma grave questão social, principalmente a partir do crescente número de denúncias feitas e das ações de algumas instituições especializadas do país, criadas por profissionais da área da saúde, educação e assistência a partir da década de 1980. A violência contra a criança e o adolescente pode se apresentar de algumas formas (TABELA 1) entre elas:

- Violência Física: “Qualquer ação, única ou repetida, não acidental (ou intencional), cometida por um agente agressor adulto (ou mais velho que a criança ou o adolescente), que provoque conseqüências leves ou extremas como a morte.” (CLAVES¹¹)
- Violência Psicológica: “É o conjunto de atitudes, palavras e ações dirigidas para envergonhar, censurar e pressionar a criança de forma permanente. Ameaças, humilhações, gritos, injúrias, privação de amor, rejeição, etc.” (CRAMI-Campinas¹²)
- Negligência: “Privar a criança de algo de que ela necessita, quando isso é essencial ao seu desenvolvimento sadio. Pode significar omissão em termos de cuidados básicos como: privação de medicamentos, alimentos, ausência de proteção contra inclemência do meio (frio / calor).” (CLAVES)
- Vitimização¹³ Sexual: “Entendemos todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa”. (AZEVEDO E GUERRA¹⁴ apud GUERRA, 2001)

Em relatório anual sobre a Situação Mundial da Infância de 1996, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) chamava atenção para o fato de que, enquanto a década de 1980 teve uma maior preocupação com a sobrevivência infantil, a década de 1990 configurava-se como uma “década pelos direitos da criança”¹⁵. De fato, apesar de

¹¹ Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde.

¹² Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância.

¹³ A vitimização acontece no contexto das relações interpessoais adulto-criança, em conformidade com relações de poder e hierárquicas, de objetualização da criança, que passa a ser submetida aos desejos do adulto, suprimindo-a enquanto sujeito, sendo coagida, aprisionada e mantida pelo medo. Ocorre no contexto doméstico, e independe de classe social. Já a vitimação ocorre quando a criança tem seus direitos básicos violados cotidianamente, como os direitos à vida, escola, saúde, alimentação, situação característica das desigualdades sociais e da pobreza, considerada violência social.

¹⁴ AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A.; VAICIUNAS, N. O Incesto ordinário: a vitimização sexual doméstica da mulher-criança e suas conseqüências psicológicas. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez, 1997.

¹⁵ Unicef, 1996.

ter sido nos anos 1980 que o tema da violência entrou com maior força no campo da saúde na sociedade ocidental, foi a partir da década de 1990 que esse envolvimento começou a consolidar-se no Brasil com a entrada em vigor do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A criança “traz em potencial uma vasta gama de possibilidades renovadoras, ainda que a sociedade opere predominantemente com padrões de repetição¹⁶”. Damázio (1991) ao conceituar a infância, diz que a criança é um ser que requer cuidados específicos, depende do adulto para sobreviver, mas que não pode ser considerada inferior e desprovida de vontades e direitos. O adulto explora o poder que tem sobre a criança originando relações interpessoais hierarquicamente assimétricas, marcadas por desigualdade e subordinação no contexto familiar¹⁷. A violência intrafamiliar possui pouca transparência e tem na família o seu principal protagonista. Segundo Kaloustian (1988), a família é o lugar indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais. Petrini (2003) acrescenta que, no decorrer da evolução histórica, a família permanece como matriz do processo civilizatório, como condição para a humanização e para a socialização das pessoas. A educação bem-sucedida da criança na família é que vai servir de apoio à sua criatividade e ao seu comportamento

¹⁶ Id, *ibid*, p.21

¹⁷ KOLLER, 1999.

produtivo quando for adulta. Porém, a família pode ser também o espaço de maior vulnerabilidade e desproteção quando se trata da violência sexual intrafamiliar.

TABELA 1 - SÍNTESE DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NOTIFICADA - BRASIL

ANO	MODALIDADE DE VDCA* - INCIDÊNCIA PESQUISADA											
	VIOLÊNCIA FÍSICA		VIOLÊNCIA SEXUAL		VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA		NEGLIGÊNCIA		VIOLÊNCIA FATAL		TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	
	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%
1996	525	44,0%	95	8,0%	0	0,0%	572	48,0%	0	0,0%	1.192	100,0%
1997	1.240	60,1%	315	15,3%	53	2,6%	456	22,1%	0	0,0%	2.064	100,0%
1998	2.804	22,2%	578	4,6%	2.105	16,7%	7.148	56,6%	0	0,0%	12.635	100,0%
1999	2.620	39,3%	649	9,7%	893	13,4%	2.512	37,6%	0	0,0%	6.674	100,0%
2000	4.330	38,9%	978	8,8%	1.493	13,4%	4.205	37,7%	135	1,2%	11.141	100,0%
2001	6.675	32,9%	1.723	8,5%	3.893	19,2%	7.713	38,1%	257	1,3%	20.261	100,0%
2002	5.721	35,8%	1.728	10,8%	2.685	16,8%	5.798	36,3%	42	0,3%	15.974	100,0%
2003	6.497	31,3%	2.599	12,5%	2.952	14,2%	8.687	41,9%	22	0,1%	20.757	100,0%
2004	6.066	31,0%	2.573	13,2%	3.097	15,8%	7.799	39,9%	17	0,1%	19.552	100,0%
2005	5.109	26,5%	2.731	14,2%	3.633	18,9%	7.740	40,2%	32	0,2%	19.245	100,0%
2006	4.954	26,7%	2.456	13,2%	3.501	18,9%	7.617	41,1%	17	0,1%	18.545	100,0%
2007	2.940	25,1%	1.057	9,0%	2.285	19,5%	5.422	46,3%	10	0,1%	11.714	100,0%
TOTAL	49.481	31,0%	17.482	10,9%	26.590	16,6%	65.669	41,1%	532	0,3%	159.754	100,0%

* VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE
 FONTE: A PONTA DO ICEBERG. LACRI/USP- 2007

1.2 VIOLÊNCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

As práticas sexuais entre adultos e crianças são bem antigas. Na Idade Média não havia sequer a consciência da particularidade infantil nem da sua diferenciação do adulto, que surge na era Moderna. Especialmente, nos séculos XVIII e XIX, torna-se central a preocupação com a sexualidade infantil e com a relação entre comportamento sexual, saúde e normalidade. O espaço privado estava sendo definido, uma nova relação com a criança se estabelecia, e apontava-se para o desenvolvimento do sentimento da infância e para a estruturação da família nuclear burguesa¹⁸.

A menção ao sexo em discursos a partir do século XVIII tomou como importante foco a sexualidade das crianças e dos adolescentes (Junqueira, 1998). Concomitantemente, foi erigida uma ciência sexual que definia a sexualidade como um campo passível de processos patológicos e que tratava mesmo perversões menores como alvo de condenações judiciais: o saber a respeito do sexo permitia disciplinar os corpos e a população¹⁹.

Ao tratarmos da sexualidade infanto-juvenil como um processo constituinte da vida deste segmento social, o diferenciamos da violência sexual contra a criança e o adolescente, que é um fenômeno histórico-social e sustentado por uma cultura milenar adultocêntrica e falocêntrica.

“Os abusos sexuais se definem como implicação de crianças e adolescentes, dependentes e imaturos quanto ao seu desenvolvimento, em atividades sexuais que não compreendem plenamente e para as quais são incapazes de dar consentimento informado. Deste modo, violam os tabus sociais e os papéis familiares. Isto

¹⁸ Ver: ARIÈS, 1981, DONZELOT, 1986.

¹⁹ FOUCAULT, 1979.

inclui a pedofilia, a violação (estupro) e o incesto”. (RUTH, S. Y., KEMPE C., HENRY²⁰ apud COSTA, 1997, p.120)

A violência sexual contra criança é um tema bastante discutido atualmente. É uma questão polêmica e de difícil trato, não só por suas conseqüências traumáticas, mas também pela inexistência de um consenso sobre a sua definição. Existe uma indefinição com relação à delimitação do fenômeno e considerável variedade nos critérios adotados. Estas imprecisões abrangem outras questões conceituais como o caráter decisional, o caráter de interdição, entre outros importantes aspectos.

A orientação sexual, o uso da criança para obtenção de satisfação e a imposição, além do fato do abuso sexual nem sempre envolver contato sexual direto ou penetração e exploração são alguns dos aspectos também considerados de extrema relevância. No entanto, na caracterização da violência sexual contra crianças há aspectos consensuais entre os diversos autores, como é o caso da opressão do agressor sobre a vítima, aspecto comum observado nas definições:

“Ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utiliza-la para obter excitação sexual e prática eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.51)

“Falta de consentimento da criança/adolescente na relação com o adulto. A vítima é forçada fisicamente ou coagida verbalmente a participar da relação, sem ter necessariamente a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo. A sedução de ‘menores’ entra nessa categoria, pois o afeto do adulto é usado como isca para um relacionamento sexual, sem que o ‘menor’ tenha condições adequadas de avaliar este processo”. (GAUDERER²¹ apud COSTA, 1997, p.112)

“(…) situação que uma criança ou adolescente é usado para gratificação de um adulto ou mesmo de um adolescente mais

²⁰ KEMPE, Ruth, S; U KEMPE C., HENRY: Ninos Marltratados, Ediciones Morata, Madrid, 1979.

²¹ GAUDERER, C. Sexo e sexualidade da criança e do adolescente. Ed. Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro, 1996.

velho, baseado em uma relação de poder e incluindo desde manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, ‘voyeurismo’, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência”. (COSTA, 1997, p.110)

“Qualquer ato sexual ou tentativa de ato sexual não desejado ou atos para traficar a sexualidade de uma pessoa, utilizando coerção, ameaças ou força física, praticados por qualquer pessoa, independentemente de suas relações com a vítima, em qualquer cenário, incluindo, mas não limitado ao do lar ou do trabalho”. (OMS, 2001)

Um ponto que merece destaque para a compreensão da violência sexual intrafamiliar diz respeito a sua tipicidade (COSTA, 1997, p.111):

Sem contato físico:

- Voyeurismo – “observação” de nudez total ou parcial de uma criança/adolescente por um adulto (geralmente a partir de um posto secreto de observação);
- Exibicionismo – exposição intencional a uma criança do corpo nu de um adulto ou partes dele;
- Telefonemas obscenos – são telefonemas em que ofensas de natureza sexual mesclam-se com convites explícitos e implícitos;
- Abuso verbal – são diversos os tipos de abuso verbal, como as discussões abertas sobre atos sexuais destinadas a despertar o interesse da criança/adolescente ou chocá-la;
- Pornografia – Prostituição infantil, isto é, exploração sexual de crianças/adolescentes para fins econômicos.

Com contato físico:

- Atos físico-genitais – “passar a mão”, coito (ou tentativa de), manipulação de genitais, contato oral-genital e uso sexual do ânus;
- Sedução – é quando há penetração vaginal sem uso de violência, em adolescentes virgens de 14 a 18 anos incompletos;
- Estupro – é a situação em que ocorre penetração vaginal com uso de violência ou grave ameaça, sendo a violência presumida em crianças e adolescentes de até 14 anos. No caso da penetração anal, que ocorre em ambos os sexos, vários movimentos da sociedade civil organizada defendem que legalmente também seja considerada estupro.
- Incesto – como atividade sexual entre criança/adolescente e seus parentes mais próximos (de sangue ou de afinidade), pode ser tipificado em atentado violento ao pudor, corrupção de menores, sedução e estupro.

A violência sexual intrafamiliar contra a criança e o adolescente é mais freqüente do que se imagina (TABELA 2) e, normalmente, envolve a família inteira. Na maioria das vezes é praticada contra uma criança ou adolescente do sexo feminino por alguém que esta conhece, que faz parte do seu convívio mais direto, ou seja, pai, padrasto, tio, avô ou alguém íntimo da família.

“O abuso sexual supõe uma disfunção em três níveis: o poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco); a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor); e o uso delinqüente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo indivíduo tem de propriedade sobre seu corpo”. (GABEL, 1997, p.10).

Nos últimos anos tem se ampliado a notificação de meninos vítimas da violência sexual. De acordo com dados do Centro de Atendimento de Grupos Vulneráveis, no ano de 2006 foram registrados 69 casos de abuso sexual cometidos contra crianças e adolescentes, dos quais 10 vítimas eram do sexo masculino. Já no de 2007, até o mês de julho houve 23 ocorrências, das quais 2 eram de abuso sexual contra meninos.

TABELA 2 - SÍNTESE DE VIOLÊNCIA SEXUAL DOMÉSTICA NOTIFICADA

ANO	VIOLÊNCIA SEXUAL						TOTAL	
	MASCULINA		FEMININA		SEM INFO			
1996	8	8,4%	68	71,6%	19	20,0%	95	100,0%
1997	7	2,2%	80	25,4%	228	72,4%	315	100,0%
1998	18	3,1%	174	30,1%	386	66,8%	578	100,0%
1999	113	17,4%	536	82,6%	0	0,0%	649	100,0%
2000	192	19,6%	786	80,4%	0	0,0%	978	100,0%
2001	350	20,3%	1.373	79,7%	0	0,0%	1.723	100,0%
2002	326	18,9%	1.402	81,1%	0	0,0%	1.728	100,0%
2003	522	20,1%	2.077	79,9%	0	0,0%	2.599	100,0%
2004	589	22,9%	1.984	77,1%	0	0,0%	2.573	100,0%
2005	602	22,0%	2.129	78,0%	0	0,0%	2.731	100,0%
2006	677	27,6%	1.779	72,4%	0	0,0%	2.456	100,0%
2007	251	23,7%	806	76,3%	0	0,0%	1.057	100,0%
TOTAL	3.655	20,9%	13.194	75,5%	633	3,6%	17.482	100,0%

FONTE: A PONTA DO ICEBERG. LACRI/USP – 2007

Segundo Saffiotti (1989), os maiores perpetradores da violência sexual são do sexo masculino, frequentemente pai ou padrasto. Essa afirmação é corroborada através dos dados da APAV/SES-RJ de julho de 1999 a julho de 2002, que também apontaram o pai e o padrasto como os maiores agressores incluindo o tio.

Em geral, a violência sexual dá-se em um contexto dissimulado, em que são encobertas as práticas sexuais. Existem, segundo Costa (1997), aqueles que consideram rara a utilização da força física, afirmando que todo o processo começaria de forma bastante “inocente” e “sedutora”. Estudos²² apresentam uma rotina previsível da dinâmica da violência sexual onde o perpetrador pode iniciar suas ações com “brincadeiras infantis” estimulando que lhe seja feita, ou ele próprio faça, exposição do corpo e evolua para outras formas de contato, depois consegue a

²² Ver: SGROI, 1992, QUIMARÃES, 2004.

aproximação da criança ou adolescente através de estratégias de sedução, recompensa ou, de forma mais rara, com o uso da força física e de ameaças. Estas fases sugeridas podem estar entrelaçadas e se constitui na forma que os perpetradores da violência sexual planejam e praticam seus atos. Estas fases, segundo SGROI, 1992, são pontuadas gradualmente da seguinte forma: fase de envolvimento, fase de interação sexual, fase de sigilo, fase de revelação e fase de supressão ou negação:

- Fase do envolvimento - o perpetrador começa a se envolver nesta relação com pensamentos ou desejos por crianças ou adolescentes. Na maioria das vezes o primeiro encontro é acidental, todavia é provável que o agressor aguarde ou crie oportunidades para conseguir interação reservada com a criança posteriormente. O perpetrador começa a conquistar a vítima através de jogos e brincadeiras, com um prévio planejamento de como conseguir mais acesso à criança. O perpetrador compromete a criança, e faz com que a mesma participe do comportamento sexual geralmente de forma voluntária, onde possivelmente apresenta atividade como se fosse uma brincadeira divertida. Ele procura conhecer o que agrada à criança, e faz com que ela participe de alguma atividade. Talvez ofereça subornos. Quase sempre a oportunidade de participar de alguma atividade com o adulto que ela aprecia e estima é elemento suficiente para ela.
- Fase da Interação Sexual – O perpetrador inicia a violência sexual. A criança se confunde pelas conquistas anteriores (carinhos, carícias, afeição, presentes), e começa a criar um sentimento maior de ambivalência. Esta fase de interação acontece de forma progressiva desde a exposição à carícia até alguma forma de penetração.
- Fase de Sigilo – após a iniciação da criança em qualquer forma de comportamento sexual, entra na fase de sigilo, sendo esta uma tarefa primordial do perpetrador, posteriormente ao contato sexual. O sigilo elimina a responsabilidade, pois o perpetrador não deseja ser descoberto e vir a ser responsabilizado pela violência sexual. O sigilo possibilita a repetição do comportamento.
- Fase da revelação – A revelação da violência sexual incestuosa pode ocorrer de forma proposital ou acidental. Na revelação proposital pode-se destacar que na maioria das vezes é a criança que decide revelar a violência. Ela passa a não suportar mais as práticas sexuais, por este motivo e também por querer compartilhar o segredo com outras pessoas, por estar sentindo necessidade de se libertar da situação dolorosa, relata as formas de violência a que esteve submetida. Devido ao incesto, na maioria das vezes iniciado muito cedo, quando a vítima chega à adolescência sua visão acerca do pai ou padrasto, quando é o caso, se desvirtua. Normalmente é na adolescência que o sujeito começa a buscar com mais frequência os relacionamentos fora do círculo familiar. O perpetrador, entretanto, limita suas atividades sociais. Na

medida em que sua frustração aumenta, a adolescente finalmente revela a violência sexual incestuosa, embora o intuito da revelação nem sempre seja o de terminar com o incesto, mas sim o de querer mais liberdade. Na revelação acidental o abuso é revelado neste caso por circunstâncias externas que fogem ao controle da vítima e do perpetrador. O segredo pode ser revelado pelas seguintes formas: observação de uma terceira pessoa; danos físicos causados à criança ou adolescentes; DSTs; gravidez; relação sexual iniciada precocemente.

- Fase da supressão ou negação – Posterior à revelação, seja ela acidental ou proposital, a dinâmica da maioria dos casos de violência sexual tende a entrar na fase de supressão. Mesmo quando o perpetrador não faz parte do círculo familiar, os familiares mais próximos ou até mais distantes da criança tendem a reagir tentando suprimir a publicidade, as informações e a intervenção sobre o fenômeno ocorrido. Assim, a violência sexual permanece cercada por um “muro de silêncio”.

O diagnóstico da violência sexual é bastante complexo e difícil. Tais atos, na maioria das vezes, não deixam marcas físicas, mas marcam a criança para a vida toda. A violência sexual pode durar muitos anos, fazendo com que a relação patológica só termine na idade adulta, com graves conseqüências à saúde da criança ou adolescente, como a de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis ou desenvolverem outros problemas, que incluem:²³

1 - Efeitos imediatos (2 primeiros anos)

De 60 a 80% apresentam algum distúrbio ou alteração.

a) Efeitos orgânicos mais freqüentes:

- distúrbio do sono;
- mudança de hábitos alimentares;
- gravidez.

b) Efeitos psicológicos mais freqüentes:

- medo;
- hostilidade frente ao sexo do agressor;
- culpa;
- depressão;
- baixa auto-estima;
- conduta sexual anormal: masturbação compulsiva, exibicionismo;
- angústia, agressões, condutas anti-sociais;
- sentimentos de estigmatização.

²³ LÓPEZ, 1991

- c) Efeitos sociais mais freqüentes:
- dificuldades escolares;
 - discussões familiares freqüentes;
 - fuga;
 - delinqüência;
 - prostituição.

2 - Efeitos em longo prazo:

- fobias, pânico, personalidade anti-social;
- depressão com idéias de suicídio, tentativa ou suicídio levado a cabo;
- sentimentos de estigmatização;
- isolamento;
- ansiedade, tensão e dificuldades alimentares;
- dificuldades de relacionamento com pessoa do sexo do agressor;
- reedição da violência, revitimização;
- distúrbios sexuais;
- drogadição e alcoolismo.

A violência sexual intrafamiliar é um ato intimamente associado à proibição. Segundo Freud (1923), é através da repressão dos desejos incestuosos que se estrutura o aparelho mental em suas três instâncias: id, ego e superego. O superego é a instância formada pela internalização da lei, sendo o ego responsável pela intermediação entre as leis internas e as leis externas. A proibição é fato presente em quase todas as definições e parece estender-se à proibição de se falar no assunto, pois o incesto é um tabu e uma interdição na sociedade contemporânea.

Nos últimos anos intensificou-se a reflexão sobre a complexa teia das relações intrafamiliares e a natureza de um fenômeno que pode ser passado de geração a geração, de carências fundamentais nas relações de dependência básica, que acabam por impregnar toda a capacidade de relacionamento do indivíduo. Em pesquisas realizadas no Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância²⁴

²⁴ O Crami (Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância) é uma instituição de Defesa da Criança e do Adolescente que há 20 anos atua na garantia e proteção dos direitos desta população foi fundado em 1985. Tem como objetivo fornecer assistência integral e proteção à criança vítima de maus-tratos, através de multiprofissionais das áreas de serviço social, psicologia e setor jurídico, visando principalmente, a integridade física, mental e social da criança, com promoção da família.

percebeu-se que as famílias onde ocorrem situações de incesto têm características bem peculiares:

“Estas famílias são vistas como estruturas fechadas em que seus componentes têm pouco contato social, principalmente a vítima. A obediência à autoridade masculina é incontestável, tem um padrão de relacionamento que não deixa claras as regras de convivência e a comunicação não é aberta, o que facilita a confusão da vítima e, conseqüentemente, o complô do silêncio (como revelar o que não se consegue definir, o que não se comenta, o que ‘não aconteceu’, o que não ‘existe’?).” (CRAMI, 2002)

Segundo outros serviços de atendimento:

“A mãe freqüentemente sabe, ou pressente o que ocorre, mas não faz nada por medo ou por não acreditar que aquilo possa ocorrer. A criança freqüentemente tenta falar com a mãe, mas ela não acredita. É comum buscar tratamento psicológico para a criança, que em razão do que ocorre, apresenta distúrbios de comportamento como manifestações de erotização precoce, introversão, depressão, ansiedade, mau aproveitamento escolar. É comum um adulto violentado sexualmente na infância lamentar-se porque a sua mãe não o escutou.” (ABRÁPIA, 2002)

Cabe ressaltar que, em muitos casos, a expressiva permissividade da mãe é resultante do medo que ela tem de enfrentar o parceiro, pois muitas das vezes, também é vítima de violência física, psicológica e social; apresenta total dependência econômica, e sérias dificuldades de sobrevivência para si e para seus filhos poderão surgir caso o perpetrador da violência saia de casa (COHEN & MANNARINO, 2000b). Porém, podemos salientar que, em muitos casos de incesto, as mães assumem uma atitude protetora e denunciam a violência sexual aos órgãos de proteção à infância.

A “quebra do muro do silêncio” pode proporcionar alívio à criança/adolescente, mas o sentimento de culpa das crianças que denunciam os abusos, mesmo em casos de incesto, não é tão evidente nem freqüente. Deltaglia (1990) pontua que muitas crianças sentem-se aliviadas por falar. Às vezes, em curto

prazo – mas normalmente só em longo prazo – podemos avaliar o impacto e as conseqüências efetivas do trauma sofrido. Ao surgirem denúncias, seguidas de publicização dos casos, a vítima passa por outro sofrimento, provocado pela ansiedade perante o que pode acontecer com sua família, principalmente com o perpetrador da violência que pode ser o pai, o padrasto, um parente ou pessoa que tem proximidade ou afeição para com a vítima e é de sua confiança. A criança procura o pai (ou mãe) em busca de apoio emocional e de carinho, já que é estruturalmente dependente (FURNISS, 1993).

Segundo Furniss (1993), dois aspectos se apresentam interligados em caso de abuso sexual infantil, a *Síndrome de Segredo* e a *Síndrome de Adição*. A *Síndrome de Segredo* é diretamente relacionada com a psicopatologia do agressor que, por gerar intenso repúdio social, tende a se proteger em uma teia de segredo, mantido à custa de ameaças e barganhas com a vítima. A *Síndrome de Adição* é caracterizada pelo comportamento compulsivo do descontrole de impulso diante do estímulo gerado pela criança, ou seja, o agressor, por não se controlar, usa a criança para obter excitação sexual e alívio de tensão, gerando dependência psicológica e negação da dependência. Outra variável importante para a manutenção do segredo é, segundo Gabel (1997), a *Síndrome de Acomodação* da criança, que, por perceber que sua opção é “ter” que aceitar e sobreviver à violência sexual, acaba se adaptando à situação de violência. Tal “concessão” pode gerar uma inversão de valores morais e alterações psíquicas prejudiciais à personalidade.

Essa síndrome envolve segredo; desamparo; aprisionamento e acomodação; revelação retardada, conflitada e não convincente; e retratação (SUMMIT²⁵ apud ZAVASCHI e col.,1991).

²⁵ Summit, R. C. “The child sexual abuse accommodation syndrome”. In: Child Abuse and Neglect, 7, 1983.

- Segredo – O segredo da violência sexual faz com que a criança perceba que aquilo que está ocorrendo é algo errado e perigoso. Ele toma proporções mágicas, monstruosas para a criança, que se sente isolada, desamparada, estigmatizada, intimidada e culpada.
- Desamparo – As crianças são integralmente dependentes dos adultos e a eles são subordinadas. Elas aprendem a lidar em silêncio com os terrores da noite. A sociedade, porém, espera que a criança resista com força, peça ajuda ou fuja da violência. Só que as crianças, muito freqüentemente, são incapazes de este tipo de comportamento.
- Aprisionamento e Acomodação – Quando a criança não procura ou não recebe intervenção protetora imediata, fica sem opção para interromper a violência, restando-lhe acomodar-se à situação. A criança fica com o poder e a responsabilidade de manter a família unida, assumindo as funções maternas, não resistindo às exigências sexuais do agressor e acaba cedendo.
- Revelação Retardada, conflitada e não-convincente – A criança tenta revelar a violência para a mãe que reage com descrença, nega para proteger o casamento, e muitas vezes não acredita ou tenta negociar uma resolução dentro da família. Então, a criança ao fazer a revelação, pode se sentir culpada, amedrontada e confusa. Muitas vezes, é acompanhada de extrema ansiedade e do relato de dados inconsistentes que, associado à falta de preparo, de sensibilização dos adultos e profissionais da saúde, tornam a revelação não convincente.
- Retratação – A criança tende a negar posteriormente o abuso sexual, caso não encontre apoio, retirando a queixa. A criança diz que inventou a história da violência (mentira que recebe, por parte do adulto, maior credibilidade do que a queixa do incesto), confirmando a expectativa de que ela não é confiável, e as dela de que não pode se queixar, restabelecendo-se o “bem-estar” familiar.

A criança é, então, duplamente vítima: da violência sexual e da incredulidade dos adultos. Possivelmente, uma das principais questões que levam os profissionais de saúde a negar e a subestimar a severidade e a extensão do abuso sexual é o fato de ele significar a violação de tabus sociais, como o incesto, despertando sentimentos de raiva e desconforto nos próprios agentes de saúde²⁶.

Estudos²⁷ revelam que, em geral, o agressor incestuoso é tipicamente um Agressor Sexual Situacional do tipo regredido, que abusa de seus próprios filhos. São apresentados, assim, dois tipos de agressores: o preferencial, que pode começar

²⁶ Ver: FURNISS, 1993; ZAVASCHI e Cols.,1991.

²⁷ Ver: FURNISS, 1993; ZAVASCHI e Cols.,1991.

empregando a violência contra a criança e depois, à medida que o tempo vai passando e ela vai saindo de sua faixa de vítimas preferidas, voltar-se para outras crianças irmãs da vítima; e o agressor situacional, que costuma usar de violência e mantém um pequeno número de vítimas. Embora exerça poder e força sobre a criança, o adulto incestuoso tende a ser tipicamente tímido e sem autoconfiança em seu ambiente social. Tenta compensar isso através da imagem de domínio masculino, resultando, assim, em controle firme e dominação tanto sobre a esposa quanto sobre os filhos²⁸. Em muitos casos, o pai quer passar a impressão de que foi seduzido pela criança, que esta é precocemente sexualizada e que o ato teve consentimento dela criança ou mesmo foi tolerado, no caso de adolescentes.

“O ‘consentimento’, mesmo que seja utilizado como justificativa para determinados atos e para as práticas exercidas, ainda assim é incluído em termos de violência, pois a infância e a adolescência são etapas bastante peculiares de desenvolvimento, pressupondo que ainda se esteja em fase de aquisição de conhecimentos e definição de escolhas e de efetivação delas.” (BARROS, 2005, p.43)

A compreensão de que a criança é vítima da relação abusiva é fundamental, pois ainda existe em nossa sociedade o estereótipo da criança que seduz o pai e aprecia o abuso. Mas este estereótipo tem pouco a ver com o que acontece na realidade, esse tipo de compreensão não passa de manipulação dos adultos de seu próprio pensamento sexual nas crianças. Mesmo que uma criança se comporte de uma maneira abertamente sexual, comportamento que cada vez mais aprendemos a ver como resultado de violência sexual anterior, e não como ponto de partida, e mesmo que elas fossem abertamente sedutoras e tentassem iniciar à violência sexual, seria sempre responsabilidade do adulto e desse pai o estabelecimento de limites. Nem mesmo o mais sexualizado ou sedutor comportamento poderia tornar a

²⁸ GREEN, 1995.

criança responsável pela resposta adulta de violência sexual, em que a pessoa que comete a violência satisfaz seu próprio desejo sexual em resposta à necessidade de cuidado emocional própria da criança (FURNISS, 1993).

O adolescente também vivencia situações complexas, pois não se enquadra na imagem de vítima adotada pela sociedade, e esta, o responsabiliza pelos atos sofridos. A imagem socialmente disseminada do adolescente como pessoa contestadora, agressiva, com poder de se defender caso sofra alguma ameaça, o coloca como protagonista do próprio abuso sexual sofrido²⁹. Dessa forma, a sociedade não acredita que exista violência sexual contra adolescente, ou imagina que houve consentimento. E, mesmo que seja consentida, por meios de jogos, sedução, violência, existe um poder assimétrico: adulto versus criança/ adolescente. Em muitos casos, para algumas crianças e adolescentes, a atividade sexual pode ser a única forma de atenção e troca de afeto com algum adulto da família. Apesar de a família disciplinar e prover os alimentos da criança e do adolescente, não existe manifestação de afeição ou de algum elo emocional entre as partes. Assim, esta falta pode ser “preenchida” pelo perpetrador da violência.

Em uma lógica reprodutivista, muitas crianças vítimas de violência se tornariam adultos agressores. O fenômeno, chamado de multigeracionalidade, é compreendido como um ciclo de violência que acompanha a família de geração em geração. Pesquisa³⁰ realizada com 8.145 famílias corrobora essa perspectiva: os pais que sofreram violência quando crianças apresentavam um índice de agressão contra os filhos duas vezes maior do que os que não foram vítimas de violência. Os pesquisadores, contudo, ressaltam que essa questão também é entendida como uma probabilidade, uma maior vulnerabilidade, mas não como uma lei inexorável. Sabemos que

²⁹ Ver: GARBARINO, 1992.

³⁰ Ver: STRAUS & SMITH, 1995, apud GOMES, DESLANDES e cols. 2002.

cada pessoa tem uma forma bastante subjetiva de lidar com eventos traumáticos. No estudo e atendimento a pessoas vitimizadas pela violência sexual intrafamiliar pode-se perceber reações, comportamentos e visões de futuro bem diferentes entre elas. Algumas têm a capacidade de superar as piores situações, enquanto outras ficam presas às lembranças do sofrimento sem reconstruir suas vidas. Ao analisar estas diferentes reações podemos perceber que existem pessoas que através de

processo de resiliência³¹ conseguem, após serem vitimizadas sexualmente, posteriormente a todo o sofrimento, buscar formas de se reconstruir e, muitas vezes, transformar a dor em algo produtivo e restaurador em suas vidas.

Vários pesquisadores do desenvolvimento humano e áreas afins têm se debruçado sobre o estudo da resiliência, buscando entendimento dos processos que contribuem para que o indivíduo, diante de dificuldades consideradas como riscos³², consiga enfrentá-las, superá-las e dar novo rumo à sua vida, em vez de se fragilizar com a situação adversa.

O termo resiliência foi absorvido pelas ciências humanas e hoje representa a capacidade de um ser humano de sobreviver a um trauma, a resistência do indivíduo face às adversidades, não somente guiada por uma resistência física, mas pela visão positiva de reconstruir sua vida, a despeito de um entorno negativo, do estresse, das contrições sociais, que influenciam negativamente para seu retorno à vida. A garantia da integridade física e emocional se compõe num desafio maior quando os sujeitos são submetidos a ações que vilipendiam sua estrutura e seus conceitos. A resiliência se localiza ou é a própria reconstituição do ser frente às situações de

³¹ O dicionário de língua portuguesa de autoria de Ferreira (1999), conhecido como Novo Aurélio, diz que, na Física, resiliência “é propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora duma deformação elástica”. No sentido figurado, o mesmo dicionário aponta o termo como “resistência ao choque”. O termo também tem sido muito utilizado para explicar a capacidade de renovação dos sistemas naturais.

³² Segundo Yunes & Szymanski, (2001), os fatores de risco relacionam-se com os eventos negativos de vida que, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais.

invisibilidade, de indiferença, de maus-tratos e humilhações, que podem fragilizar, debilitar, denegrir e diminuir a estima por todo o processo de uma vida. É um conceito em construção e bastante discutido, principalmente pela importância do tema no movimento atual pela promoção da saúde e por sua complexidade.

Rutter³³, um dos pioneiros no estudo da resiliência no campo da Psicologia, reflete que a resiliência refere-se a uma “habilidade de superar adversidades, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso”³⁴. Segundo este autor³⁵, o termo é usado para descrever o aspecto positivo das diferenças individuais em resposta ao estresse e à adversidade. O autor destaca que a resiliência não deve ser entendida como um atributo fixo do indivíduo, mas sim com uma característica que sofre variações ao longo do desenvolvimento, conforme as diferentes circunstâncias de vida. Assim, não se pode afirmar que um indivíduo resiliente em uma situação, o será em outras ou na mesma situação em outro momento. Para tanto, segundo Junqueira e Deslandes (2003) há uma recomposição própria dos sujeitos segundo as circunstâncias e traumas a que são submetidos. A resiliência, neste sentido, não se traduz somente na superação total do ato de violência sofrida, mas refere-se sobretudo à capacidade de lidar com as adversidades geradas pelas atitudes de negligência, violência física e sexual.

Recentemente, Rutter³⁶ ampliou sua definição de resiliência dizendo que “o termo refere-se ao fenômeno de superação de estresse e adversidades”. Categoricamente, afirmou que “resiliência não constitui uma característica ou traço individual”, mas um processo interativo entre a pessoa e seu meio capaz de se transformar na força necessária para lidar de forma positiva com a adversidade. Para

³³ 1985, 1993.

³⁴ Zimmerman e Arunkumar, 1994, p.4.

³⁵ 1987.

³⁶ 1999, p. 119.

que isso possa ocorrer, o indivíduo que passou por adversidades profundas necessita encontrar o abrigo social, cultural e pessoal. É assim que se iniciam os mecanismos de proteção que são a auto-estima, a coesão, a estruturação familiar, a consistência das redes sociais de apoio e de solidariedade ativa, as intervenções e ações estatais, além das características pessoais e acesso a sistemas de suporte externo que fortaleçam e reforcem as respostas positivas da criança e do adolescente³⁷. São influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe um estado de não-adaptação. Estes mecanismos de proteção são tanto os recursos familiares e sociais que estão disponíveis para as pessoas quanto forças e características internas que estas possuem para lidar com as inevitáveis “armadilhas” da vida. Os principais traços vistos como características fixas da resiliência, segundo diversos autores, são: sociabilidade, criatividade na resolução de problemas e um senso de autonomia e de proposta³⁸.

O estudo do fenômeno da resiliência trouxe um novo olhar sobre as crianças e adolescentes vitimizados pela violência intrafamiliar.

“A resiliência pode ser apresentada como uma marca do processo de superação e até mesmo de resistência e de força demonstrada por grande parte das crianças e adolescentes vitimizados pela violência intrafamiliar. Este é um processo complexo que abre novas perspectivas e contribui para desconstruir as concepções mais estanques e deterministas, segundo as quais crianças e adolescentes que sofrem violência intrafamiliar seriam necessariamente futuros agressores. Embora não descartemos tal ocorrência, a relação pode não ser tão direta quanto afirma vasta literatura.” (BARROS, 2005, p.62).

A resiliência rompe com uma noção na qual o sujeito se vê aprisionado, sem saída (JUNQUEIRA & DESLANDES, 2003). A sociedade pode promover a capacidade de resiliência à medida que compreender e reforçar os mecanismos que

³⁷ GARMEZY, 1985.

³⁸ MARTINEAU, 1999.

a geram. Estimular a resiliência é uma forma bastante efetiva de prevenção primária, promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida da sociedade. No entanto, Junqueira & Deslandes (2003) ressaltam que a promoção da resiliência não substitui a ação do Estado, responsável pelas políticas voltadas para o enfrentamento da violência, bem como por ações preventivas e de assistência às necessidades e direitos da população. Assim, concordamos com os autores que promover resiliência não substitui as formas políticas de combate à própria miséria e à desigualdade social.

2. A FAMÍLIA, PROTEÇÃO SOCIAL E A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

O processo de globalização da economia capitalista que vem ocorrendo nos últimos 20 anos tem gerado grande incerteza. As mudanças promovidas nos planos social, econômico e cultural refletem-se no contexto familiar, interferindo e alterando o padrão tradicional de sua organização.

A representação de família está ligada a concepções, emoções, sentimentos, expectativas de cada pessoa, daí cada uma ter a sua representação de família. Segundo Amaral (2001), a família é uma construção social que varia segundo as épocas, permanecendo, no entanto, aquilo que se chama de “sentimento de família”. A família, enquanto estruturação construída sócio-historicamente, deve ser vista de modo contextualizado, considerando a subjetividade de toda a família e dos membros que a compõem. Sua estrutura, no decorrer da história, foi sofrendo transformações que originaram diversos arranjos e rearranjos familiares. Mello (1995) aponta que, mesmo em literatura especializada, encontramos o termo “desorganização familiar” quando são feitas referências às causas de problemas apresentados por seus membros. Segundo a autora, ao invés de desorganização, seria mais apropriado falar de polimorfismo familiar. A família, segundo ela, deve deixar de ser vista segundo modelos teóricos ou segundo as diferentes perspectivas

de classes sociais. Dessa forma, seríamos menos influenciados pela rigidez de fórmulas pré-estabelecidas e preconceitos, e poderíamos ver a família como ela é. Para Petrini (2003), a família encontra novas formas de estruturação que de alguma maneira a reconstituem, sendo reconhecida como estrutura básica permanente da experiência humana. Acrescenta que, no decorrer da evolução histórica, a família permanece como matriz do processo civilizatório, como condição para a humanização e para a socialização das pessoas. A educação bem-sucedida da criança na família é que vai servir de apoio à sua criatividade e ao seu comportamento produtivo quando for adulto. A família é uma influência muito poderosa para o desenvolvimento da personalidade e do caráter das pessoas. No entanto, viver sob o mesmo teto, ao limitar o espaço da família, traz também em seu bojo a dimensão de sua complexidade, de seus encontros e desencontros; o fato de a família ser um espaço privilegiado de convivência não significa que não haja conflitos nesta esfera (VICENTE, 1994).

Apesar das mutações ocorridas na família, autores como Assis (2004) ressaltam que a história de violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória humana das relações sociais e, sobretudo, familiares. Ao instalar-se na família um clima de violência, todo um intrincado sistema relacional passa a ser subvertido; as atitudes geram relações complexas, com aspectos que não são necessariamente expressos e sim calados, silenciados pelo medo do julgamento e da punição por aqueles que seriam os supostos protetores. Este processo remete a Serra (1999), quando assinala que a família tem como função primordial a proteção, o apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos, formando resistência e resiliência contra agressões externas, mas a violência no interior da família consolida outra dinâmica. Se a família, por um lado, ajuda a manter a saúde física e mental do indivíduo, por outro pode provocar situações de dor e tristeza contra seus integrantes.

Para as famílias pobres que se encontram em situação de vulnerabilidade social, a casa pode representar um espaço de privação de necessidades básicas, de instabilidade e de difícil manutenção dos laços afetivos e de solidariedade, onde as maiores atrocidades são cometidas contra a criança e o adolescente sem que estes tenham como se proteger. Representa também o espaço de proteção e de vínculos de pertencimento em face da violência macro-estrutural. Segundo Gomes (2003), quando a casa deixa de ser um espaço de proteção para ser um espaço de conflito, a superação desta situação se dá de forma muito fragmentada, uma vez que esta família não dispõe de redes de apoio para o enfrentamento das adversidades, resultando, assim, na sua “desestruturação”. Kaloustian e Ferrari (1994) discutem que por trás da criança excluída da escola, nas favelas, no trabalho precoce urbano e rural, e em situação de risco, está a família desassistida ou inatingida pela política oficial.

Há freqüentes tentativas de associar pobreza³⁹ a violência. Mesmo não se considerando que as famílias pobres sejam violentas, a pobreza, as desigualdades sociais e a miséria *per si* podem ser tratadas como violência. Um recente estudo das Nações Unidas sobre o tema, sob coordenação do pesquisador da USP Paulo Sérgio Pinheiro (2006) mostra que a pobreza e o subdesenvolvimento intensificam a gravidade das violações. Segundo Petrini (2003), este é um processo entrelaçado, pois, à medida que a família encontra dificuldades para cumprir satisfatoriamente suas tarefas básicas de socialização e de amparo/serviços aos seus membros, criam-se situações de vulnerabilidade, como é o caso da violência sexual intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Pinheiro acrescenta que crianças no mundo inteiro são alvo de abuso ou exploração dentro de casa, junto à família, na escola e nas ruas. Ou seja, a violência contra a criança e o adolescente independe de sua situação

³⁹ De acordo com Yasbek (2003), são pobres aqueles que, de modo temporário ou permanente, não têm acesso a um mínimo de bens e recursos sendo, portanto, excluídos em graus diferenciados da riqueza social.

socioeconômica. O pesquisador afirma que “a violência ainda prevalece em todos os países do mundo e está presente em qualquer cultura, classe, nível de escolaridade, faixa de renda e origem étnica. Em várias regiões, a violência contra crianças é um fenômeno aprovado e, freqüentemente, legal” (DAY *et al*, 2003). Esta afirmação é corroborada por outros pesquisadores que dizem que no Brasil, assim como em outras partes do mundo, em diferentes culturas e classes sociais, independentemente de sexo ou etnia, crianças e adolescentes são vítimas cotidianas da violência doméstica, sendo este um fenômeno universal e endêmico.

Há, contudo, uma diferença quanto à classe social, pois nas classes mais favorecidas economicamente a violência fica camuflada, obscurecida, e na maioria das vezes não chega a ser denunciada.

Com a promulgação da Constituição de 1988, o Princípio da Prioridade Absoluta, contemplado no artigo 227 do texto constitucional, passa a ser um pilar do novo direito da criança e do adolescente, e por fim possibilita a criação de uma nova lógica no tratamento da infância e adolescência:

“Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração violência, crueldade e opressão.” (BRASIL, 1988)

A proteção integral à criança e ao adolescente, garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente em seu art. 4º – que tem a família como responsável pela proteção da prole, além da comunidade, da sociedade e do Poder Público – se vê, no entanto, no rumo inverso, uma vez que mesmo com o ECA, que já completou 17 anos de vigência, crianças e adolescentes convivem com a fragilidade em seus lares. Por isso, a Família, a Sociedade e o Estado compõem um conjunto no qual cabe a

cada um observar o papel que o outro desempenha para a garantia da integralidade dos direitos da criança e do adolescente previstos em lei.

2.1 A CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA CRIANÇA NA DINÂMICA FAMILIAR

Ao estudarmos a violência sexual intrafamiliar consideramos ser necessário tratar de algumas das transformações que ocorrem nas famílias em seu processo histórico-social, compreendendo a família à luz da teoria sistêmica que parte da análise do contexto histórico, social, cultural, físico e biológico. Este contexto conforma as profundas transformações ocorridas no interior da família, em consonância com as relações estabelecidas com as demais esferas da sociedade.

Ariès (1981), ao tratar da família européia, compara as configurações da família contemporânea e da família de tempos passados. Ao fazer um estudo da trajetória da Família Medieval à Família Moderna, afirma que aquela tinha por missão a conservação dos bens, a prática de um ofício que fosse comum a todos, e ajuda mútua no cotidiano de um mundo em que o casal não poderia viver isoladamente. Até o século XVI não havia intimidade ou privacidade, a vida era vivida em público e as pessoas se misturavam. Não havia diferenciação entre adultos e crianças; estas, tão logo completavam a idade de sete anos, eram consideradas independentes e iam participar ativamente do mundo do trabalho e dos jogos junto com jovens e velhos do mundo adulto. “A família não podia, portanto, nessa época, alimentar um sentimento existencial profundo entre pais e filhos” (ARIÈS, 1978, p.231.). As crianças saíam muito cedo da proteção da família e com isso os vínculos afetivos entre pais e filhos não tinham grande força. Segundo o autor, a partir do século XVI mudanças significativas começam a ocorrer. Surgiram

as primeiras imagens da família, ou seja, cenas retratando a família no seu interior. Como exemplo, podemos citar a criança, que passou a fazer parte dos retratos nos calendários, aparecendo brincando ou em algumas cenas junto com a família. Segundo o mesmo autor, o sentimento de família começou a surgir entre os séculos XVI e XVIII em classes abastadas do campo ou da cidade. Somente a partir do século XVIII, ele estendeu-se a todas as classes. Antes predominava uma estrutura familiar patriarcal em que um vasto leque de pessoas se encontrava submisso a um novo conceito de família, fazendo parte a descendência paterna e a materna.

A evolução deste processo é o começo de uma situação que culmina na tradição da família nuclear. O interesse dos eclesiásticos e juristas na educação infantil fez com que estes ensinassem aos pais que eles eram os guardiões espirituais dos filhos e responsáveis por sua alma perante Deus. “Passou-se a admitir que a criança não estava madura para a vida, e que era preciso submetê-la a um regime especial, a uma espécie de quarentena antes de deixá-la unir-se aos adultos” (Ariès, 1978, p.277). Para o autor, começava aí um longo enclausuramento das crianças, que se estende até hoje sob o nome de “escolarização”. Nos internatos, as crianças eram ensinadas e até castigadas com chicotes e prisão, o que confirma a hipótese que essa violência vem de longa data. Houve um afastamento das crianças do mundo adulto e uma forma de atender aos desejos dos pais de não deixá-las mais aos cuidados de outras famílias, como normalmente acontecia. Todas essas transformações marcam o nascimento do sentimento da infância e da família, que proporcionou à criança um lugar de maior destaque.

A educação das crianças passou a ter grande relevância, pois a sociedade percebeu que o seu sucesso dependia do sucesso do sistema educacional. Assim, a relação do adulto com a criança foi mudando e o senso de responsabilidade foi sendo assumido pela família, que deixou de ter apenas o papel de transmitir os bens

e o nome. Para Ariès, a família moderna parece ter surgido neste momento da história, ou seja, ao mesmo tempo em que se começou a levar a criança à escola.

Dentre as características da família moderna podemos citar algumas: tornou-se uma sociedade fechada e prazerosa para os membros que a compunham; houve uma necessidade de maior intimidade e identidade, o que Giddens (1993) chama de “transformações da intimidade”, onde os tempos atuais trazem o distanciamento e as alterações dos ambientes de confiança mútua acompanhados da individualização de seus membros, que reivindicam progressiva privacidade, o que alterou significativamente os espaços de morar; igualdade entre filhos, que acabou com o privilégio dos primogênitos. A criança ganhou importância dentro da família e para os pais, diferentemente do que ocorria na idade média.

2.2 PROTEÇÃO SOCIAL À INFÂNCIA NO BRASIL

A história da infância é marcada pela falta de atenção e inúmeras situações de violência. A criança e o adolescente não contavam com proteção social, o que os deixava numa condição de vulnerabilidade.

A proteção social pode ser entendida como ações do âmbito do Estado, ações filantrópicas (da área social), ou das relações sociais, do âmbito comunitário e familiar. Góis pontua que:

“(…) O conceito deve abranger as ações humanas voltadas à ajuda mútua (...) inclui tanto os investimentos do Estado, do Patronato, das ações filantrópicas e mais modernamente das Organizações Não-Governamentais, na área social, como também os atos gerados na esfera das relações sociais primárias, na esfera comunitária, em particular as de ordem familiar.” (GÓIS, 1993, p.6)

Há exemplos de violência praticados contra a infância na História, na Mitologia, na Antropologia e nos Processos Religiosos. Ao nos remetermos à

história do Brasil encontramos relatos de violência contra a criança e o adolescente desde o seu período colonial. Órfãs do rei, por exemplo, eram enviadas como grumetes ou pagens com a incumbência de casar com súditos da Coroa, e sofriam abuso sexual nas embarcações⁴⁰. Em relação ao período histórico marcado pela escravidão dos negros, no século XIX, o tráfico negreiro foi intenso. Os filhos dos escravos entravam para o mundo do trabalho a partir dos 7 anos, e no máximo aos 12 já se constituíam plenamente como força de trabalho. Nos períodos Colonial e Imperial, muitas eram dadas a serem criadas por famílias criadeiras ou negras-de-aluguel. Com a investida médico-higienista a partir de meados do século XIX, com a extinção das Rodas e o início de uma legislação específica sobre a criança nas primeiras décadas do século passado, a proteção da criança pobre deixou de ser objeto apenas da caridade e passou a ser tratada por políticas públicas.

Na passagem do Império para a República, os juristas começavam a sinalizar a necessidade de criar uma legislação especial para os menores de idade, estimulados pelo reordenamento que se processava na sociedade de então – a mudança de regime político. No final do século XIX e nas primeiras décadas do XX, a família e suas relações internas mudavam, tanto quanto o nível de interferência do Estado. A legislação poderia ser um termômetro de como essas mudanças evoluíam. O Código Penal de 1890 tornou-se o marco inicial da República e ainda espelhava a visão da família com poderes absolutos sobre seus filhos. Apresentava-se, então, a necessidade de estabelecer um marco final, que demonstrasse as modificações que as relações familiares atravessaram no período. Em 1920 realizou-se o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, tornando mais sistemática a agenda da proteção social. Sendo assim, o Código de Menores de 1927 se configurou como “ideal”, visto que retratava as mudanças em sua essência, com a

⁴⁰ Ver: DEL PRIORI, 2001.

família sob a interferência do Estado, muitas vezes direta. O Código incorporou a visão higienista de proteção do meio e do indivíduo.

Em 20 de novembro de 1959 foi aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas a Declaração dos Direitos da Criança, que contrastava com a lei vigente e, sobretudo, com as condições desumanas de vida de um grande número de crianças. Por volta de 1961, a economia mundial estava em pleno desenvolvimento do capitalismo avançado, solidificando o chamado “Estado de Bem-Estar Social”, ou *Welfare State*. O *Welfare State*, na visão dos liberais, compõe-se daquelas “ações de assistência pública destinadas aos pobres”, já o modelo social-democrata “refere-se ao conjunto de políticas públicas que, no campo social, garante a cidadania universal” (FLEURY, 1994, p.103), cuja característica é a implementação de políticas sociais através de serviços públicos de atendimento à população. Essa característica pode ser identificada em todo mundo capitalista, principalmente nos países “mais avançados” constituídos em uma “social democracia”.

O Código de Menores de 1927, redigido por Mello Mattos, foi resultado do debate entre pessoas ilustres dos meios políticos, jurídicos, legislativos e assistenciais. Era um Código detalhado e composto de 231 artigos. Em seu conteúdo dava ênfase às atribuições do Juiz de Menores, autoridade competente da época que tinha sob sua responsabilidade as crianças com menos de 2 anos criadas fora das casa dos pais, os menores que ficavam na Casas de Expostos, com as amas-de-leite de aluguel, nas vias públicas, nos estabelecimentos de recolhimento e de internação de menores, nas oficinas, nas indústrias, etc.

Este Código preconizava ser atribuição do Juiz de Menores a suspensão do Pátrio Poder e as ações dirigidas aos menores abandonados, delinqüentes, “pervertidos” ou que estivessem em vias de se tornarem. Em seu artigo 1º regulava que:

“O menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinqüente, que tiver menos de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistência e proteção contidas neste Código”. (BRASIL, 1926)

Eram realizados pelo Laboratório de Biologia Infantil exames físico, mental e social, com objetivo de investigar as “causas que levam a criança ao vício e ao crime, apurando a influência do meio e das taras hereditárias” (LIMA⁴¹ apud RIZZINI, 1995, p.265).

Através dos subsídios da medicina higienista, a instância jurídica definia o conteúdo psíco-social da irregularidade, artifício jurídico que transformou a criança pobre em “menor carente” ou “menor infrator”. O Código, em seu capítulo VII, faz referência aos aspectos psiquiátricos envolvidos nos processos judiciais:

“Capítulo VII - Dos Menores Delinqüentes - onde ao 1º parágrafo dos Artigos 68 e 69 lê-se: “Se o menor sofrer de qualquer forma de alienação ou deficiência mental, for epiléptico, surdo-mudo, cego ou por seu estado de saúde precisar de cuidados especiais, a autoridade ordenará que seja submetido ao tratamento apropriado.” (BRASIL, 1926)

Através do texto constitucional de 1937, artigo 127, podemos observar uma mudança de olhar. A descrição do problema dos menores vai perdendo a conotação jurídica e ganhando uma de cunho social da infância e adolescência:

“A infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento de suas faculdades. O abandono moral, intelectual e físico da infância e da juventude importará falta grave dos responsáveis por sua guarda e educação, e cria ao Estado o dever de provê-las de conforto e dos cuidados indispensáveis à sua preservação física e moral. Aos pais miseráveis assiste o direito de invocar auxílio e proteção do

⁴¹ LIMA, L. A. O Estigma do Abandono: estudo epidemiológico de uma população de crianças e adolescentes internados na Colônia Juliano Moreira vindos diretamente da Funabem. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1993.

Estado para a subsistência e educação da sua prole.” (BRASIL⁴² apud RIZZINI, 1995, p.136).

Este Código vigorou até 1979, quando foi substituído por outra legislação que não apresentou grandes mudanças. O Código de 1979 recebeu influência do Código de 1927 e também do regime político militar vigente no País. Apesar de elaborado já sob a influência da Declaração dos Direitos da Criança, de 1959, este Código manteve um cunho repressivo em sua estruturação.

A situação irregular, que justificava a apreensão dos “menores” e os colocava sob a tutela do Estado, tipificava-se sob as mais variadas e diferentes condutas, mesmo diante da ausência de políticas públicas ou de assistência às famílias das crianças e adolescentes considerados infratores. Suas medidas incidiam a partir da detecção de alguma das “patologias jurídico-sociais” definidas na lei; amparava-se em conceitos e princípios que resultavam, na prática, no controle social da pobreza. As situações de abandono ou mesmo o exercício do direito de ir e vir podiam ser vistos como “vadiagem” ou “atitude suspeita” e justificavam o encaminhamento a instituições onde eram mantidos os menores infratores, crianças e adolescentes autores de infrações criminais, inclusive de natureza grave.

Estimulava-se uma pobre a trabalhar como fator de prevenção, na idéia de que o trabalho evitaria qualquer espécie de delinquência, que poderia eclodir a qualquer momento. Outro caráter preventivo constava na institucionalização, tida como fator regenerador de uma possível perdição. O que importava na realidade era a imagem da sociedade, que não poderia ser maculada com as condutas anti-sociais dos menores. Daí, estes podiam ser institucionalizados, sem qualquer direito ou contestação.

Como o Direito do Menor tinha como base a idéia de ressocialização e reeducação, o Código não delimitava os direitos e garantias desse segmento da

⁴² BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil. 1937.

população, sob o argumento de que o Estado, sempre, regularizaria sua situação, através da substituição da família natural pela institucionalização, e asseguraria sua reinserção social pelo trabalho.

Tal quadro somente viria a ser alterado com a Constituição de 1988 e a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Até este período, o trato à infância e adolescência no país era vinculado diretamente às questões jurídico-repressivas. Na segunda metade dos anos 1980, período marcado por intensa participação dos movimentos sociais, destacando-se a presença atuante e inovadora do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, foi possível outra articulação política que permitiu a abertura de inúmeras possibilidades, preparando o terreno para um feito considerado revolucionário por alguns e, certamente, digno da atenção de muitos – a revogação do Código de Menores de 1979 e sua substituição pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990), que tratou de definir a garantia de proteção integral com absoluta prioridade, considerando que (Art.3):

“A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” (BRASIL, 1990)

No Brasil, a cidadania da criança e do adolescente foi incorporada na agenda dos atores políticos e nos discursos oficiais em função da luta dos movimentos sociais no bojo da elaboração da Constituição de 1988.

As décadas de 1980 e 1990 foram bastante emblemáticas para as conquistas na área da infância e adolescência. Com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, estes segmentos sociais passaram a ser juridicamente considerados

sujeitos de direitos, e não mais “menores” incapazes objetos de tutela, de obediência e de submissão.

Com a Doutrina de Proteção Integral preconizada pelo Estatuto, a política para a infância e a adolescência passou a se caracterizar pela modificação da tutela jurídica, substituída pelo compromisso do Estado de oferecer assistência integral, pública, gratuita e universal ao jovem, segundo as necessidades de cada fase de seu ciclo de desenvolvimento.

Um novo olhar sobre a infância e a adolescência no Brasil visou também à reconstrução da imagem da família brasileira, devolvendo-lhe a responsabilidade de criar e educar seus filhos, a partir de suas condições materiais.

Na mesma década, foi promulgada a LOAS. Considera-se que o ECA tem grande relação com a Lei Orgânica da Assistência Social (8.742/93), aprovada cinco anos depois da Constituição e três anos após o ECA. O Estatuto fala da proteção integral e dos direitos da criança e do adolescente, a LOAS trata da provisão e atenção às necessidades, visando uma política de proteção social que cumpra as diretrizes do ECA e dê subsídios à família, já que esta precisa ser o primeiro e legítimo espaço de proteção social às crianças e adolescentes. Segundo GUEIROS (2002), à medida que o Estado restringe sua participação na “solução” de questões de determinados segmentos, a família tem sido chamada a preencher esta lacuna, sem receber dos poderes públicos a devida assistência para tanto. A complementaridade Família-Estado fica vulnerável, tendo em vista as precárias condições socioeconômicas de grande parcela da população.

2.3 O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – A DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, um novo olhar foi lançado em direção à criança e ao adolescente no Brasil, segmentos da sociedade que passaram a ser reconhecidos como merecedores de cuidado especial. Formou-se para eles um novo cenário – adquiriram status de sujeito, de pessoas em desenvolvimento e de prioridade absoluta. Nesse momento histórico, onde a nova ordem constitucional brasileira garantia o princípio da dignidade humana e a Doutrina da Proteção Integral à criança e ao adolescente, começou-se a refletir acerca das práticas que lhes eram dirigidas, entre elas as diversas formas de violência tão comuns e naturalizadas pela sociedade.

Alguns pontos marcaram a diferença desta lei em relação ao Código de Menores. O Juiz de Menores teve seus poderes limitados, à medida que se estabeleceu a garantia do direito à defesa para a criança e a adolescente. Outro ponto que se diferencia é não mais permitir que pais ou responsáveis tenham suspenso o Pátrio Poder (hoje Poder Familiar), ou destituído por motivo de pobreza, o que torna menos arbitrária a intervenção da autoridade judiciária no âmbito da família.

Assim, a nova lei “mexeu” com práticas antigas nas políticas públicas de atenção às crianças e adolescentes, principalmente no que tange à participação da sociedade na formulação das novas estruturas dessas políticas. A legislação propunha superar uma prática assistencialista por uma ação sócio-educativa e uma gestão descentralizada, com efetiva participação popular. Com a descentralização político-administrativa, inaugurada pela Constituição de 1988, as políticas de atendimento a crianças e adolescentes foram estruturadas seguindo os princípios de hierarquia entre União, Estado e Município, estabelecendo a articulação entre ações governamentais e não-governamentais.

A descentralização deu ênfase ao poder local. O Município tornou-se, assim, a melhor instância para o atendimento desses direitos, sendo mesmo previstos alguns instrumentos para definir e conduzir essa Política: os Conselhos de Direitos e os Conselhos Tutelares que, juntos com o Fundo Municipal para a Infância e Adolescência, formam o tripé sobre o qual repousa a implantação prática do Estatuto. É prevista também ação civil pública para responsabilização de autoridades que, por ação ou omissão, descumprirem o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Os Conselhos de Direitos foram criados com base no Art. 88 do ECA, que prevê a criação de conselhos municipais, estaduais e nacional, com garantia de participação paritária para os representantes da sociedade. O Conselho Municipal de Direitos tem um papel primordial para a aplicação de uma política adequada de atenção à infância, pois é através dele que se formula e controla a execução de políticas no município, além de promover a articulação entre as diversas ações locais de atendimento.

O Conselho Tutelar tem por finalidade zelar para que crianças e adolescentes tenham acesso efetivo aos seus direitos. É formado por cinco conselheiros eleitos pela população local. Contam com credenciamento legal e autoridade moral para atuar de acordo com as atribuições previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente. Os casos que envolvem qualquer tipo de violação de direito de criança e adolescente são encaminhados ao Conselho para que ele possa buscar soluções através do Ministério Público/Judiciário e desenvolva trabalho junto à família e comunidade ou mesmo solicite serviços públicos. Para Carvalho (1992), é de extrema urgência a sua criação e instalação em todos os municípios, “para a efetivação da política de atendimento à criança e ao adolescente, tendo em vista assegurar-lhes os direitos básicos, em prol da formação de sua cidadania” (CARVALHO, 1992, p.419-420).

Em relação ao Fundo da Criança e do Adolescente, o ECA estabelece que cada Conselho de Direitos deve ter vinculado a si um fundo, como instrumento de captação de recursos. Este fundo financeiro se constituirá a partir de verbas públicas, de doações subsidiadas, de multas e dos impostos de renda de pessoas físicas e jurídicas. No entanto, ainda hoje o Estatuto enfrenta dificuldades para fazer valer o real objetivo do Fundo, que é utilizar a verba captada através de recursos públicos e privados e empregá-la em Programas sociais. Há uma falta de credibilidade por parte das empresas, sendo que muitas desconhecem o incentivo fiscal que podem receber investindo nesse segmento, por definição, prioritário: a criança e o adolescente. Um ponto que precisa ser revisto para que este instrumento se efetive é a sua real implantação e a divulgação de sua importância. Alguns municípios não têm Conselhos e outros não têm um Fundo estruturado, devido às prefeituras nem saberem como este funciona.

2.3.1 O Estatuto da Criança e do Adolescente - O Enfrentamento do Abuso Sexual

Pela Doutrina de Proteção Integral, todas as crianças e adolescentes devem ter especial atenção para efetiva garantia de seus direitos. Como sujeitos de direitos, são cidadãos integralmente, e não apenas objeto da atenção do Estado. Diante dos instrumentos criados, e de todas as inovações trazidas pelo ECA, foi possível uma reflexão mais ampla sobre a realidade de criança ou adolescente vitimizado pela violência sexual intrafamiliar em relação a seu direito à convivência familiar. Segundo Kristensen et al (1998, p.115) “ainda que a violência com visibilidade seja a que ocorre fora de casa, o lar continua sendo a maior fonte de violência”.

A Constituição Federal em seu Artigo 227 assegura a convivência familiar como direito fundamental, e traz à luz da justiça a reflexão acerca do destino de crianças e adolescentes vitimizados pela violência sexual intrafamiliar. Alguns casos que chegam ao sistema de justiça exigem a adoção de medidas que implicam o afastamento entre a criança e o agressor. No entanto, é a criança que tem que se afastar do lar, do convívio com a família. Com o Estatuto, passou a existir a possibilidade de afastamento do agressor. Segundo o Art. 130 do ECA, “verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar como medida cautelar o afastamento do agressor da moradia comum”. Essa providência prioriza a criança, que antes, embora atingida por situação de violência, era penalizada com a institucionalização e o afastamento da família. Infelizmente, nem sempre o agressor se mantém afastado do lar, pois a ordem judicial não tem o condão de mantê-lo longe da moradia comum, principalmente quando este conta com a convivência da esposa ou companheira.

“Na medida em que, não implicando restrição ou privação de liberdade do agressor, não impede que venha a retornar em momento posterior ao do afastamento coercitivo por ato judicial, [fica] a moradia da vítima e restante do grupo familiar desguarnecida de qualquer proteção” (BRANCHER, 1997, p. 71).

Um dos principais aspectos a ser levado em consideração quando atendemos a casos de violência sexual intrafamiliar contra criança e adolescente é avaliar com cautela se é viável ou não a permanência ou retorno do agressor ou da vítima para a moradia comum. Essa avaliação deve ser feita por uma equipe interdisciplinar, para que todos os aspectos que envolvem o caso sejam analisados. Deve-se pensar, inclusive, no tratamento do agressor, em direção não de um resultado voltado para sua punição, mas no sentido de melhorar a dinâmica da família e promover uma

vida com qualidade para a criança ou adolescente vitimizado. O ECA determina a convivência familiar e comunitária, mas assegura principalmente a proteção integral da criança e do adolescente que pode estar sendo violada dentro do próprio lar. Mas para que a criança e o adolescente sejam respeitados em sua condição de sujeitos em situação peculiar de desenvolvimento precisa-se mais que a promulgação de uma lei. Silva e Veronese (1998) ressaltam que o Estatuto da Criança e do Adolescente “tem a difícil, porém relevante, função de fazer com que o texto constitucional não seja letra morta; e para tanto, não basta a existência de leis que assegurem direitos sociais, mas que a estas seja conjugada uma política social eficaz.”

Além de uma maior campanha de divulgação e esclarecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, governo e sociedade devem juntos e definitivamente se engajar na luta pela garantia dos direitos da criança e do adolescente, resguardando assim sua dignidade e respeito. Não há dúvidas sobre a importância e a extrema necessidade e urgência da participação popular na formulação das políticas públicas.

2.4 POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA ATUALIDADE E O PLANO DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE.

O Relatório da CPI sobre a Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil, de 1993, também marcou a década e provocou a conscientização e mobilização de importantes setores da Sociedade Civil, do Executivo, Legislativo e Judiciário, da mídia e de organismos internacionais, em torno do tema já há muito tempo carente de atenção especial.

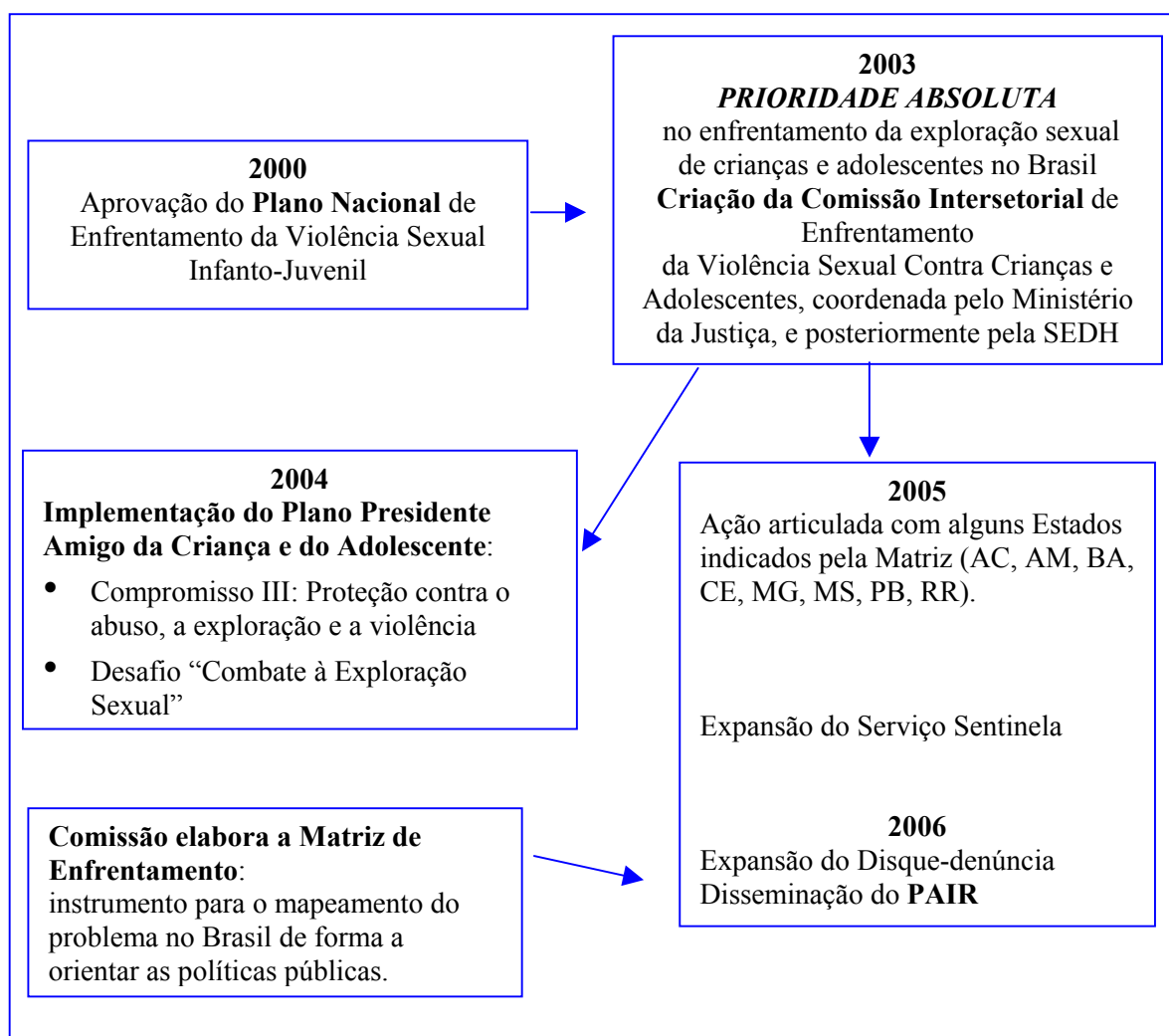
A intensa mobilização resultou numa maior visibilidade do fenômeno, na definição de estratégias, na implantação de programas e na realização de pesquisas,

campanhas, notícias e reportagens na mídia, criação de bancos de dados, programas de atendimento, prevenção, defesa e responsabilização, formação de agentes sociais, atuação de policiais especializados na área de proteção ao segmento infanto-juvenil e monitoramento legislativo.

Os atores envolvidos com essa questão passaram a enfrentar alguns desafios diante desse quadro de estratégias diferenciadas, como alcançar maior eficiência, eficácia e efetividade dos programas sociais de enfrentamento do fenômeno, buscando que os mesmos se complementem e potencializem, evitando-se duplicidades e superposições, através da elaboração de um plano nacional integrado e orgânico.

O quadro abaixo sistematiza a série histórica das ações para a implantação da Política de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil.

QUADRO 1 - O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL



Para o enfrentamento desta problemática adquiriu grande importância o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, um desdobramento das propostas obtidas no Congresso de Estocolmo, aprovado em junho de 2000 na cidade de Natal. Vários atores sociais participaram de sua elaboração, que contou também com a mobilização da sociedade civil em torno da temática e de órgãos do Estado. O Plano foi apresentado e deliberado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescentes (CONANDA) como referência única para as políticas públicas no tratamento da questão da violência sexual contra crianças e adolescentes. É um documento legitimado em diversos níveis participativos e de referência para as políticas públicas nos níveis federal, estadual e municipal.

Para realização do Plano, agentes sociais, governamentais, não-governamentais e representantes de diversos organismos internacionais, mediante um pensamento em prol de justiça e inclusão social, procuraram dar evidência a uma problemática que atinge toda a sociedade, buscando combater a Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes pautados nos princípios de proteção integral, para que crianças e adolescentes desenvolvam sua autonomia como sujeitos de direitos, e estejam envolvidos em um ambiente de solidariedade, de mobilização/articulação. O interesse principal, sobretudo, é que criança e adolescente consigam se recompor, no sentido de reescrever sua história em moldes de respeito e solidariedade.

Este Plano possui diretrizes que pretendem efetivar um conjunto de ações articuladas com intervenções técnico-política e financeira para o enfrentamento da problemática em questão. Redunda daí a realização da investigação científica, visando compreender, analisar, subsidiar e monitorar o planejamento e a execução das ações de enfrentamento da violência, objeto da pesquisa. E ainda a garantia do atendimento especializado às crianças e aos adolescentes em situação de violência

sexual consumada, bem como a promoção de ações de prevenção, articulação e mobilização, visando o fim da violência sexual. Para tanto, um dos objetivos secundários expressa o fortalecimento do sistema de defesa e de responsabilização, agudizando o protagonismo infanto-juvenil.

Há seis Eixos Estratégicos no Plano. Cada um tem definidos os objetivos e metas a serem alcançados, as ações a serem executadas, os prazos e as parcerias. Há uma ação orgânica e integrada.

O **primeiro eixo** relaciona-se ao conhecimento da população sobre o fenômeno da violência. O **segundo eixo** é o de mobilização e articulação, que estipula o fortalecimento de articulações estaduais, regionais e locais, o comprometimento da sociedade civil no enfrentamento do problema e o combate ao turismo sexual e tráfico para fins comerciais. O **terceiro eixo** propõe a atualização da legislação sobre crimes sexuais e o combate à impunidade, entre outras ações. O **quarto eixo** é o que podemos chamar de prevenção e atendimento especializado em rede às crianças e aos adolescentes vítimas de violência, assim como a suas famílias, por profissionais capacitados e especializados. O eixo de protagonismo juvenil se constitui no **quinto eixo**, e visa à promoção da participação ativa de crianças e adolescentes na defesa de seus direitos e exercício da sua cidadania. Por fim, o **sexto eixo** é de monitoramento e avaliação, que propõe tornar públicos os resultados das avaliações do Plano e encaminhar aos conselhos respectivos para o andamento necessário.

Outro aspecto a se observar dentro desta questão é a importância do Conanda e dos Conselhos de Direitos Estaduais e Municipais, que são as instâncias de deliberação, controle e acompanhamento do Plano Nacional. O Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes é mais uma frente dentro do Plano Nacional. Este possui uma articulação permanente,

democrática e plural, composta de representantes dos setores organizados da sociedade civil, dos poderes públicos e de organizações internacionais envolvidos com a temática e que atuam no país.

Um dos maiores desafios é fazer com que o Plano de Enfrentamento realmente seja colocado em prática. Para isso, torna-se necessário lutar por mais recursos no Orçamento da União. As esferas estaduais e municipais precisam ter o mesmo empenho. Isso porque, depois de elaboradas as diretrizes nacionais de combate ao problema, foi dada aos Estados e Municípios a missão de construir propostas locais de enfrentamento.

Na composição das forças de enfrentamento, o Plano Estadual é considerado um marco na luta pelo fim da exploração sexual infanto-juvenil. Como cabe ao Estado coordenar a política de maneira complementar à União, e adaptar as normas federais a sua realidade, o Plano Estadual de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes tem como referência fundamental o Plano Nacional, e como base legal o Estatuto da Criança e do Adolescente, reafirmando os princípios que asseguram a proteção integral, a condição de sujeitos de direitos, a prioridade absoluta e a condição peculiar de pessoas em desenvolvimento. Como o Plano Nacional, prevê seis eixos de atuação, incluindo a análise da situação. O Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes do Estado do Rio de Janeiro, aprovado em maio de 2004, passou a integrar o Plano de Ação do Cedca/RJ⁴³, que define as diretrizes básicas para as ações de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Rio de Janeiro. Segundo o Artigo 3º da Deliberação Cedca/RJ n.º 09, de 28-6-2006, este Conselho apoiará as diversas ações desenvolvidas para a integração política e operacional das organizações governamentais e não governamentais,

⁴³ Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro.

destinadas à defesa e proteção dos direitos das crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência sexual. Ao estudar o histórico e as ações de enfrentamento em nível regional, ainda que de uma forma bastante abreviada, percebemos que houve uma mobilização e um planejamento do Estado para que diversas secretarias e órgãos participassem efetivamente do enfrentamento dessa violação de direitos.

Neste sentido cabe remeter ao ECA, no que garante e explicitam os seus artigos:

“Art. 5 - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da Lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

“Art. 15 - A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

“Art. 87 - São linhas de ação da política de atendimento:

I - políticas sociais básicas;

II - políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que deles necessitem;

III - serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV - serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos;

V - proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente.” (BRASIL, 1990)

O Governo Federal, visando à construção de uma política integrada, articulando, informando, sugerindo e apoiando ações, criou como estratégia a Comissão Intersetorial de Enfrentamento da Violência Sexual a Crianças e Adolescentes. Essa Comissão é composta pelo Governo Federal, Sociedade Civil, organismos e organizações internacionais, Ministério Público, Tribunal de Justiça, embaixadas, dentre outras entidades mobilizadas. Um dos importantes produtos da

Comissão Intersetorial foi a Matriz Intersetorial de Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes (ESCCA).

A ESCCA mapeou os municípios brasileiros vulneráveis à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, a partir de dados e pesquisas sobre o tema. Trata-se de um instrumento gerencial com informações que permitem a análise, a orientação, a organização e a formulação de políticas públicas. A Matriz identificou 932 municípios e localidades brasileiras onde há ocorrência da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e levantou, ainda, informações sobre os programas existentes nesses municípios: programas federais e programas das organizações da sociedade civil e de cooperação internacional. Através de alguns dados levantados, constata-se que o fenômeno pesquisado está presente em todas as regiões do Brasil, com maior abrangência no interior do território nacional.

Entre as ações voltadas para o enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente foi também criado o Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente, que é o compromisso firmado pelo Governo brasileiro de construir um país mais adequado às necessidades de suas crianças, por meio de políticas públicas que garantam o acesso à saúde de qualidade. Art.7:

“A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. (BRASIL, 1990)

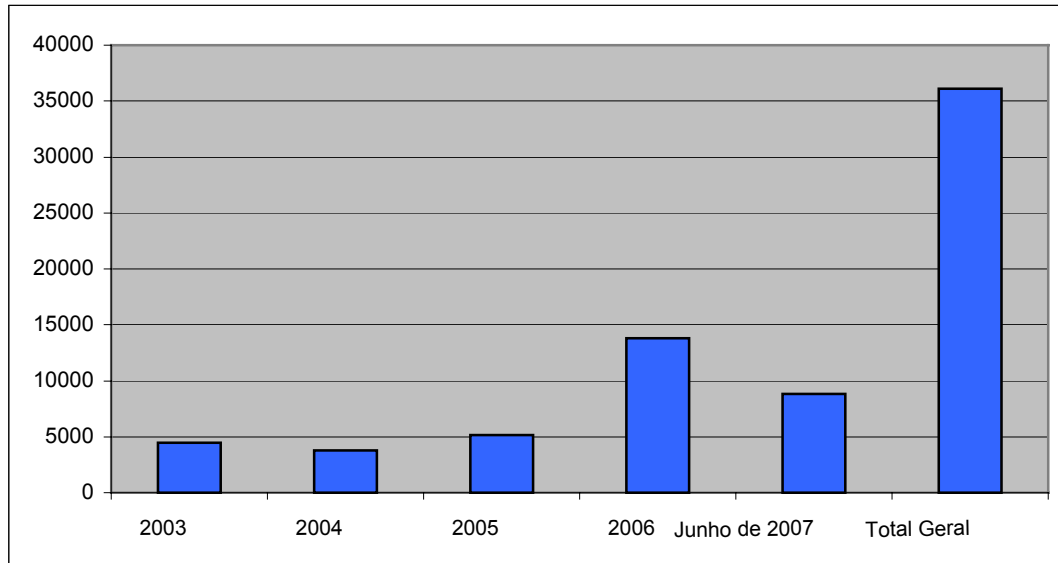
Como a violência sexual é uma violação do direito da criança e do adolescente e impede um desenvolvimento saudável, este plano objetiva efetivar a proteção dos direitos no que se refere ao abuso moral, físico e sexual; à violência contra a criança; e à exploração do trabalho infantil. Um de seus desafios é combater à exploração sexual de crianças e de adolescentes e tem como objetivo prestar

atendimento psicossocial e jurídico a crianças e adolescentes vítimas de exploração sexual. No intuito de alcançar este objetivo foram estabelecidas quatro metas:

- Implantação de redes de centros especializados no atendimento às crianças, adolescentes e famílias vitimizadas, focalizando áreas de fronteira, rotas de tráfico e grandes pontos de exploração sexual e comercial;
- Realização de campanhas de prevenção;
- Manutenção do serviço de recebimento;
- Encaminhamento de denúncias e capacitação dos agentes participantes do Sistema de Garantia dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes.

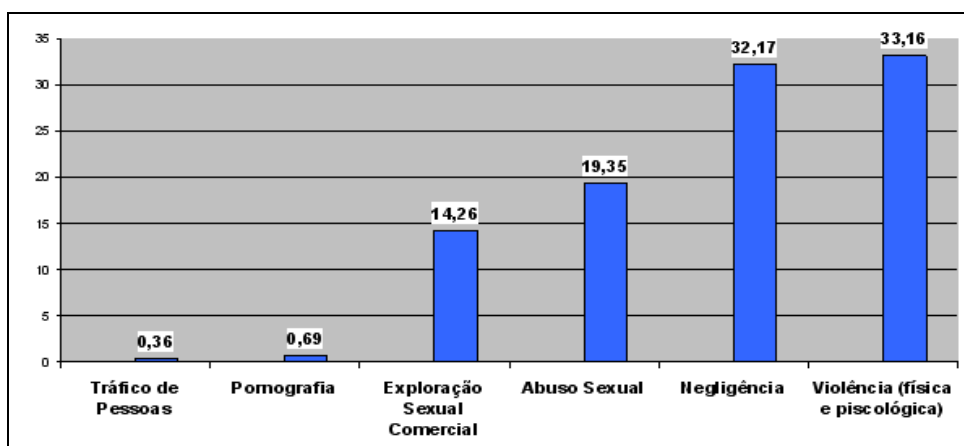
Outra iniciativa é o Serviço Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes⁴⁴, que atende em um número telefônico de utilidade pública (número 100) desde maio de 2006. Este Serviço vem recebendo denúncias de violência sexual praticadas contra crianças e adolescentes, que são encaminhadas às autoridades competentes, preservando o anonimato do autor da ligação. Também por meio deste número, o cidadão pode obter informações sobre o que são e como funcionam os Conselhos Tutelares, além de obter o telefone do órgão mais próximo de sua casa. Os gráficos 4 e 5 apresentam dados já levantados pelo Serviço Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes:

⁴⁴ Iniciativa do Governo federal coordenada e executada pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos em parceria com a Petróleo Brasileiro S.A. (Petrobras) e o Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (Cecria). Este serviço foi criado em 1997 sob a coordenação da Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção à Criança e ao Adolescente (Abrapia) e em 2003, abraçado pelo Poder Executivo.

GRÁFICO 1 - TOTAL DE DENÚNCIAS BRASIL POR ANO

FONTE – SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS – SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

O ano de 2006 foi o que acumulou o maior número de denúncias como mostra o gráfico a cima. Podemos inferir que este resultado tem relação com o Serviço Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes que no ano de 2006 disponibilizou um número de utilidade pública para que as denúncias pudessem ser feitas.

GRÁFICO 2 - PORCENTAGEM DE REGISTROS POR CATEGORIA DE VIOLÊNCIA NAS DENÚNCIAS CATEGORIZADAS – DDN 100 – JUNHO DE 2007

FONTE: SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS - SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Os registros do Serviço Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes são de extrema importância no sentido de quantificarmos e qualificarmos a violência contra a criança e adolescente. Por meio desse sistema, foi possível obter dados sobre o perfil das vítimas, dos abusadores e dos exploradores. Foi um importante passo para a sistematização dos dados nessa área. Porém, os registros revelam uma pequena amostra dos casos de violência cometida contra esse segmento da sociedade, em especial os casos de violência sexual. Por ser uma questão cercada de tabus, medos, omissões e algumas vezes indiferença, o processo de denúncia da violência sexual ainda é muito tímido. Acrescente-se que a denúncia deve ser seguida de procedimentos como: pessoal para apurar as denúncias, metodologia de trabalho adequada e formação de uma rede de atendimento para os casos que chegam através deste serviço.

Outro programa tendo a criança e o adolescente como figuras centrais foi idealizado pelo governo no ano de 2002. Como resposta às orientações contidas na Pesquisa Nacional de Tráfico de Mulheres e Adolescentes para fins de Exploração Sexual, por iniciativa da Secretaria de Estado de Assistência Social - MAS, da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos - MJ, bem como da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional - Usaid⁴⁵, foi elaborado o programa “Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro” - PAIR.

O Pair é um conjunto de ações voltadas ao enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil por meio de um conjunto articulado e integrado de políticas de atendimento, proteção e defesa das vítimas, bem como a repressão a sua ocorrência e a correspondente responsabilização dos violadores. Foi elaborado em

⁴⁵ *United States Agency for International Development*. Agência independente que desenvolve programas de sucesso reconhecido nas áreas de saúde, meio ambiente, energia, enfrentamento ao tráfico de seres humanos, entre outras ações.

agosto de 2002, como parte da prioridade dado pelo Governo ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, e teve suas ações retomadas em fevereiro de 2003. Sua elaboração baseou-se no ECA, quando este diz que (Art.86):

“A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.” (BRASIL, 1990).

Este programa foi implantado de forma piloto em municípios selecionados: Pacaraima/Roraima, Rio Branco/Acre, Manaus/Amazonas, Feira de Santana/Bahia, Campina Grande/Paraíba, Corumbá/Mato Grosso do Sul e Belo Horizonte/MG, a partir do cruzamento de informações de pesquisas, como a Pestraf⁴⁶ (LEAL & LEAL, 2002); e a Pesquisa Aids nas Fronteiras, ambas realizadas com apoio financeiro da Usaid. É coordenado pela SPDCA/SEDH⁴⁷ e conta com os seguintes parceiros: Ministérios da Saúde, Educação, Justiça e Turismo; Organização Internacional do Trabalho; governos estaduais e municipais; e sociedade civil. As principais metas do Pair são:

- Desenvolver estudos quantitativos e qualitativos para análise da situação de violência sexual infanto-juvenil nas áreas abrangidas pelo programa;
- Conhecer e dimensionar os recursos orçamentários e financeiros relacionados ao enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil nas áreas abrangidas pelo programa;
- Organizar um Sistema de Informações local sobre a situação infanto-juvenil, com ênfase na violência sexual;
- Fortalecer os Conselhos enquanto instâncias privilegiadas na formulação de políticas, programas e ações dirigidas ao atendimento e defesa de direitos de crianças e adolescentes, notadamente no que se refere ao enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil;
- Desenvolver Campanhas de Sensibilização e Mobilização da Sociedade, em especial a mídia e os segmentos que comprovadamente representam fatores de risco à população infanto-juvenil;

⁴⁶ Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual Comercial.

⁴⁷ Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

- Fortalecer as articulações nacionais, regionais e locais de combate à violência sexual infanto-juvenil;
- Fortalecer e potencializar a articulação entre os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos;
- Promover mecanismos de exigibilidade dos direitos (defesa jurídica) às vítimas da violência sexual infanto-juvenil;
- Qualificar os Serviços de Perícia Técnica como forma de assegurar atendimento humanizado às crianças e adolescentes em situação de violência;
- Garantir o atendimento adequado e especializado para crianças, adolescentes e familiares em situação de violência sexual;
- Integrar as Políticas Sociais Básicas consolidando redes de atenção às crianças, adolescentes e famílias violadas sexualmente;
- Promover a participação pró-ativa dos segmentos jovens na construção e implementação dos planos operativos locais voltados ao enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil.

Em seu relatório divulgado em 2004, o Tribunal de Contas da União aponta que os objetivos almejados pelo Pair são consoantes com as necessidades de melhorias identificadas, no que diz respeito à integração e articulação do Programa Sentinela, e propõe-se recomendar que a SEDH envie esforços no sentido de buscar recursos e parcerias visando o aumento da abrangência do PAIR, e elabore estudo com vistas a propor a sua inclusão como uma Ação do Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Assim, depois de obter uma avaliação positiva, a SPDCA/SEDH se motivou a expandir o Programa.

A Política Nacional de Assistência Social, através do Suas - Sistema Único da Assistência Social também traz sua contribuição no que tange à questão da violência sexual intrafamiliar, pois traz a possibilidade de a criança e o adolescente vitimizados serem reinseridos socialmente através de um acompanhamento psicossocial, acompanhamento esse que abrangerá toda a família.

Em 2005, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS

divulgou a nova Política Nacional de Assistência Social para a concretização do Suas, conforme deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2003.

A política de assistência do Suas tem o intuito de promover uma proteção social com maior efetividade de suas ações, aumentando sua cobertura, organizada por tipo de proteção - básica e especial, conforme a natureza da proteção social e por níveis de complexidade do atendimento.

Proteção Social Básica - Modalidade de atendimento de caráter preventivo, com o objetivo de fortalecer os laços familiares e comunitários.

Proteção Social Especial de Média Complexidade - Serviços destinados a situações onde os direitos do indivíduo e da família já foram violados, mas ainda há vínculo familiar e comunitário. O programa exige uma estrutura técnica e operacional maior do que os classificados como proteção básica, com atendimento individualizado e monitoramento sistemático.

Proteção Social Especial de Alta Complexidade - Atende a casos onde os direitos do indivíduo ou da família já foram violados, e também quando o vínculo familiar é rompido. Eles garantem proteção integral – moradia, alimentação, trabalho – para quem está em situação de ameaça, necessitando deixar o núcleo familiar ou comunitário.

Em relação aos Serviços, o conceito de Proteção Social estabelece como ações:

Proteção Social Básica - Organização e participação popular; Serviços e processos de fortalecimento da convivência familiar, comunitária e social; Serviços de referência para acolhida, escuta, informação, apoio sócio-familiar; Orientação para os serviços de outras políticas; Oportunidades no mundo do trabalho e renda; Serviços de socialização básica a crianças, adolescentes, idosos, mulheres, famílias e outros segmentos.

Proteção Social Especial - Rede de serviços de albergues, abrigos, moradias provisórias para adultos e idosos; Rede de serviços de acolhida para crianças e adolescentes com repúblicas, casas de acolhida, abrigos; Serviços especiais de referência para pessoas com deficiência, abandono, vítimas de negligência, abusos e formas de violência; Ações de apoio a situações de riscos circunstanciais, em decorrência de calamidades públicas e emergências.

O Suas trata como proteção especial o atendimento às vítimas de violências, agressões e às pessoas em situação de vulnerabilidade pessoal e social, como é o caso das crianças e adolescentes vitimizados pela violência sexual intrafamiliar.

Assim, oferece maiores condições às pessoas vitimizadas de enfrentarem vulnerabilidade social, tendo como amparo uma política capaz de monitorar e reduzir a ocorrência de riscos, seu agravamento ou sua reincidência, com capacidade de desenvolver ações para a promoção e garantia dos direitos humanos e sociais.

Os serviços de proteção social especial podem ser de média ou alta complexidade, dependendo da especialização exigida na ação. Casos de violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes, objeto de estudo dessa pesquisa, são categorizados como de média complexidade e têm o Creas⁴⁸ como um pólo de referência, coordenador e articulador da proteção social especial de média complexidade e responsável pela oferta de orientação e apoio especializados e continuados de assistência social a indivíduos e famílias com seus direitos violados, mas sem rompimento de vínculos.

Este serviço de proteção especial de média complexidade busca orientação, apoio e fortalecimento sócio-familiar e comunitário, diferenciando-se da proteção social básica por tratar-se de atendimento dirigido às situações em que os direitos das pessoas já foram violados. Essa proteção deve promover o acolhimento e desenvolver o atendimento a famílias e indivíduos que possibilitem a reconstrução de vínculos sociais e conquista de maior grau de independência individual e social.

O atendimento deve ser fundamentado na ética e no respeito mútuo, e o trabalho técnico deve ser orientado por protocolos especializados para promover condições de fortalecimento de identidade e auto-estima; promover possibilidades

⁴⁸ “O Centro de Referência Especializado de Assistência Social - Creas constitui-se numa unidade pública estatal, de prestação de serviços especializados e continuados a indivíduos e famílias com seus direitos violados, promovendo a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar a ação para os seus usuários, envolvendo um conjunto de profissionais e processos de trabalhos que devem ofertar apoio e acompanhamento individualizado especializado”. (<<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em 12 set 2007)

de construção de propósitos de vida, (re) estabelecimento de vínculos familiares e sociais, e alcance de autonomia.

Dentro desta perspectiva, tanto a criança ou adolescente vitimizado como a família e também o agressor serão alvo desse serviço, que foi elaborado para desenvolver um conjunto de procedimentos técnicos especializados para atendimento e proteção imediata às crianças e aos adolescentes abusados ou explorados sexualmente, assim como seus familiares, buscando a composição e articulação da rede local como alternativa de atendimento e acompanhamento dos agressores, em conjunto com os encaminhamentos que devem ser conduzidos pelas áreas de segurança pública e justiça para efetivar a responsabilização criminal dos mesmos.

Os casos específicos devem ser encaminhados para a rede de serviços, de preferência próximo à moradia. Quando necessário, deverão ser solicitadas medidas adicionais ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e Juventude. Quando se constatar que foram esgotadas todas as possibilidades de intervenção, sem mudança dos padrões de conduta violadora, persistindo a situação de risco para as crianças e adolescentes, deverá ser informada a autoridade competente, inclusive por meio de relatório circunstanciado, para que sejam tomadas as medidas pertinentes.

O Suas prevê um momento de desligamento do programa, que acontecerá quando for verificada a superação das situações de violação de direitos constatadas, o fortalecimento da função de proteção do grupo familiar e outras alternativas de reinserção social. Quando se tratar de execução de medida de proteção ou sócio-educativa, o desligamento deverá ser previamente acordado com o órgão encaminhador, inclusive com indicação de reintegração familiar de crianças e adolescentes com medida de abrigo.

O Creas poderá ser implantado com abrangência local ou regional, de acordo com o tamanho, o nível de gestão e demanda dos municípios, além do indicador de

incidência e da complexidade das situações de risco e violação de direito. O Creas de abrangência local poderá ser implantado em municípios habilitados em gestão inicial, básica e plena.

A política de proteção social que vem sendo adotada na trajetória da infância e adolescência ainda requer maior atenção por parte dos governantes e da sociedade. Falta uma melhor integração das ações para darem conta de um fenômeno de difícil trato como a violência sexual.

Muito tem sido feito para que os direitos da criança e do adolescente sejam respeitados em todas as instâncias e principalmente dentro da família. Muitas ações tem sido empreendidas após a promulgação do ECA.

“Em todo o contexto histórico da sociedade brasileira encontram-se fundamentações baseadas em desigualdades, clientelismos e hierarquizações, mas também, histórias de resistência e de lutas muitas vezes não consideradas. A trajetória histórica da infância e da adolescência não foi fundamentalmente diferente. O marco diferencial de conquista neste processo continua sendo, mesmo com toda essa conjuntura social, o Estatuto da Criança e do Adolescente”. (BARROS, 2005, p.96)

A união de esforços entre as organizações governamentais e não-governamentais na construção de ações de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes constitui-se em pleno exercício de cidadania.

No entanto, a política mais importante é a da prevenção, que em conjunto com outras políticas como a de denúncia, repressão/responsabilização, atendimento e defesa dos direitos da criança e do adolescente vão fazer valer, de verdade, o que é preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

3 A VIOLÊNCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CONTEXTO, PRÁTICAS E PREVENÇÃO

Para analisar o contexto e as práticas desenvolvidas em torno da violência sexual contra criança e adolescente, realizamos uma pesquisa de campo no município de Niterói. Esta pesquisa foi constituída a partir de algumas proposições que foram aos poucos se delineando na busca de desvelar a realidade expressa nas práticas desenvolvidas que conformam um fluxo de atendimento para crianças e adolescentes vitimizados pela violência sexual intrafamiliar.

Partimos da premissa de que são diversas as portas de entrada para registro dos casos de violência sexual intrafamiliar contra a criança e o adolescente: escola, comunidade, unidades básicas de saúde, delegacias de polícia, serviços de emergência, entre outros.

Porém, elegemos para a pesquisa dois espaços representantes do setor de saúde pública e um espaço não-governamental da área assistencial, todos de Niterói. A escolha baseou-se na importância destes setores no atendimento dos casos de violência.

A pesquisa abrangeu os atendimentos às vítimas de violência realizados durante cinco anos (entre 2000 e 2005) no Hospital Universitário Antônio Pedro e no Hospital Estadual Getúlio Vargas Filho, grandes portas de entrada dos casos de

violência sexual intrafamiliar contra a criança e o adolescente no município de Niterói. Além desses hospitais, fez parte do campo da pesquisa uma entidade privada, representante da assistência, a Fenase (Fundação Evangélica de Assistência Social El-Shadai).

3.1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: ALGUMAS INFERÊNCIAS SOBRE A PESQUISA

Estudar a questão da violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes significa fazer uma incursão no campo da subjetividade humana, relacionada, sobretudo, às emoções, à sexualidade e ao relacionamento familiar envolvendo valores construídos socialmente. Significa também conhecer o papel do Estado nesta questão.

O Hospital Universitário Antônio Pedro (Huap) é a maior e mais complexa unidade de saúde da Grande Niterói e, portanto, classificado como hospital de níveis terciário e quaternário, isto é, unidade de saúde de alta complexidade de atendimento, de acordo com padrões do SUS. O Huap atende prioritariamente à população da Zona Metropolitana II que engloba, além de Niterói, as cidades de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Sua área de abrangência atinge uma população estimada em mais de dois milhões de habitantes e, pela proximidade com a cidade do Rio de Janeiro, atende também a parte da população desse município.

O Hospital Getulio Vargas Filho- HGVF oferece atendimento em serviço de emergência pediátrica não traumática às crianças e adolescentes do município. É uma importante referência no atendimento da área de saúde para criança e adolescente não somente para o município de Niterói mas também para toda região.

A Fenase é uma ONG localizada em Piratininga, bairro da Região Oceânica de Niterói. Atende crianças e adolescentes do entorno, realizando um trabalho complementar à escola formal. Também tem um trabalho voltado para as famílias.

Para a análise dos atendimentos efetuados na área da saúde utilizamos o material coletado no Banco de Dados do Projeto Observatório da Violência contra a Criança e o Adolescente, desenvolvido pelo NPHPS-CRD⁴⁹. Este banco de dados foi desenvolvido pela equipe do projeto e tem em seus registros os relatos das fichas de notificação compulsória de maus-tratos dos hospitais já mencionados, no período de 2000 a 2005.

O método utilizado foi estudar os prontuários onde viessem a ser detectadas as chamadas “causas externas”, com ênfase na violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes, a partir dos setores de Emergência dos hospitais. A partir do banco de dados, foi feito o tratamento dos dados e posterior análise. Para o estudo na Fenase, utilizamos como metodologia a seleção qualitativa de algumas falas. De um universo de 100 casos de crianças e adolescentes atendidas, trouxemos para a pesquisa quatro casos representativos de abuso sexual, que nos permitiram uma abordagem mais aprofundada das falas relatadas.

Segundo Brandão (2001), dentro desse campo temático tudo é pertinente, nada é desprezível. Muitas vezes, não é unicamente aquilo que é dito explicitamente que é significativo. A maneira de dizer, as inflexões, as hesitações, as pausas e os silêncios dizem muita coisa. Ainda segundo o autor, é nessas dobras do discurso que se escondem a ambigüidade e a contradição entre o pensar e o agir que importa captar e desvelar. Desvelar para descobrir, e esse é o primeiro passo para a transformação. Os fragmentos de discurso “não dito” e o “mal dito” – por medo, por

⁴⁹ Núcleo de Pesquisa Histórica sobre Proteção Social e Centro de Referência Documental, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense.

podor, por desconfiança ou porque dizê-lo seria doloroso demais – são tão ou mais importantes que as respostas superficiais. E estivemos atentos a esses momentos, pois nos pareciam ser os mais reveladores.

A presente pesquisa assume um caráter qualitativo porque busca compreender as diferentes dimensões do objeto de investigação, e é quantitativa porque expressa em números os aspectos desta questão.

Justificamos nossa opção pela abordagem qualiquantitativa, tendo em vista a relevância que esta assume na coleta e na interpretação dos dados, e por possibilitar que a realidade seja captada não somente através do discurso, dito e não dito, mas na incidência com que as respostas acontecem.

Muitas dificuldades foram encontradas ao estudarmos a violência intrafamiliar contra a criança e adolescente e sua interface com a saúde e assistência. Entretanto, nenhuma foi maior que romper as barreiras impostas pelo preconceito criado em torno da questão. Buscamos romper alguns desses preconceitos; utilizamos a metodologia qualitativa por entendermos que a mesma é consoante com a elaboração de um conhecimento que, saído da prática política, torna possível e proveitoso o compromisso com as pesquisas sociais.

A pesquisa, afirma Brandão (2001), deve voltar-se para as necessidades básicas do indivíduo que responde especialmente às necessidades de populações, levando em conta suas aspirações e potencialidades de conhecer e agir. Elegemos esta metodologia por acreditarmos que procura incentivar a autonomia e a auto-estima dos sujeitos da pesquisa a partir das suas bases materiais.

Assim, na pesquisa social, que é a que adotamos no presente estudo, há um constante questionamento, sempre é preciso argumentar a favor ou contra determinadas apreciações e interpretações, tendo em vista que o papel do pesquisador nunca é neutro dentro do campo observado e que a divergência é reflexo da

ambivalência de muitas ações sociais. Trata-se de conhecer para agir, de agir para transformar, mas as possíveis transformações nem sempre são radicais ou aquelas que desejaríamos *a priori*. Em todas as circunstâncias, nós, pesquisadores, não podemos aplicar uma norma de ação preestabelecida, mas devemos ficar atentos à negociação do que é realmente transformável em função das formas de poder, do grau de participação dos interessados e da especificidade das formas de ação.

3.1.1 O contexto territorial pesquisado - Niterói

Este estudo tem como foco territorial a cidade de Niterói, no seu ordenamento territorial urbano mediado pelas relações de poder. Para conceituarmos, o espaço urbano aqui descrito se constitui numa porção privilegiada, o *locus* onde ocorrem as trocas simbólicas, a construção das subjetividades e a ação concreta, onde acontece o Discurso sobre a Cidade e a viabilidade deste. Neste sentido, ao falar da territorialidade de Niterói, há que se pensar na intencionalidade e na propagação do projeto político do grupo hegemônico local.

Neste campo cabem disputas que buscam um novo sentido de cidade, que pode atender a uma intenção de classe que tem no imaginário coletivo uma cidade que promova a qualidade de vida e em que a economia municipal aponte para um ordenamento territorial.

A construção e a cristalização das imagens-síntese da cidade de Niterói apontam para uma lógica de ordenamento territorial voltada para o capital. A reformulação do sentido da cidade, e todos os discursos e táticas adotados na construção de uma nova imagem, seguiram essa fórmula de pensar a cidade adequando-a às novas demandas do capitalismo mundial. Neste sentido, as políticas beneficiam os agentes hegemônicos, não privilegiando-se, efetivamente, uma

política que beneficie e incorpore, de forma mais ampla, as classes sociais populares. Contudo, ações são desenvolvidas para atender a algumas demandas impostas pelos setores mais empobrecidos da população. É nestas contradições que cabe aos movimentos organizados a construção de propostas que possuam a perspectiva de consolidação de conquistas das demandas dos setores mais vulnerabilizados, procurando romper com estruturas segmentadas, já que as intervenções dentro da territorialidade no espaço urbano calcam-se na cristalização de uma imagem veiculada pelas formas urbanas, representadas pela aparência de progresso, de assepsia e de disciplina urbana.

Niterói foi fundada em 22 de novembro de 1573 e já foi chamada de vila de São Lourenço dos Índios, Vila Real da Praia Grande, quando a cidade ocupava somente a parte relativa ao centro da cidade atual. A partir do século XIX, o serviço de bondes entrou em funcionamento devido à expansão para além dessa área, permitindo a urbanização de pontos mais distantes do centro. No início do século XX, Niterói deu início a seu processo de industrialização. Foi capital do Estado do Rio de Janeiro quando este esteve dividido entre Rio de Janeiro e Distrito Federal, sede do Governo Federal segundo Ato Adicional⁵⁰ de 1834. Somente em 1835 a vila foi elevada à categoria de cidade e recebeu o nome de Niterói. Em 1841, Niterói recebeu o título de Imperial Cidade, conferido por D. Pedro II. Com a transferência do distrito federal para Brasília, em 1960, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se Estado da Guanabara. No dia 15 de março de 1975 foi feita a junção dos dois estados, e a Cidade do Rio de Janeiro passou a ser a capital do Estado do Rio de Janeiro.

⁵⁰ O Ato Adicional foi proclamado por lei de 12 de agosto de 1834. Foi uma grande experiência, a mais próxima da democracia no período imperial.

O município de Niterói⁵¹ faz parte da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e possui uma área de 134,5 km². Está dividido em 48 bairros, 5 Regiões, 2 Distritos, 12 Secretarias. Representa um núcleo sócio-econômico e político de influência regional e suas principais atividades econômicas são de serviços, comércios, administração pública e indústria de transformação. Considerando-se os dados do Censo Demográfico elaborado pelo IBGE, em 2000 Niterói contava com 459.451 habitantes, sendo 213.984 homens e 245.467 mulheres. A população de 0 a 24 anos tinha a seguinte distribuição etária:

**TABELA 3 - POPULAÇÃO DE 0 A 24 ANOS SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS
- NITERÓI - 2000**

FAIXA ETÁRIA	CRIANÇAS 0 A 9	CRIANÇAS 10 A 14	ADOLESCENTES 15 A 17	JOVENS 18 A 24
POPULAÇÃO	61.687	32.911	22.164	57.997

Mesmo tendo IDH⁵² alto, Niterói enfrenta os reflexos de um mundo globalizado de exclusão social, que gera condições de vida extremamente desiguais entre seus habitantes.











Há localidades de maior risco social, abrangendo favelas, assentamentos e ocupações. E mesmo o IBGE considerando como favelas as comunidades constituídas por mais de 50 habitações, há indícios de que na Região Oceânica já existam 14 comunidades de baixa renda consolidadas. Neste sentido, há déficit habitacional na cidade que é expresso por ocupações irregulares de encostas, originando ou

⁵¹ A cidade fica a cinco quilômetros da cidade do Rio de Janeiro, à qual é ligada pela Ponte Rio-Niterói, cuja extensão é de 14 quilômetros, e por um serviço de barcas e lanchas rápidas, chamadas de “catamarãs”. Faz divisa ainda com os municípios de São Gonçalo (ao norte) e Maricá (a leste). Ao sul encontra-se o Oceano Atlântico e a oeste a Baía de Guanabara. A qualidade de vida na cidade já esteve entre as mais elevadas do país (terceiro lugar dentre 5.600 municípios), de acordo com padrões da ONU.

⁵² O Índice de Desenvolvimento Humano mede o nível de desenvolvimento humano de países, estados e cidades. Utiliza como critérios a educação, ou seja, alfabetização e taxa de matrícula, longevidade, que seria a média de vida ao nascer, e renda per capita (PIB). O índice varia de zero, que significa nenhum desenvolvimento humano, a um, que é o desenvolvimento humano total. Um IDH seja até 0,499 quer dizer que o país, por exemplo, tem desenvolvimento humano considerado baixo. Já os que têm índices entre 0,500 e 0,799 são considerados médios. Países com IDH superior a 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto.

fortalecendo o processo de favelização (ver TABELA 6), considerado reflexo do aumento da pobreza. Segundo o Ministério das Cidades⁵³, o número de favelas no Brasil cresceu 150% em dois anos, entre 1999 e 2001. Apenas 50% das favelas têm coleta de esgoto em Niterói, segundo a concessionária Águas de Niterói.

TABELA 4 - IDH

	CIDADES	IDH EM 1991	IDH EM 2000
1°	SÃO CAETANO DO SUL (SP)	 0,842	 0,919
2°	ÁGUAS DE SÃO PEDRO (SP)	 0,848	 0,908
3°	NITERÓI (RJ)	 0,817	 0,886
4°	FLORIANÓPOLIS (SC)	 0,824	 0,875
5°	SANTOS (SP)	 0,838	 0,871

FONTE: [HTTP://WWW.RANKBRASIL.COM.BR/MAISMAIS/POLITICA/IDH_BRASIL.ASP](http://www.rankbrasil.com.br/maismais/politica/idh_brasil.asp)

Um dos fatores que se expressam de forma considerável para o aumento do IDH é a alta escolaridade e taxa de alfabetização da população niteroiense. Como a TABELA 5 indica, desde a década de 1990 o município aponta alto índice de população alfabetizada.

TABELA 5. POPULAÇÃO ALFABETIZADA

População alfabetizada		
Grupos de idade	1991	2000
acima de 5 anos	91,97%	94,35%
acima de 15 anos	94,59%	96,45%

Fonte: PMN/Subsecretaria de Ciência & Tecnologia; IBGE, Censo Demográfico 1991 e 2000.

Embora esses índices expressem a alta taxa de pessoas alfabetizadas, ainda permanece a questão da melhoria da qualidade de ensino como meta a ser atingida, tendo em vista que a cidade de Niterói não mostrou crescimento do acesso de

⁵³ Criado pelo Presidente Luiz Ignácio Lula da Silva em 1° de janeiro de 2003 com a função de definir a política nacional de desenvolvimento urbano, e setoriais de habitação, de meio ambiente, de transporte e de mobilidade social, propôs que fossem feitas conferências nos diversas cidades brasileiras como forma de debater as questões regionais e estaduais.

crianças e adolescentes ao ensino fundamental e a taxa de concluintes decaiu 26% nos últimos cinco anos. Tal fato se reflete quando se faz o cruzamento de dados como anos de estudo e rendimento mensal. Vejamos: 36% da população não têm o curso fundamental completo e 43% não têm rendimento ou percebem até três salários-mínimos. Este dado aponta para a necessidade de formulações de políticas públicas com foco na educação básica e média.

TABELA 6. MÉDIA DE MORADORES POR DOMICÍLIO EM FAVELAS DE NITERÓI

Favelas		População Residente				
		Domicílios		População		Média de Moradores por Domicílio
Nome	Bairro	Abs.	%	Abs.	%	
Niterói		15.226	100,00	50.020	100,00	3,29
Morro do Africano	Viradouro	272	1,79	1.052	2,10	3,87
Morro Lara Vilela 94 (Morro do 94)*	São Domingos	53	0,35	204	0,41	3,85
Morro da Iara (Querosene)*	Cubango	140	0,92	535	1,07	3,82
Morro do Cascarejo	Jurujuba	187	1,23	703	1,41	3,76
Morro da Igrejinha*	Largo da Batalha	692	4,54	2.578	5,15	3,73
Morro da rua Souza Soares	Fonseca	248	1,63	916	1,83	3,69
Morro Martins Torres*	Santa Rosa	201	1,32	736	1,47	3,66
Morro da Penha	Ponta D'areia	195	1,28	714	1,43	3,66
Morro da Ilha da Conceição*	Ilha da Conceição	293	1,92	1.024	2,05	3,49
Morro do Preventório	Charitas	1.404	9,22	4.870	9,74	3,47
Morro do Pau-Ferro	Jurujuba	153	1,00	527	1,05	3,44
Morro Souza Soares	Vital Brasil	685	4,50	2.348	4,69	3,43
Morro dos Marítimos	Engenhoca	255	1,67	874	1,75	3,43
Morro da Chácara	Centro	233	1,53	798	1,60	3,42
Morro da Boa Vista	São Lourenço	529	3,47	1.811	3,62	3,42
Morro do Caranguejo*	Largo da Batalha	170	1,12	578	1,16	3,40
Morro do Serrão	Fonseca	199	1,31	676	1,35	3,40
Morro do Zulu	Santa Rosa	222	1,46	749	1,50	3,37
Grota do Surucucu*	Cachoeira	234	0,88	451	0,90	3,37
Morro da Cotia	Icaraí	46	0,30	154	0,31	3,35
Buraco do Boi	Barreto	790	5,19	2.638	5,27	3,34
Sítio de Ferro II*	Cantagalo	651	4,28	2.169	4,34	3,33
Morro da União	Largo da Batalha	262	1,72	868	1,74	3,31
Morro do Ingá	Ingá	280	1,84	925	1,85	3,30
Morro do Cafubá*	Cafubá	239	1,57	778	1,56	3,26
Morro São Feliciano	Cubango	122	0,80	396	0,79	3,25
Morro Salinas*	Jurujuba	118	0,77	383	0,77	3,25
Morro do Bumba	Ititioca	86	0,56	279	0,56	3,24
Morro do Peixe Galo*	Jurujuba	123	0,81	398	0,80	3,24
Morro do Estado	Morro do Estado	991	6,51	3.202	6,40	3,23
Morro do Rato Molhado*	Itaipu	101	0,66	326	0,65	3,23
Morro do Viradouro*	Viradouro	122	0,80	393	0,79	3,22
Morro do Cavalo	São Francisco	731	4,80	2.330	4,66	3,19
Sítio de Ferro I*	Cantagalo	298	1,96	946	1,89	3,17
Pátio da Leopoldina*	Barreto	310	2,04	978	1,96	3,15
Nova Brasília ou Coréia	Engenhoca	390	2,56	1.230	2,46	3,15
Morro do Monan*	Cantagalo	197	1,29	618	1,24	3,14
Morro do Mato Grosso*	Badu	200	1,31	624	1,25	3,12
Morro Frei Orlando *	Vila Progresso	80	0,53	249	0,50	3,11
Vila Ipiranga	Fonseca	1.264	8,30	3.813	7,62	3,02
Morro da Caixa D'água	Caramujo	617	4,05	1.748	3,49	2,83
Morro do Saraiva	Fonseca	102	0,67	271	0,54	2,66
Buraco do Juca ou São José	Engenhoca	841	5,52	2.160	4,32	2,57

FONTE: PMN/SUBSECRETARIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA; IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO 2000 - RESULTADOS PRELIMINARES

* As favelas com asteriscos não estavam identificadas na malha censitária IBGE 1991-1996, porém houve uma atualização da malha censitária do IBGE para o Censo Demográfico 2000, segundo critérios da própria instituição.

Ao depararmos-nos com esses dados, percebemos que o município de Niterói ainda apresenta muitos problemas carentes de soluções. A violência sexual intrafamiliar contra a criança e o adolescente é uma dessas questões que está merecendo uma melhor atenção por parte de toda a sociedade. Segundo Wieviorka (1997), a violência deve ser pensada a partir do político, pois ela está situada no cruzamento do social, do político e do cultural. A complexidade do fenômeno da violência, sua inter-relação nos diversos contextos sociais e suas representações exigem, para seu enfrentamento e compreensão, um conhecimento interdisciplinar.

3.1.1.1 Atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência sexual no município de Niterói

Em relação aos atendimentos às crianças e adolescentes, o município vem tentando criar um suporte para situações que exijam intervenção mais incisiva. Os segmentos abaixo são responsáveis pela prestação de serviços da Política Municipal de Assistência Social.

TABELA 7 - ASSISTÊNCIA SOCIAL - SERVIÇOS

TIPO DE SERVIÇO	NÚMERO DE SERVIÇOS GOVERNAMENTAIS	NÚMERO DE SERVIÇOS NÃO GOVERNAMENTAIS
APOIO SÓCIOEDUCATIVO EM MEIO ABERTO	2	10 ⁵⁴
ABRIGO	3	8 ⁵⁵
PETI		5
CRAS	7	

FONTES: SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE NITERÓI

Tendo como base a TABELA 7, os três Conselhos Tutelares foram implantados, cumprindo a previsão legal de descentralização das ações. Para

⁵⁴ Possuem convênio com a Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Niterói.

⁵⁵ Co-financiados pela Prefeitura Municipal de Niterói.

cumprir a finalidade de fiscalização, o sistema judiciário, a Vara da Infância e Juventude, a Promotoria de Infância e Juventude do Ministério Público, executam medidas socioeducativas em meio aberto de prestação de serviços à comunidade e liberdade assistida, operacionalizadas pelo município.

É importante destacar que no âmbito da criança e do adolescente, de acordo com o art. 90, parágrafo único⁵⁶ do Estatuto da Criança e do Adolescente, os serviços, movimentos, grupos, e instituições de defesa são registrados e acompanhados pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

É significativo o número de crianças e adolescentes que necessitam de atendimento, proteção e amparo para a garantia de seus direitos, de sua condição de sujeitos, frequentemente imersos em relações de violência intrafamiliar. Esta condição é comprovada a partir dos dados do I Conselho Tutelar, que entre 1993 e 2003 atendeu 14.445 casos, sendo que, dos prontuários pesquisados⁵⁷, 2.446 se desdobraram em algum tipo de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente (ver TABELA 8).

Para o enfrentamento desta questão, o Poder Local, em parceria com a sociedade civil, vem realizando algumas ações de enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Niterói, atendendo ao artigo 86⁵⁸ do Estatuto da

⁵⁶ “As entidades governamentais e não-governamentais deverão proceder à inscrição de seus programas, especificando os regimes de atendimento, na forma definida neste artigo, junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, o qual manterá registro das inscrições e de suas alterações, do que fará comunicação ao Conselho Tutelar e à autoridade judiciária”.

⁵⁷ Essa constatação é resultado da pesquisa de doutorado realizada pela professora e pesquisadora da Universidade Federal Fluminense Nivia Valença Barros, que teve a intenção de contextualizar de forma articulada a violência intrafamiliar contra criança e adolescente no município de Niterói, a partir dos atendimentos efetuados em termos de proteção social.

⁵⁸ “A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

Criança e do Adolescente, que fala no conjunto articulado de ações, possui uma rede⁵⁹ que congrega os serviços de atendimento à infância e adolescência na cidade.

3.1.1.2 Serviços de Atendimento e Sistema Único da Assistência Social no Município de Niterói

Um aspecto que devemos pontuar é a implementação do SUAS no município de Niterói, o qual recebe co-financiamento do Governo Federal através do Piso Fixo de Média Complexidade, para uma base de atendimento de 80 indivíduos, e está habilitado em gestão plena. De acordo com o guia de prestação de serviços, deve ofertar no Creas o serviço de enfrentamento, o serviço de orientação e apoio especializado às famílias e o serviço de orientação e acompanhamento a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida e de prestação de serviços à comunidade. À medida que o Município tenha capacidade, deverá efetuar a expansão dos serviços de atendimento a situação de violação de direitos a outros segmentos.

O Programa Sentinela, referência no atendimento a criança e adolescente vítima de violência sexual, a partir da PNAS⁶⁰/2005 e NOB/Suas⁶¹ 2005, passou a integrar um dos serviços do Creas, com a nomenclatura de Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes. O que

⁵⁹ Segundo Castells (1999, p.497), “redes constituem a nova morfologia social de nossas sociedades, e a difusão da lógica de redes modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura”.

⁶⁰ Política Nacional de Assistência Social.

⁶¹ Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social.

**TABELA 8 - VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR
PRONTUÁRIOS EXISTENTES NO I CONSELHO TUTELAR DE NITERÓI**

ANO	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
TOTAL DE PRONTUÁRIOS	109	646	736	924	978	941	1.084	2.700	2.280	1.997	2.050	14.445
PRONTUÁRIOS VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR	40	161	139	114	150	146	182	477	419	336	247	2.411
DESDOBRAMENTOS PRONTUÁRIOS VIOL. INTRAFAMILIAR.	54	166	140	115	152	147	185	480	423	337	247	2.446

FONTE: BARROS, 2005

atualmente difere do serviço de enfrentamento para o antigo Programa Sentinela é o atendimento para além das situações de abuso e exploração sexual, que compreende outras formas de violência contra crianças e adolescentes. Neste sentido, o MDS cofinancia o Piso Fixo de Média Complexidade, para manutenção do Creas, unidade pública estatal que oferta serviços especializados a indivíduos e famílias que tiveram seus direitos violados.

O Centro e Serviço Especializado Sentinela/Niterói, criado pelo Governo Federal, foi o primeiro a ser implantado no Estado do Rio, em 2001. Todos recebem investimentos federais. A lógica do programa é dar atendimento 24 horas para crianças e adolescentes de 0 a 18 anos que sofreram ou sofrem violência dos mais diferentes tipos. O balanço de atendimento de 2005 (o mais recente disponível) registrou 194 casos acompanhados. Destes, 45 se referem a abuso sexual (crianças que sofreram violência sexual de qualquer espécie) e 14 a exploração sexual (crianças que foram prostituídas). O restante dos casos são de violência física, psicológica, emocional, social, e emprego de mão-de-obra infantil em trabalho. Para prestar atendimentos. A sede do programa pode dar acolhimento a até 8 crianças/adolescentes, quando a análise dos casos acompanhados identificam a necessidade deste procedimento.

Outros Serviços⁶² também têm sido de grande relevância no atendimento de crianças e adolescentes vitimizados pela violência sexual intrafamiliar. Podemos citar:

Subsecretaria de Programas de Adoção - também é uma das linhas de enfrentamento da violência infanto-juvenil. Realiza um trabalho junto aos 19 abrigos cadastrados na cidade, onde estão crianças que foram vítimas de violência familiar e social e que podem ser adotadas. As chamadas Excursões Pedagógicas são realizadas periodicamente e levam as crianças abrigadas para passeios acompanhados de monitores

⁶² PMN - Prefeitura Municipal de Niterói. <<http://www.niteroi.rj.gov.br/portal3>>. Acesso em 25 set 2007.

educacionais. São visitados museus, com destaque para o MAC, Jardim Zoológico e outros lugares onde são trabalhados os aspectos de diversão, educação e cultura.

Núcleo de Atenção Especial à Criança e ao Adolescente-Naeca - cuida dos aspectos físicos e psicológicos da violência contra a criança. Para tal, conta com 4 psicólogos, 1 assistente social e 1 ginecologista. Dado interessante é que grande parte dos casos atendidos é de violência sexual. Cerca de 90% são cometidos por pessoas que possuem algum grau de intimidade com a criança violentada, como pais, tios, vizinhos etc.

Movimento Terapêutico-Mote - é ligado à Fundação de Infância e Adolescência (FIA) do Governo do Estado, e existe desde 2001. O trabalho realizado visa reinserir crianças que saíram de casa por algum tipo de violência e que foram abrigadas em instituições do Estado. O trabalho é feito através do contato e acompanhamento junto às famílias dos menores ou das pessoas que se apresentam como responsáveis. Em Niterói, o trabalho do Mote se concentra no abrigo Almir Madeira, no Barreto. Atualmente, há 138 casos sendo acompanhados pelo Mote. Em 2005, 25% das crianças acompanhadas foram plenamente reinseridas em seus lares. Outros 70% das crianças tiveram aproximação com suas famílias.

A violência contra crianças e adolescentes envolve dimensões culturais, sociais, econômicas, psicológicas e comportamentais que precisam ser pensadas, refletidas, trabalhadas e transformadas, com foco na Garantia dos Direitos Fundamentais à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito e cidadania. Desta forma, as políticas que visam a apoiar e legitimar crianças e adolescentes afirmam que as mesmas não deverão ser objetos de crueldade, opressão, abusos e atitudes que impeçam seu pleno desenvolvimento físico e mental, que as impeçam de se tornarem sujeitos ativos na sociedade.

A intervenção nessa prática exige que se formem redes de apoio baseadas em políticas públicas que assumam a postura ética e social, com integração e investimento nas políticas de proteção às crianças e adolescentes, dentre elas o fortalecimento dos Conselhos Tutelares, a aplicação eficaz da lei de responsabilização, ações de prevenção, mobilização e atendimento multiprofissional, envolvendo todos os segmentos da sociedade civil organizada nas áreas da saúde, promoção social, educação, segurança, justiça, e sociedade em geral.

3.1.1.3 A Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói

A Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente passa atualmente por reformulações, mas apresenta-se como um espaço onde são discutidos não somente os casos, como também os encaminhamentos dados e, principalmente, são levantadas propostas com o intuito de encontrar soluções que venham dar conta de um fenômeno tão complexo como é a violência.

O surgimento da Rede visou a minimizar a pluralidade de ações desarticuladas no atendimento da criança e do adolescente, a partir da iniciativa dos órgãos de defesa de direitos: Juizado da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Ministério Público e Fórum DCA, que, motivados pela necessidade de evitar a duplicidade de procedimentos e otimizar o atendimento dos casos que envolviam maus-tratos à criança e ao adolescente, buscaram articular suas ações através do estabelecimento de um fluxo de atendimento, diminuindo, com isso, a exposição e o sofrimento das crianças e adolescentes vitimizados.

A Rede se constitui num importante campo de estudo por possuir uma experiência de intersetorialidade na articulação e intervenção dos diferentes atores envolvidos com a temática da violência no município de Niterói. A Intersetorialidade é a articulação entre os mais diversos sujeitos dos setores sociais, ou seja, pressupõe uma articulação de saberes, poderes e vontades com o intuito de enfrentar problemas complexos. A intersetorialidade traz em seu bojo uma forma distinta de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que tem como um de seus objetivos possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir maior impacto na saúde da população. Para que haja uma ação intersetorial, uma ação tem de ser deflagrada respeitando as diversidades e as particularidades de cada setor ou participante.

Participam da Rede entidades das esferas municipais, estaduais e federal e da sociedade civil, por meio de organizações não-governamentais. A Rede tem subsidiado os órgãos deliberativos em suas funções de formulação e controle das políticas públicas. Em 2004, elaborou a proposta do Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Contra a Criança e ao Adolescente de Niterói, que foi aprovado pelo Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e lançado em evento do dia 18 de maio do mesmo ano, o Dia Nacional de Luta Contra o Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Este Plano tornou-se a finalidade da existência da Rede, pois reúne o conjunto de ações que traduzem a concretização dos seus objetivos.

O desafio de transpor a fragmentação da política de atendimento da criança e do adolescente tem sido enfrentado com perseverança e zelo. E todo trabalho realizado pela Rede segue alguns objetivos, como:

- Sistematizar os procedimentos adotados pelos órgãos envolvidos nos casos de maus-tratos contra a criança e o adolescente, normatizando o fluxo de atendimento;

- Criar e melhor estruturar os serviços de prevenção, notificação, identificação, intervenção e acompanhamento dos casos de maus-tratos, oferecendo às vítimas de violência, família e agressores, atendimento médico, psicoterápico, jurídico e assistência social;
- Desenvolver no Conselho Tutelar um sistema de registro e tratamento de dados para subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas, assim como monitorar o quadro de violência no município;
- Capacitar profissionais de saúde, educação, direito e assistência social, como também lideranças comunitárias, na área da violência contra a criança e o adolescente, através de cursos, seminários e material audiovisual;
- Assessorar o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente na elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Contra a Criança e o Adolescente de Niterói;
- Mobilizar a população, através de campanhas, impressos e vídeos, para a necessidade da notificação dos casos de suspeita ou constatação da violência contra a criança;
- Marcar com eventos o Dia Nacional de Combate à Exploração e Abuso Sexual (18 de maio) e o Dia Municipal de Enfrentamento à Violência Contra a Criança e o Adolescente (4 de outubro);
- Implantar Comitês de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente em unidades de saúde, escolas e comunidades;
- Manter o fluxo de informações entre os envolvidos na Rede, através de informativo periódico e rede eletrônica;
- Promover ação conjunta de captação de recursos para subsidiar ações e manter serviços.

O Núcleo Gestor⁶³ desta Rede é formado por diversas instituições, que mantêm a sua dinâmica de funcionamento.

Os movimentos sociais vêm apresentando intervenções mais incisivas e apontando possibilidades de integração da área de saúde em intercâmbios e no desenvolvimento de programas que tenham como objetivo a redução da violência contra

⁶³ Pelas seguintes instituições: I, II e III Conselhos Tutelares do Município; Promotoria de Justiça da Infância e Juventude do Ministério Público e a Divisão Técnica do Juizado da infância e Juventude de Niterói; Conselho municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Niterói – CMDCA; Fórum DCA – Niterói – Fórum popular Permanente de Defesa dos Direitos da criança e do Adolescente; Secretaria de Assistência Social (Projeto Sentinela); ACAVV – Programa de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vítimas de Violência, do Hospital Universitário Antônio Pedro (Huap/UFF); Naeca – Núcleo de Atenção Especial à Criança e ao Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde / FMS; Hospital Getúlio Vargas Filho / Secretaria Municipal de saúde / FMS; Programa Médico de Família / Secretaria Municipal de Saúde / FMS; Fundação Municipal de Educação / Coordenação e Educação Especial; Programa Oficina do Saber – UFF; Núcleo de Pesquisa Histórica sobre Proteção Social – UFF.

criança e adolescente. Neste sentido, tem sido grande a pressão desses movimentos para a inserção e comprometimento dos profissionais da área de saúde nestes trabalhos, tendo como base a Integralidade, diretriz máxima e um dos pilares da criação do Sistema Único de Saúde.

O princípio da integralidade é consagrado pela Constituição de 1988, e seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde. Segundo Pinheiro (2001), a integralidade é assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos diferentes de atenção à saúde. Para tanto, faz-se necessária à integração de ações como promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. O princípio da integralidade vai além, pois visa articular o setor saúde às demais políticas públicas na busca de uma atuação intersetorial entre as diversas áreas que tenham uma correlação com a qualidade de vida das pessoas.

3.2 A ÁREA DA SAÚDE E A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A violência é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública. Devido a sua magnitude no que se refere à criança e ao adolescente, o Plano Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências tem um tópico especial destinado a este segmento.

TABELA 9 - SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO DO MUNICÍPIO

SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO	ESTABELECIMENTOS
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA FEDERAIS	4
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA ESTADUAIS	7
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAIS	33
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA TOTAL	44

FONTE: IBGE - CENSO 2000

A área de saúde ocupa uma posição estratégica na identificação do fenômeno da violência, pois tem a responsabilidade de prestar assistência às vítimas, condição prevista na legislação brasileira. No entanto, o atendimento tem se restringido ao cuidado do paciente em relação a suas demandas de ordem física, ficando descartada a investigação do que deu origem àquelas lesões físicas. As seqüelas decorrentes da exposição a situações de violência podem ser distintas para cada sujeito, sendo relevante tanto o momento de desenvolvimento biopsicossocial em que se encontre quanto o tipo de violência perpetrada, seja maltrato, negligência e/ou abuso sexual. Porém, segundo Minayo & Souza (1999), até bem pouco tempo o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como mero espectador, um contador de eventos e um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais.

O enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes requer procedimentos que permitam o acolhimento, avaliação, notificação e atendimentos adequados, como compromisso da área da saúde em intervir na realidade a partir de uma política de saúde inclusiva, multiprofissional e integrada às demais políticas sociais básicas. O ECA destaca (Art.13): “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (BRASIL, 1990).

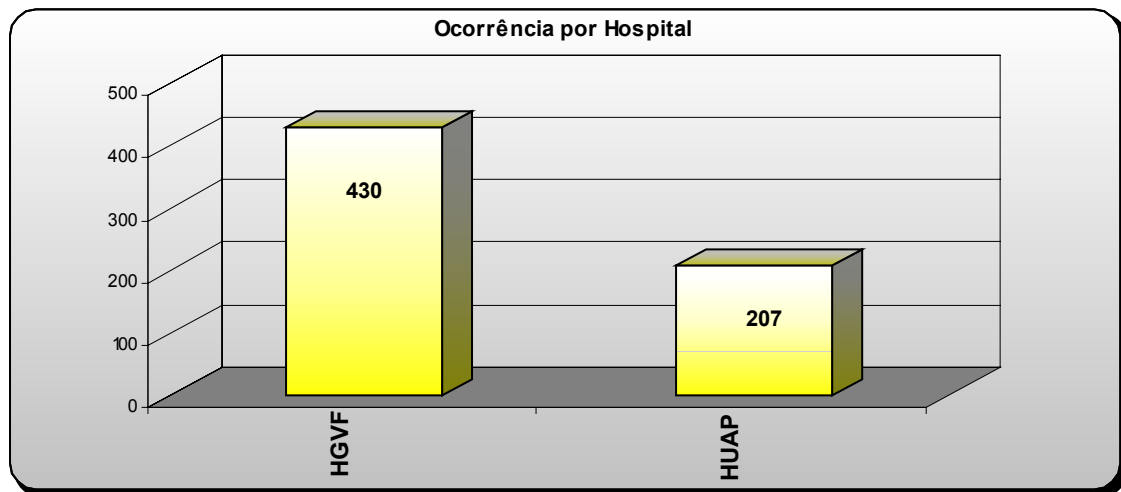
O Ministério da Saúde buscou dar visibilidade às situações de violência, e ressalta a importância da notificação. Em março de 2001, através da Portaria nº 1.968, regulamentou a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança e o adolescente pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde que atendem no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta regulamentação atende ao que está preconizado no ECA (Art. 245):

“É considerada infração administrativa, sujeita a multa de três a vinte salários de referência, a não comunicação à autoridade competente, pelo médico, professor ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde e de Ensino Fundamental, dos casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.” (BRASIL, 1990)

Contudo, apesar da necessidade de uma ação intersetorializada das instituições sociais, perdura uma dificuldade na clareza de obtenção dos registros.

Algumas questões despertaram nossa atenção na análise dos dados dos prontuários pesquisados. De acordo com os registros dos hospitais Getulio Vargas Filho e Antônio Pedro, no período de 2000 a 2005 foram denunciados 637 casos de violência contra crianças e adolescentes, sendo que o Hospital Getulinho concentrou 67,5% dos casos de violência.

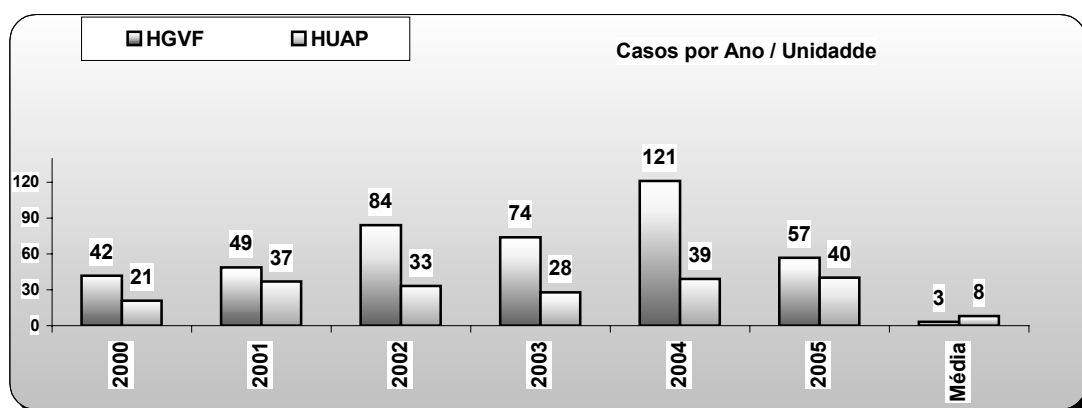
GRÁFICO 3 - TOTAL DE OCORRÊNCIAS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDAS NO HGVF E HUAP



FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

O GRÁFICO 3 demonstra a distribuição das ocorrências registradas dos 2 hospitais contemplados na pesquisa. Torna-se nítido que o HGVF concentra maior número de casos, por ser especializado no atendimento à criança e por localizar-se em uma área que tem em seu entorno comunidades carentes.

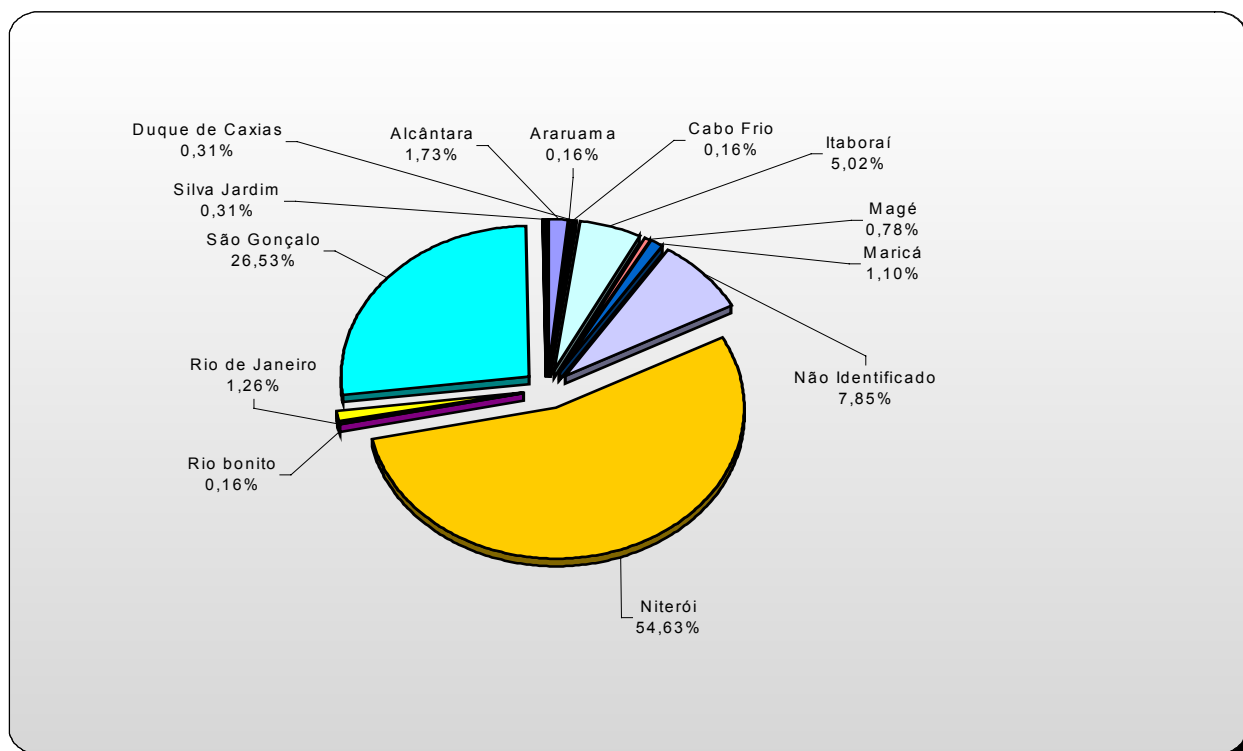
GRÁFICO 4 - TOTAL DE CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF POR ANO



FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

Os municípios que mais demandaram casos de violência contra a criança e o adolescente foram São Gonçalo e Niterói, havendo alguns registros de municípios vizinhos.

GRÁFICO 5 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF POR LOCALIDADE



FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

Ao procedermos a cruzamento entre as variáveis gênero e idade, verificamos equivalência entre crianças e adolescentes vitimizados, sendo que, conforme foi se aproximando a faixa etária dos 14 anos, as meninas foram mais freqüentemente violentadas em relação aos meninos. Estudos⁶⁴ apontam que a violência de doméstica atinge em sua maior parte as mulheres, crianças e adolescentes do sexo feminino em quase 80 % dos casos. Esse dado revela que muitas adolescentes encontram-se expostas,

⁶⁴ DESLANDES, S.F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cad. Saúde Pública, 1994; 10 (Supl 1):177-187.

fragilizadas, sendo violentadas geralmente por pessoas conhecidas e da própria família, por permanecerem mais tempo em seus lares.

TABELA 10 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF POR SEXO E FAIXA ETÁRIA

SEXO DA C/A	0 A 1	2 A 5	6 A 9	10 A 13	14 A 16	17 A 19	EM BRANCO	TOTAL
FEMININO	96	90	42	28	25	16	8	305
MASCULINO	104	99	45	38	11	5	18	320
EM BRANCO	1	1	3				7	12
TOTAL	201	190	90	66	36	21	33	637

FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

Outro ponto verificado na pesquisa é que a divisão por faixa etária⁶⁵ apontou que, em ambos os sexos, as faixas mais acometidas foram aquelas que compreendiam de 0 a 10 anos, com maior proporção entre 0 a 5 anos. A faixa etária onde se concentrou o maior número de ocorrências foi a que compreende crianças abaixo de 1 ano, seguida da faixa de 2 a 5. No entanto, percebemos um número significativo de casos de abandono (26), violência física (18) entre os lactentes (crianças menores de 1 ano). Pensamos que, durante toda a fase da infância, os cuidados básicos são essenciais para que a criança possa ter um desenvolvimento saudável e, na falta destes, o crescimento da criança e seu completo desenvolvimento podem estar totalmente comprometidos.

O abandono é um tipo grave de negligência familiar e importante problema social. As crianças e os adolescentes não têm condições de enfrentar sozinhos as adversidades do ambiente, tendo em vista a prematuridade inerente a essa fase do desenvolvimento. Nos hospitais, o abandono foi observado em quase todas as faixas etárias, estando de fora a faixa de 17 a 19 anos.

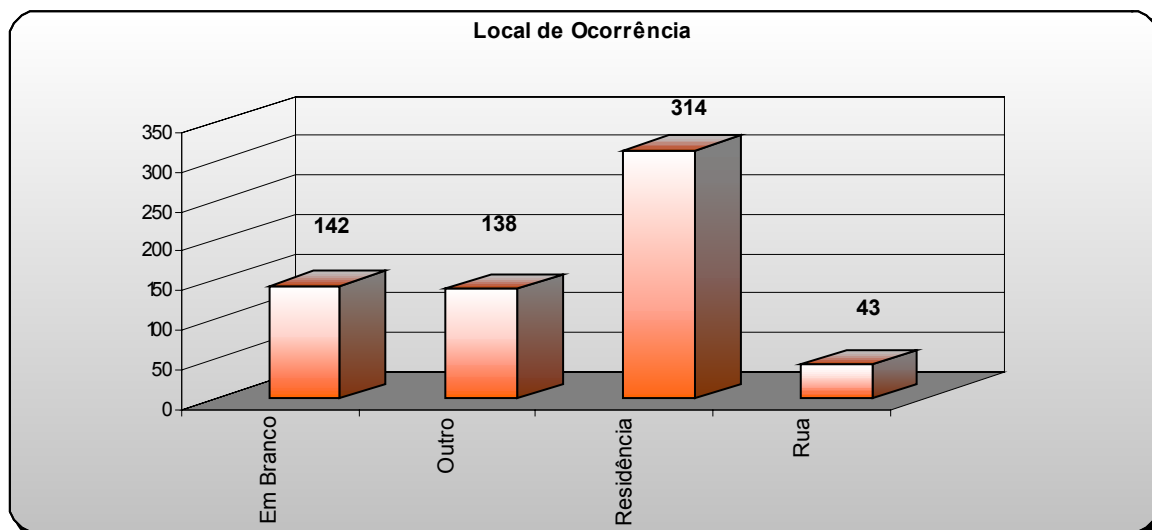
⁶⁵ Na presente pesquisa a faixa etária abrangida foi de 0 anos, ou seja, criança que ainda não completou o primeiro ano de idade até 18 anos. No entanto, cabe ressaltar que houve um caso que entrou na pesquisa de um jovem de 19 anos.

Um dado relevante em termos de registros refere-se à ausência de dados. Os dados sobre etnia apontaram para a fragilidade dos registros. Foram identificados 632 prontuários com esse campo em branco, o que impossibilitou a análise desta variável. Entre os prontuários onde constava o registro, havia quatro classificados como pardos e um, como branco. Há possibilidade de os profissionais não considerarem este item relevante, ou o fato pode revelar dificuldades na classificação das diferentes etnias (negra, parda, branca, outras). Segundo Lopes (2004), populações afrodescendentes e brancas não ocupam lugares iguais na sociedade e assim, trazem experiências desiguais, com desequilíbrio que proporciona aos negros/pardos diversas iniquidades sociais, com desigualdades extremas.

Já no quesito “local de ocorrência” (GRÁFICO 6), a maior parte ocorrências se passou no domicílio (314 - 49,29%), assim apontado como local privilegiado para a ocorrência das mais diversas modalidades de violência contra crianças e adolescentes. A ocorrência nas ruas foi constatada em 43 (6,75%) prontuários, existindo 138 (21,66%) catalogados como “outros”. Mais uma vez sinalizamos a falta de preenchimento de dados dos prontuários, resultando, assim, em 142 (22,29%) casos com ausência de registro desta variável.

A negligência familiar foi responsável pelo maior número de casos verificados das denúncias, tendo vitimizado tanto crianças quanto adolescentes (0 a 19 anos). Foram contabilizados 18 prontuários com o campo “tipo de ocorrência” em branco. São essas evidências empíricas que nos levam a afirmar que existem dificuldades na obtenção de registros. (TABELA 11).

GRÁFICO 6 - LOCAL DE OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF



FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

TABELA 11 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF POR TIPO DE OCORRÊNCIA

TIPO DA OCORRÊNCIA	INSTITUIÇÃO		TOTAL
	HGVF	HUAP	
ABANDONO	29	34	63
ABUSO FÍSICO	62	47	108
ABUSO PSICOLÓGICO		4	4
ABUSO SEXUAL	44	50	94
EXPLORAÇÃO		1	1
NEGLIGÊNCIA	277	45	322
OUTRO	8	17	25
RISCO SOCIAL		1	1
EM BRANCO	10	8	18
TOTAL	430	207	637

FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

A negligência abrangeu predominantemente crianças até 2 anos incompletos, com 145 casos (45,03%), seguidas pela faixa de 2 a 5, onde encontramos 106 casos (32,92). O abandono (63) foi a principal negligência observada.

TABELA 12 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF POR TIPO DE OCORRÊNCIA E IDADE

TIPO DA OCORRÊNCIA	0 A 1	2 A 5	6 A 9	10 A 13	14 A 16	17 A 19	EM BRANCO	TOTAL
ABANDONO	26	9	11	10	4		3	63
ABUSO FÍSICO	18	32	21	17	9	2	10	109
ABUSO PSICOLÓGICO		1		1	1	1		4
ABUSO SEXUAL	1	35	23	13	13	9		94
EXPLORAÇÃO				1				1
NEGLIGÊNCIA	145	106	29	20	8	4	10	322
OUTRO	7	5	4	3	1	3	2	25
RISCO SOCIAL						1		1
EM BRANCO	4	2	2	1		1	8	18
TOTAL	201	190	90	66	36	21	33	637

FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

No que diz respeito às manifestações da violência, nos dois hospitais estudados o maior número de casos está associado a negligência familiar, violência física e psicológica. Estes resultados confirmam o que algumas pesquisas vêm relatando em relação aos altos números de casos de violência contra a criança e o adolescente nas diferentes faixas etárias.

Segundo a OMS, a negligência familiar acontece quando os pais ou responsáveis falham na provisão de cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social adequados⁶⁶. A negligência pode se manifestar de diversas maneiras, como pela ausência de cuidados físicos, emocionais e sociais, assim como pelo abandono da criança, desde a mais tenra idade.

Quanto à violência física, Azevedo (2002) aponta ser a forma mais visível do fenômeno, caracterizado pelo dano físico e comumente enfatizado pelos pais como um método de educar. A violência física é utilizada como forma de tentar desestimular

⁶⁶ World Health Organization. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genebra: OMS; 2002.

alguns comportamentos que são normais na infância⁶⁷. A infância é caracterizada pela busca da autonomia, pela curiosidade, o que faz com que a maioria das crianças se tornem inquietas, audaciosas, com intensa atividade motora e aquisições cognitivas, indo em busca de novas experiências que só tendem a levar a um melhor desenvolvimento.

Outro aspecto mostrado no presente estudo quanto à violência física – 18 casos (16,66%) – vem a ser o acometimento significativo de crianças com idade até um ano, corroborando com estudos como o de Guerra (2001), que descreve a associação de achados clínicos discordantes das respectivas histórias acidentais expressas pelos pais, no atendimento em setores de urgências e emergências. A “síndrome do bebê sacudido” e da “criança espancada” podem gerar conseqüências orgânicas graves, sendo que a primeira acomete crianças menores de 6 meses, através de sacudidas fortes em decorrência da irritação e impaciência com o choro ou presença de algum comportamento com o qual o responsável pela criança não sabe lidar. Já a “síndrome da criança espancada” refere-se a sofrimentos físicos infligidos à criança, que podem também ter conseqüências graves como: fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais, queimaduras, entre outras intercorrências.

Na adolescência, a violência física costuma estar relacionada ao desconhecimento das transformações que estão associadas a essa fase do desenvolvimento. O adulto, diante do desconhecido, tende a tentar reprimir alguns comportamentos do adolescente, inclusive não lhe dando voz e não se abrindo para o diálogo, o que compromete a relação do adolescente com os pais, gerando, assim, mútua rejeição.

⁶⁷ Ver SILVA LMP, NASCIMENTO CAD, SILVA IR, GUIMARÃES KN et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

No que diz respeito aos agressores, segundo as diferentes formas de violência, foi verificado que a mãe foi o agressor que contribuiu com a maior prevalência para a negligência: 195 casos (60,56%) (violência mais frequentemente denunciada). É importante ressaltar que também é a mãe quem mais cuida da criança ou adolescente. Na violência física foi mais prevalente a mãe (29 casos - 26,61%), seguida de perto pelo pai, com 23 casos (21.30%). Destacamos que prática como espancamento, por exemplo, constitui um problema que afeta crianças e adolescentes do mundo inteiro. O espancamento pode, a curto prazo, levar à morte ou ainda produzir seqüelas graves e até mesmo irreversíveis.

Os casos de violência psicológica registrados (4) representam 0,63% num comparativo com todos os tipos de violência abordados na pesquisa, sendo os supostos perpetradores desconhecidos (2), outros (1) e pai (1). A dificuldade em registrar a violência psicológica é porque esta é difícil de detectar. No entanto, ela permeia todas as demais modalidades de violência.

TABELA 13 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF POR PERPETRADOR

SUPOSTO PERPETRADOR DA VDCA	TOTAL
DESCONHECIDO	67
FAMÍLIA	114
MÃE	271
O PRÓPRIO	5
OUTROS	66
PADRASTO/MADRASTA	13
PAI	55
EM BRANCO	46
TOTAL	637

FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

Ainda de acordo com os resultados que apontam o suposto perpetrador segundo a faixa etária das vítimas, verificou-se que, em todas as faixas, os supostos perpetradores da violência que mais apareceram foram a mãe e a família, sendo a mãe o principal agressor das crianças com até dois anos incompletos de idade (41,70%), daquelas de 2 a 5 anos (acima de 31,37%), assim como das faixas compreendidas entre 6 a 16 anos (20,66%). Esse dado, segundo Deslandes (1994), pode ser explicado pela maior permanência da mãe no lar e pelo fato de ser a principal responsável pela educação dos seus filhos, num contexto de adversidade socioeconômica (desemprego, falta de assistência social, saúde e outras) e ou pessoal (relacionamentos em conflito).

TABELA 14 - ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF POR PERPETRADOR E TIPO DE OCORRÊNCIA

TIPO DA OCORRÊNCIA	SUPOSTO PERPETRADOR DA VDCA								
	DESC.	FAMÍLIA	MÃE	EM BRANCO	O PRÓPRIO	OUTROS	PADRASTO/MADRASTA	PAI	TOTAL
ABANDONO	4	13	38	4		2		2	63
ABUSO FÍSICO	24	8	29	7	1	14	3	23	109
ABUSO PSICOLÓGICO	2					1		1	4
ABUSO SEXUAL	28	13	4	5		31	8	5	94
EXPLORAÇÃO		1							1
EM BRANCO		1	2	13		2			18
NEGLIGÊNCIA	5	73	195	13		13	1	22	322
OUTRO	4	5	3	3	4	3	1	2	25
RISCO SOCIAL				1					1
TOTAL	67	114	271	46	5	66	13	55	637

FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

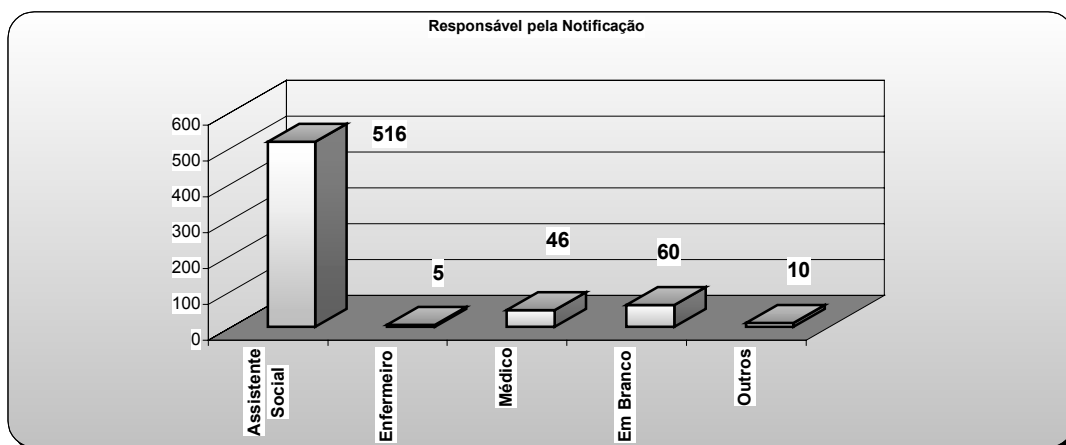
Há apenas três casos contendo o registro de encaminhamento externo, e não revelam qualquer informação, ou melhor, revelam a falta de comprometimento quanto ao preenchimento das informações dos prontuários-base desta pesquisa. E ainda aponta para a incapacidade dos diversos serviços de atendimento se comunicarem e

trabalharem de maneira integrada. Os casos foram encaminhados para o I Conselho Tutelar de Niterói, ao qual cabe receber a notificação, analisar a procedência de cada caso e chamar a família, ou ir ao local verificar o ocorrido com a vítima.

“A obrigação moral de notificar é diretamente proporcional à intensidade do dano ou violação; a dificuldade para documentar a notificação de violência psicológica atenua a obrigação moral. Isso não significa dispensar ninguém da obrigatoriedade da notificação. A lei diz que ela deve ser feita. Mas a obrigação moral consiste e limita-se à necessidade de aquele que toma conhecimento dos maus-tratos envidar todos os esforços que estiverem ao seu alcance para fazer cessar a dor da vítima”. (MOTTA, 2005, p.31)

Em relação ao responsável pela notificação, foram registrados 516 casos, notificados por assistentes sociais (46), por médicos (5), por enfermeiros (10), por outros (60) e casos com este campo em branco. Neste contexto, vislumbra-se um comprometimento bastante sério do profissional do serviço social, que, por lidar de tão perto com as chamadas questões sociais, cumpriu tanto o compromisso legal quanto ético de notificar os casos de violência contra a criança e o adolescente.

GRÁFICO 7 - RESPONSÁVEIS PELAS NOTIFICAÇÕES DE ATENDIMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HUAP E HGVF



FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

É fato que um dos deveres do profissional de saúde é notificar todos os casos de violência de que tiver conhecimento, incluindo a intrafamiliar. Caso isso não ocorra, pode responder pela omissão. A obrigatoriedade da notificação está assegurada também pelo Conselho Federal de Medicina e por alguns Conselhos Regionais. No entanto, alguns profissionais da área da saúde não respeitam a obrigatoriedade da notificação, alegando diversos motivos, entre eles medo de retaliação ou ainda respeito à ética profissional. Realmente, nos códigos de ética como o de enfermagem, psicologia e medicina, nenhum deles menciona diretamente a expressão violência intrafamiliar ou doméstica, porém percebemos que todos, em algum momento, fazem referência ao dever que o profissional daquela área têm de zelar pela saúde e dignidade de seus pacientes.

O Código de Ética da Enfermagem deixa claro que é considerada infração ética “provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos” (Art. 52), sob penas que variam de uma simples advertência à cassação de direito de exercer a profissão.(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007)

O Código de Ética Médica traz em seu artigo 6 o dever que o médico tem de preservar a dignidade e integridade do seu paciente, o que é reforçado no artigo 49, que diz “É vedado ao médico: participar da prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007)

O Código de Ética da Psicologia prevê a responsabilidade do profissional, ao dizer que “o psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. E ainda, no

Art. 2, veda a participação ou a conivência com “quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão”. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007)

Segundo o Art. 9, do Código de Ética do Serviço Social, deve ser guardado sigilo das informações às quais o profissional tiver acesso durante o exercício profissional, o que é muito prezado no meio. Porém há uma ressalva: a integridade, a liberdade e o direito à vida devem prevalecer. E as situações de conflito serão resolvidas pela regra do menor prejuízo (Art.10), ou seja, prevalecerá aquilo que cause menos dano à vítima. Este Código de Ética traz como princípio fundamental a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2007).

A política de atendimento a crianças e adolescentes (Art. 13 do ECA) orienta os encaminhamentos a serem dados pela equipe de saúde: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízos de outras providências legais” (BRASIL, 1990). E o setor Saúde do município de Niterói tem procurado seguir essa orientação do ECA:

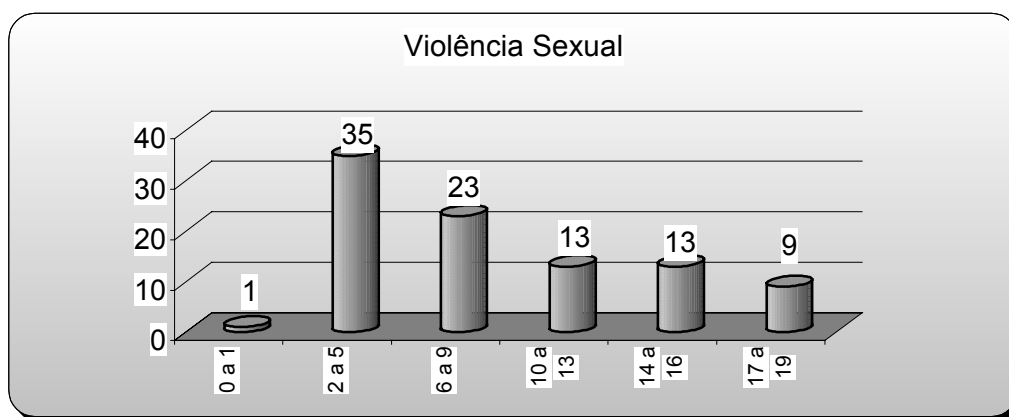
“Na área de saúde, os hospitais são os que mais fazem encaminhamentos para o conselho. Dentre eles, os hospitais públicos se destacam. Só foi encontrado, em todo o período estudado, um (0,89%) encaminhamento de hospital da rede privada. Dos 112 encaminhamentos feitos por hospitais da rede pública, 41 casos (36,61%) vieram do hospital Universitário Antonio Pedro; o Hospital Municipal Getulio Vargas Filho encaminhou 29 (25,89%); o Hospital Estadual Azevedo Lima, 22 (19,64%); o Centro Previdenciário de Niterói, 3 (2,68%); o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, 1 (0,89%) e o Hospital Fernandes figueira, 1 (0,89%); 14 prontuários (12,50%) mencionam o fato de a criança ter sido encaminhada por outros hospitais públicos, sem especificá-los.” (BARROS, 2005, p.178)

Ao registrar que houve maus-tratos, o profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima; e chama o Poder Público à sua responsabilidade. Para Cohen e Swift (1993), a ação que visa a minorar a violência deve estruturar-se numa rede de serviços, com ação coordenada a partir do poder público, de modo a integrar os vários níveis de atividade, evitar duplicidade de serviços e dimensionar os programas de acordo com a demanda real.

Ainda em relação aos achados desta pesquisa, cabe destacar o baixo índice de registro de casos de violência sexual.

No que diz respeito à violência sexual intrafamiliar contra a criança e o adolescente, objeto dessa pesquisa, foram registrados casos em todas as faixas etárias (0 a 19 anos), predominando nas crianças na faixa etária de 02 a 05 anos de idade. O fato é que quanto mais jovem a criança, menor sua capacidade de compreensão e defesa.

GRÁFICO 8 - TOTAL DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF

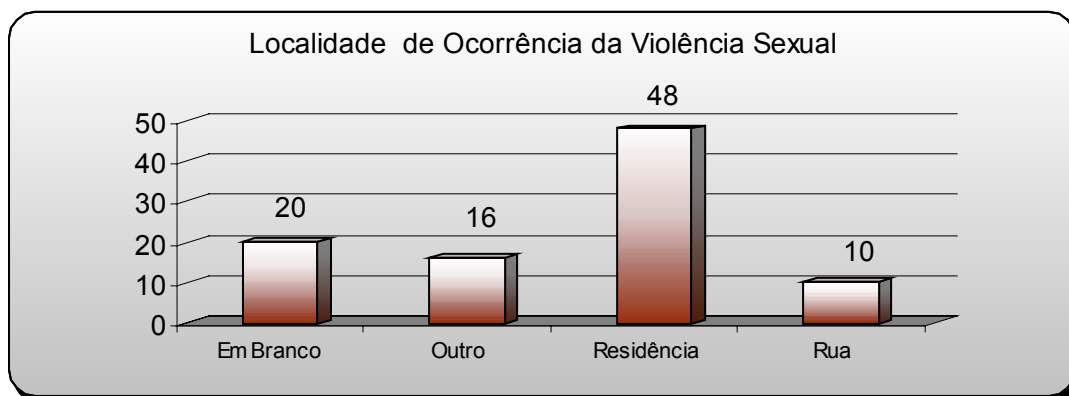


FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

Grande parte das pessoas vitimizadas pela violência sexual não registra a queixa, e, quando se trata de crianças e adolescentes, principalmente se a violência for intrafamiliar, a dificuldade de denunciar é ainda maior por envolver segredo de família.

Outros fatores também colaboram para que não se faça a denúncia, como constrangimento e receio de humilhação, somados ao medo da falta de compreensão ou interpretação equivocada de familiares, amigos, vizinhos e autoridades.

GRÁFICO 9 - LOCALIDADE DA OCORRÊNCIA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF



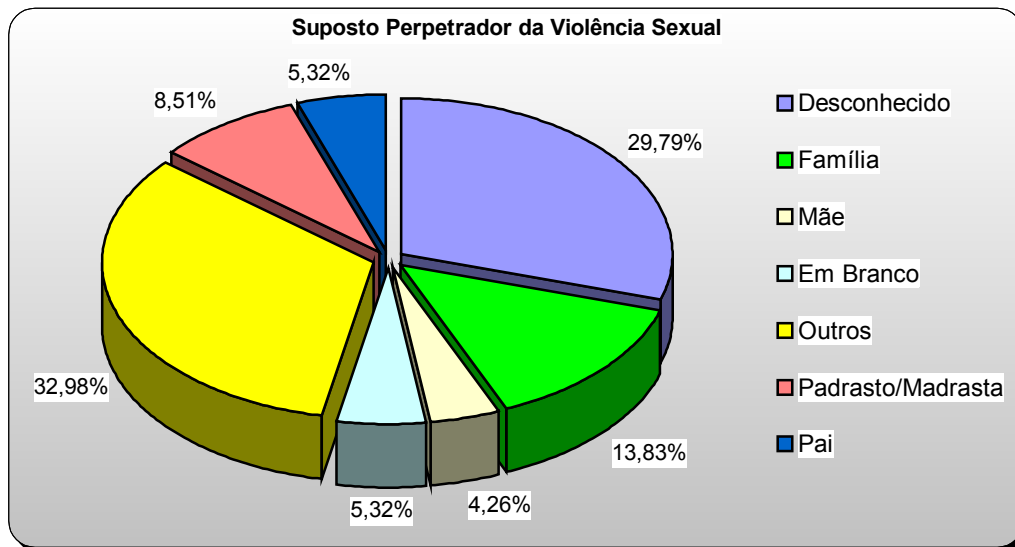
FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

A violência sexual intrafamiliar vem acometendo muitas crianças e adolescentes, conforme nos apontam os dados da pesquisa, em que 51,06% dos casos ocorreram na residência. Daí sua incidência ser pouco conhecida e acreditamos ser o seu percentual de subnotificação muito alto. É importante frisar que apesar de esse tipo de fenômeno ocorrer no espaço privado, a casa, não podemos considerá-lo como uma questão da vida particular das famílias. Sabe-se que a real incidência dos crimes sexuais ainda é pouco conhecida.

Faleiros (2002), ao discutir a questão da violência sexual, aponta que esta é uma situação de ultrapassagem de limites por parte daquele que abusa. Mostra uma situação de violação de direitos, quando crianças e adolescentes não são tratados como pessoas em condições especiais de desenvolvimento. Ainda segundo o autor, aquele que violenta crianças e adolescentes, submetendo-os a situações de violência física, sexual e

psicológica, faz uso de um poder ilegítimo e arbitrário, transformando-os em objetos de suas necessidades e desejos.

GRÁFICO 10 - SUPOSTO PERPETRADOR DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE ATENDIDOS NO HUAP E HGVF



FONTE: BANCO DE DADOS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

Neste estudo o pai aparece em 5,32% e a mãe com 4,26% dos casos como supostos perpetradores da violência sexual, revelando que a mãe também atua nesta lamentável estatística. Quanto mais íntima a relação entre eles (pais/mães-filhos), maior o paradoxo entre proteção e abuso e, portanto, maior o dano. Podemos perceber que, por se tratar de um tipo de violência cercado de tabus e preconceitos, a identificação do suposto perpetrador é dificultada. Daí conceber-se como vital que as políticas públicas não sejam voltadas exclusivamente para a criança e o adolescente, mas que incluam o seu principal núcleo de inserção: a família, num processo de visibilidade da mesma, de responsabilidade partilhada das instituições sociais que a abrigam, e do fortalecimento desta como entidade político-social.

3.3 A PESQUISA NA FUNDAÇÃO EVANGÉLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EL-SHADAI - FENASE

Na intenção de participar da discussão sobre violência sexual, como contribuição ao processo reflexivo apresentaremos alguns casos, sob a forma de relatos de atendimentos a crianças e adolescentes que foram vitimizadas pela de violência sexual:

Tia, o meu pai não fez 'isso' só comigo, ele fez com minhas outras duas irmãs também e todo mundo sabia, mas ninguém nunca falou nem fez nada! Elas falaram que até saíram de casa mais cedo por causa disso, e que tinham medo que acontecesse comigo. Mas sabe tia, ele já até me pediu perdão. (E.S.D. - 9 ANOS)

A violência possui raízes profundas no contexto histórico e também social das sociedades. O viés cultural é uma das formas que circunscrevem este fenômeno. Segundo Castell,

“O patriarcalismo é uma das estruturas sobre as quais se assentam todas as sociedades contemporâneas e caracteriza-se pela autoridade, imposta institucionalmente, do homem sobre mulher e filhos no âmbito familiar (...) Os relacionamentos interpessoais e, conseqüentemente, a personalidade, também são marcados pela dominação e violência que têm origem na cultura e instituições do patriarcalismo”. (CASTELL, 1999, p.169)

No relato anterior, a criança demonstra que tal ato já fazia parte da realidade de sua família, ou seja, sua fala nos revela que a violência perpetrada pelo pai era algo tolerado, visto que, mesmo sendo do conhecimento de outras pessoas, nada era feito para interromper o ciclo daquela violência.

As pesquisas realizadas no Centro Regional aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI, 2002) apresentam este aspecto. Segundo a fonte, famílias nas quais ocorrem situações de incesto possuem características bem peculiares, ou seja, estas famílias são percebidas como estruturas fechadas em que seus membros têm pouco contato social,

principalmente a vítima. A obediência à autoridade masculina não é contestada, tem um padrão de relacionamento que não dá transparência às regras de convivência, e a comunicação não é aberta, o que facilita a confusão da vítima e, conseqüentemente, o complô do silêncio.

Acompanhando a trajetória da adolescente acima mencionada, sua fala nos colocou de frente com a situação vivida pelo agressor quando este pediu perdão. Birman (2000, p.177) finaliza essa idéia: “Com efeito, ser alguém ainda empurrado para ações amorosas e altruístas pela culpa é um signo alentador de que algo da ordem do possível pode ainda nos acontecer”. O pedido de perdão foi de certa forma um alento para E., mas o pai acabou por cometer suicídio.

Outro relato evidencia o quanto é difícil para a criança ou adolescente revelar a violência sexual sofrida, por vergonha ou mesmo medo de não acreditarem no que dizem:

Eu tenho muita vergonha de contar que ele (pai) faz besteira comigo... a minha mãe não acreditou quando contei... e ela ainda quer ter mais filhos, pois meu pai tem raiva de mim porque queria que eu tivesse nascido menino... perguntei a ele porque ele faz isso e ele respondeu que não tem culpa de eu ter nascido mulher. (V.L. - 10 anos)

Para V.L., a questão do gênero a colocava em uma situação de vulnerabilidade. “Ser mulher” ameaçava sua integridade física e psicológica frente a um pai frustrado por não ter tido um filho homem. E o descrédito da mãe era o que mais a incomodava, visto que era dela que esperava credibilidade e apoio.

Paralelamente, a vítima passa por outro sofrimento que é provocado pela ansiedade perante o que pode vir a acontecer com sua família, principalmente com o agressor, que, segundo Azevedo e Guerra (1989), geralmente é homem, pai, padrasto, parente ou pessoa que tem proximidade ou afeição para com a vítima e é de sua

confiança. “O agressor incestuoso (...) é tipicamente um Agressor Sexual Situacional do tipo regredido que abusa de seus próprios filhos...”. É de V.L. a seguinte fala:

*Eu sei que meu pai está errado... mas o que vai acontecer com ele?
Ele vai ser preso?*

A preocupação da criança demonstra a existência de uma preocupação com o pai, e mesmo tendo consciência do que ele lhe fez, o percebe enquanto um ser que com quem mantém vínculos afetivos muito fortes, o que também pode ser constatado na fala de L.S.G., de 12 anos:

*Minha mãe fala que eu tenho de odiar meu pai, mas eu não consigo...
eu sinto saudades e peço sempre à minha mãe para visitá-lo na
cadeia. Eu não queria que ele fosse preso. Sei que não deveria pensar
assim, mas eu penso... ele me mandou uma carta e um desenho....*

Tal fato é gerador de dúvida, sentimentos ambivalentes, perda de referenciais como família, respeito, autoridade. Talvez, caso a adolescente pudesse, resolvesse a questão que a abala pelo diálogo, ou seja, por outras vias que não a violência, que só abriu feridas, afetando seu futuro e o de toda sua família. Bauman (1999, p.122) refere-se à punição dizendo que “aqueles que punimos são em larga medida pessoas pobres e extremamente estigmatizadas que precisam mais de assistência do que punição”. Nem todos que praticam a violência sexual são pessoas pobres, pois a violência como já foi mencionado anteriormente ocorre em todas as classes sociais. No entanto, o maior número de denúncias está associado à população mais pobre, pois a classe média consegue encobrir com maior facilidade as situações de violência em seus lares.

Daí que, no tocante à criança/adolescente, a quebra do muro do silêncio pode proporcionar-lhes um alívio. Por outro lado, Deltaglia (1997) assinala que a culpa das crianças que denunciam os abusos, mesmo em casos de incesto, não é tão evidente nem

freqüente quanto se afirma. Ela acredita que muitas crianças se sentem aliviadas por falar. “O silêncio da criança ou do adolescente pode ser tóxico para eles. Às vezes, e curto prazo – mas normalmente só a longo prazo – podemos avaliar o impacto e as conseqüências efetivas do trauma sofrido”. Segue uma fala que corrobora o pensamento de Deltaglia:

Se eu soubesse que me sentiria tão mais leve, já teria contado o que meu tio fez há mais tempo. Mas eu não tinha com quem falar... só minha irmã sabia... e ela passava coisa pior com meu pai. (R.L. - 13 anos)

A adolescente mencionada acima é irmã de V. L., de 10 anos, que também faz parte do Grupo das Amigas Sobreviventes (GAS), composto por meninas vítimas de violência sexual. O grupo foi formado para atender à demanda que surgia na Fundação e dar algum amparo emocional para essas crianças/adolescentes que vinham revelando situações semelhantes de violência sexual doméstica. Toda a estrutura do grupo foi proposta pelas integrantes, que também escolheram o dia e a hora dos encontros. O sigilo foi o primeiro item a ser discutido, como forma de preservação da vida particular de cada uma. Algumas regras de convivência também foram elaboradas e acordos foram feitos. Foram escolhidos codinomes que faziam menção à Natureza.

O grupo, formado por cinco crianças/adolescentes, foi se estruturando com base na solidariedade e ajuda mútua, mas também apresentou alguns conflitos, disputa por espaços e maior atenção. A adolescente L.S.G., em princípio muito tímida, arredia, introspectiva, mas com temperamento forte, foi a que apresentou maior resistência com o resto do grupo, por estar extremamente ferida emocionalmente. Mas, como diz Simmel (1983), “uma certa quantia de discordância interna e controvérsia externa estão organicamente vinculados aos próprios elementos que, em última instância, mantêm o grupo ligado”.

E foi o que aconteceu, pois as discussões acabaram fazendo vir à tona a verdadeira história de L.S.G., que relatou ter sido violentada pelo pai todos os dias, menos nos finais de semana, por quase um ano, sendo que o irmão de dois anos, na época, presenciava tudo e quando chorava ainda apanhava do pai. Ela tinha apenas oito anos quando o pai começou a manter relações sexuais com ela, consumando o ato. Segundo ela, muitas vezes ela pedia para a mãe não deixá-la sozinha com o pai, mas esta nunca lhe perguntava o motivo. Quando ela tentou contar, a mãe desconversou e ela ficou sendo revitimizada até o dia em que a mãe desconfiou de algo e voltou para casa, flagrando o marido em seu ato violento e incestuoso. Diante da situação, a família e os vizinhos, que souberam do fato, quase obrigaram a mãe a fazer a denúncia, que resultou em condenação. O agressor ainda está cumprindo pena. Na “explosão”, L.S.G. chorou muito. Ao expor seu sofrimento, ela deixou claro o quanto se encontrava marcada, tanto no sentido físico quanto emocional:

Eu sei que todo mundo aqui passou por isso (violência sexual), mas eu fui a pior de todas, eu fui estuprada!

Realmente, essa adolescente foi a única do grupo que perdeu a virgindade através do ato violento perpetrado pelo pai. E foi essa fala que fez com que o grupo pudesse refletir acerca do comportamento dessa adolescente, e nós pudemos trabalhar muitas questões, entre elas a virgindade. Giddens (1993) pontua que a virgindade ainda é considerada uma entrega para algumas garotas. Para a maioria, a questão não é realizá-la ou não como parte da experiência sexual precoce, mas como escolher o momento e a circunstância certos. Para LSG agredida sexualmente significou muito mais que a agressão física ou verbal, significou o roubo dos seus sonhos, da sua individualidade, da sua igualdade e identidade junto ao grupo e aos colegas de sua geração.

Hall (2002) contribui com a discussão quando afirma que a identidade é algo formado, ao longo do tempo, através de processos inconscientes e que permanece sempre incompleta, está sempre em processo, sempre sendo formada. Assim, segundo o autor, em vez de falar em identidade como uma coisa acabada, ele acredita que deveríamos falar de identificação, e vê-la como um processo em andamento. O acompanhamento pela ONG caminhou no sentido da identificação como processo de as adolescentes se sentirem como seres singulares, mas não diferentes; como pessoas que possuem uma história, mas não uma prisão; que possuem uma cicatriz, mas não uma ferida; como pessoas capazes de reescreverem sua história sem o estigma da vergonha e da pena que aprisiona e não liberta. Assim, ganham autonomia e iniciam o processo ao qual Hall se refere.

Simmel continua:

“Se não temos nem mesmo o poder e o direito de nos rebelarmos contra a tirania, a arbitrariedade, o mau-humor e a falta de tato, não poderíamos suportar relação alguma com pessoas cujo temperamento assim toleramos (...) Nossa oposição nos faz sentir que não somos completamente vítimas das circunstâncias”. (SIMMEL, 1983, p.127)

Foi a partir desse relato que o grupo atingiu um requisito muito importante para sua constituição e manutenção: a confiança. As falas se tornaram mais soltas ao longo dos encontros, e assim o profissional (pesquisador) e pacientes (sujeito da pesquisa) foram dando um novo rumo à situação da violência vivida. Ambos, conhecendo agora os meandros da opressão, vão se constituindo agentes de denúncia e mudanças. Vai havendo um processo de identificação no grupo.

Para Castells (1999), “não é difícil concordar com o fato de que, do ponto de vista sociológico, toda e qualquer identidade é construída”. E esse grupo construiu uma identidade coletiva. Com o amadurecimento dos encontros, observamos que os

depoimentos trocados as uniam e as identificavam, o que provocava um certo alívio por perceberem que não estavam sós no sofrimento. A identidade surge não tanto pela plenitude da identidade, que já está dentro de nós como indivíduos, mas de uma falta de inteireza que é “preenchida” a partir de nosso exterior, pelas formas através das quais nós imaginamos sermos vistos por outros. Stuart Hall (2002) afirma que “o sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor do ‘eu’ coerente. E é isso que nos revelam essas meninas, que vêm no grupo um espaço de interlocução e intersubjetividades.

Quando eu estou aqui (no grupo) eu me sinto bem porque me sinto igual a todo mundo. Me sinto até feliz.(R.L. - 13 anos).

O grupo não pode acabar nunca, pois só aqui posso falar sobre isso (violência sexual sofrida).(E.S.D. - 9 anos).

A noção de pertencimento foi aos poucos sendo sentida por todo o grupo. O aumento da auto-estima foi sendo percebido através da melhora na aparência e no cuidado pessoal. Essas mudanças foram ocorrendo à medida que elas se percebiam enquanto sujeitos capazes de transformar suas histórias de vida. E esse processo de empoderamento que Vaitsman e Andrade (2002) conceituam enquanto processo de ação social, no qual os sujeitos vão aos poucos tomando posse de suas próprias vidas pela interação com outros sujeitos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade social e pessoal. E assim o grupo vem buscando sua autonomia.

A autonomia do grupo é algo que necessita ser alcançado, e um acompanhamento psicoterapêutico individual também, pois nem todas as questões conseguem ser trabalhadas no grupo. No entanto, faz-se necessária maior participação da família neste processo, para que esta como um todo possa construir ou resgatar seus

vínculos afetivos. Os serviços do município que dão suporte para as crianças e adolescentes vitimizados pela violência sexual intrafamiliar precisam estar bem articulados e oferecendo um espaço de atendimento também à família e ao agressor. Esses atendimentos deveriam ocorrer de forma integrada por uma equipe multidisciplinar, para que se possa obter resultados mais positivos. O acompanhamento processual pós-diagnóstico da violência é algo ainda a ser alcançado pela “rede de serviços”, que muitas vezes interrompe o fluxo de atendimento após a punição do agressor, como se só a dimensão da justiça fosse importante.

Quando eu estou aqui (no grupo) eu me sinto bem porque sei que sou igual a todo mundo. Sabe, tia, por que as pessoas acham que podem fazer isso com os outros? Até meu irmão já tentou... mas se meu pai pode... (E.S.D. - 9 anos)

Fica aqui mais esse relato para a reflexão da vulnerabilidade em que muitas crianças e adolescentes se encontram dentro de seus lares, vendo em sua família não um local de proteção, de garantia de sobrevivência e de aprofundamento de laços de solidariedade, mas um espaço de ameaça, constrangimento, sofrimento e dor.

Esse espaço de interlocução, de intersubjetividade, nos move na consciência de que a temática merece e deve ser objeto de estudo e de políticas públicas que dêem conta deste fenômeno já tão antigo, porém ainda tão presente nos dias de hoje. O processo de luta continua através da escuta, da significação, ressignificação e principalmente na busca por direitos e promoção da cidadania.

3.4 PREVENÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Devido aos danos provocados pela violência sexual contra crianças e adolescentes, a prioridade é evitar que ocorra. Os conceitos de danos primários e secundários são, conseqüentemente, considerações de grande relevância para todos os grupos de profissionais que trabalham com a violência sexual contra a criança e o adolescente⁶⁸. A revelação da violência sexual da criança e do adolescente geralmente envolve um grande número de diferentes profissionais. É importante que os profissionais sejam bem capacitados, sensíveis, e que possuam uma escuta bastante apurada para que não sejam estimulados a transformar um detalhe da fala da criança ou adolescente em revelação e, principalmente, que não negligenciem as revelações de fato.

A constatação de violência sexual pode gerar uma crise na rede profissional. Questionamentos são levantados: Como lidar com os fatos? O que fazer? Quais os respaldos da rede de serviços a serem utilizados? Como lidar com a criança e seus familiares? Essas perguntas são apresentadas e nem sempre devidamente respondidas e resolvidas. Abordagens e intervenções não coordenadas, invasivas e despreparadas podem conduzir a dano e traumatismo nos relacionamentos familiares e nas crianças individualmente, maiores do que a violência original. Frequentemente, tais atos não conseguem resolver problemas e resultam em conflitos e respostas de ação não-terapêutica. Mais do que qualquer área de trabalho com a criança e com a família, é necessário distinguir o dano primário (pela própria violência sexual) e o dano secundário (intervenção profissional).

⁶⁸ FURNISS, 1993.

São várias as situações em que ocorre um dano secundário devido à intervenção inadequada dos profissionais envolvidos com o atendimento. Há intervenções que se dão no contexto errado ou de modo prematuro, como acontece com a prisão de pais acusados de abuso sexual que são presos e logo libertados por falta de evidências suficientes do crime. Um tipo comum de intervenção inadequada é aquela na qual crianças são removidas a esmo e retornam para a família sem qualquer trabalho de proteção ou tratamento realizado com essa família. Profissionais individualistas, que atuam isoladamente e não buscam intervir de modo amplo, através do trabalho integrado com uma equipe multidisciplinar, também causam danos secundários, como ocorre com famílias submetidas a intervenções isoladas e/ou descoordenadas que acabam se fechando novamente sob os efeitos da violência sexual contra seus membros mais jovens e indefesos.

O dano secundário ocorre em diferentes níveis:

1. Muitas vezes, a criança ou jovem acaba se tornando socialmente estigmatizado pela reação dos vizinhos, dos companheiros da escola e, quando ocorre, pela separação familiar. Dificuldades materiais e sociais trazem problemas adicionais quando as pessoas que cometeram a violência sexual deixam a família ou vão para a prisão.
2. Quando são envolvidas em conflitos institucionais estruturais e/ou conflitos nas redes profissionais – por procuração – as crianças ficam secundariamente traumatizadas em razão do processo interdisciplinar. Os conflitos estruturais acontecem mais frequentemente entre o sistema legal e as necessidades psicológicas e de proteção da criança, porque o sistema legal ainda não se adaptou completamente ao aspecto dos direitos humanos da *criança como um sujeito de direitos* que, não obstante, é estruturalmente dependente do cuidado adulto.
3. Existem situações que acarretam dano secundário à família. Tal como aquelas em que a pessoa suspeita de ter cometido a violência sexual nega o abuso, os demais familiares também não acreditam que o mesmo tenha ocorrido e a criança acaba desacreditada. Se o profissional não consegue evidências que comprovem a revelação da criança, esta pode ser usada como bode expiatório pelos pais, irmãos e outros membros da família, que a acusam e castigam por ter sido responsável pelos problemas familiares resultantes da revelação “infundada”.

4. O comportamento da criança vítima da violência sexual pode se voltar contra ela e causar-lhe um trauma secundário. A criança que apresenta um comportamento exacerbadamente sexualizado ou que se torna extremamente fragilizada provoca sentimentos de rejeição das pessoas que a cercam, além de atrair para si punições ou até novas reações mais violentas e abusivas do que a que deu origem ao atendimento.

Acreditamos que a mais importante política de enfrentamento dessa problemática é a prevenção. No entanto, após o fato ocorrido, ou seja, após a violação de direitos humanos universais, de regras sociais e familiares, devem-se impetrar ações e intervenções com vistas à resolubilidade da violência sexual. No enfrentamento dos crimes sexuais contra crianças e adolescentes, o circuito pelo qual circulam as notificações da situação de violência sexual até sua resolubilidade não possui um só percurso, mas três caminhos ou fluxos nos quais as relações entre os diferentes agentes do processo nem sempre são harmoniosas.

O fluxo legal implica o poder dos atores da justiça e sua interação; no fluxo de atendimento são os profissionais e as redes que exercem o poder de intervenção dentro das condições existentes. A proteção da criança e a defesa de direitos envolvem família, sociedade organizada e o sistema de garantia de direitos. Nesses fluxos os entraves e as facilidades estão articuladas às relações de poder, concepções, dispositivos e condições desiguais⁶⁹.

Daí a importância de trabalho multidisciplinar que envolva ações integradas de cuidado e atenção à saúde, proteção às crianças e famílias submetidas a situações de violência sexual e punição do agressor. O atendimento à criança ou ao adolescente, como à família, incluindo o perpetrador da violência, deve ter uma continuidade, seguir o fluxo, nem que seja necessário que o poder público institua a obrigatoriedade dos atendimentos. Criar dispositivos que integrem todos os serviços e ações do atendimento

⁶⁹ Vicente de Paula e Eva Teresinha Silveira Faleiros, 2001, p.27.

é um grande desafio para o poder público, para a sociedade civil e para os profissionais que lidam com essa realidade. Para isso, é primordial que a garantia dos direitos da criança e do adolescente permaneça na agenda pública como uma questão maior, de cidadania e respeito à criança e ao adolescente como sujeitos em situação peculiar de desenvolvimento. Desta forma, o processo de articulação dos serviços destinados ao atendimento dos casos de violência sexual contra a criança e o adolescente será constante e permanente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apontou que a violência é um fenômeno que se desenvolve e se dissemina nas diversas esferas das relações sociais e interpessoais. O campo de estudo deste fenômeno tem sido ampliado em termos de reflexões e pesquisas. Esta foi mais uma que visou fortalecer a temática no campo relativo à área da saúde, posta nas questões relacionadas às notificações por parte dos profissionais que trabalham com esta questão.

Atualmente, a violência está sendo reconhecida não só como uma importante questão social, mas também como um problema de saúde pública devido ao impacto negativo que causa ao desenvolvimento da criança, daí a pesquisa de campo desenvolvida em dois hospitais de referência no município de Niterói, que atende a uma grande demanda de usuários de Niterói e municípios vizinhos.

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é uma das faces da violência e uma grave questão social que vem se perpetuando ao longo dos anos. Muitas ações vêm sendo desenvolvidas, e o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra a Criança e o Adolescente é um grande passo que foi dado pelo Estado, em parceria com a sociedade civil. A entrada do tema na agenda pública já tira, de alguma forma, o fenômeno da violência da invisibilidade.

As diversas formas de violência contra a criança e o adolescente e os efeitos causados têm adquirido maior repercussão. Esta violência tem sido reconhecida como uma grave questão social, principalmente através do crescente número de denúncias feitas e das ações de algumas instituições especializadas do país, criadas por profissionais das áreas da saúde, educação e assistência a partir da década de 1980. No entanto, em relação aos profissionais, percebemos que muitos não conseguem lidar bem com a questão da violência sexual intrafamiliar contra a criança e o adolescente, por vezes até como defesa, mantendo-se distantes e indiferentes. Esse tipo de comportamento pode ser uma das explicações para que nossa pesquisa tenha encontrado como resultado o primeiro entrave, que foi um grande número de campos dos prontuários em branco, o que dificultou e até impossibilitou analisar algumas variáveis.

Constatou-se que dos 637 prontuário levantados no período de 2000 a 2005, 94 foram de violência sexual, sendo que 51,06% dos casos ocorreu no domicílio, o que corrobora os estudos que mostram a grande incidência da violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Foram registrados casos em todas as faixas etárias (0 a 19 anos), predominando nas crianças na faixa etária de 2 a 5 anos de idade. Um dado relevante da pesquisa foi em relação aos dados de etnia, que apontaram onde identificamos 632 prontuários com esse campo em branco, o que impossibilitou a análise desta variável. Nos registros de encaminhamento externo quase não houve preenchimento, existindo apenas 3 registros, o que revela falta de comprometimento no preenchimento das informações dos prontuários base desta pesquisa. Foi verificado ainda que o preenchimento do campo Encaminhamento Interno ocorreu sem uma padronização. No exame do campo do suposto perpetrador verificou-se que se tem um baixo nível de identificação deste indivíduo, pois todos os outros agentes familiares

somados representam 31,91% das notificações, cabendo as demais a desconhecido, com 29,79%, outros com 32,98% e 5,32% em branco.

Diante desse contexto, a criança e o adolescente acabam sendo duplamente vitimizados: pela violência sexual e pela indiferença dos profissionais. Possivelmente, uma das principais questões que levam os profissionais de saúde a negarem e a subestimarem a severidade e a extensão da violência sexual é o fato de ele significar a violação de tabus sociais, como o incesto, despertando sentimentos de raiva e desconforto nos próprios agentes de saúde. Daí, após a análise desses dados da pesquisa temos a pretensão de propor uma capacitação para os profissionais que lidam com a questão da violência contra a criança e o adolescente, inclusive orientando-os quanto ao preenchimento da notificação compulsória e sua importância.

Uma revisão no fluxo de atendimento faz-se necessária para que os estabelecimentos de saúde sejam considerados como grandes portas de entrada dos casos de violência, tendo por consequência a necessidade de integrar diferentes profissionais através da formação de equipes interdisciplinares em qualquer programa, seja de prevenção, detecção ou acompanhamento das crianças ou adolescentes vitimizados. É importante frisar a importância da constante discussão dos casos atendidos, por todos os integrantes da equipe responsável pelo acompanhamento da família.

Em relação à ONG, as falas nos revelam a dor mas também o crescimento das integrantes do Grupo Amigas Sobreviventes. Realmente elas sobreviveram, foram resilientes, mas cabe ao Estado oferecer serviços que dêem suporte, atendimento para que não só elas, mas toda a família tenham chance de uma vida digna e com qualidade. Isso é direito!

Outro ponto a ser pensado é em relação à integração que se dá entre as diferentes instituições envolvidas na prevenção da violência. Não parece ser fácil o trabalho conjunto entre conselhos tutelares, setor judiciário, ONGs e outras instituições; no entanto, cabe-nos salientar que uma boa integração de trabalho evitará a sobreposição de serviços e viabilizará o fluxo de serviço.

Concluindo, gostaríamos de esclarecer que essa pesquisa só mostrou uma pequena parte do que realmente vem acontecendo com nossas crianças e adolescentes, sendo de grande valia que o Projeto Observatório da Violência contra Crianças e Adolescentes continue coletando dados para que possamos, em pesquisa próxima, ter um panorama mais aprofundado acerca do tema e propor políticas com base nos dados da pesquisas. Não podemos nos esquecer de que o primeiro passo, o mais importante para formular políticas públicas é poder identificar os problemas e suas causas, estabelecer metas, definir ações específicas para cada área e assim elaborar estratégia de captação não só de recursos financeiros, mas também de recursos humanos.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Proteção e prevenção: Guia de orientação para profissionais de saúde. Petrópolis, Rio de Janeiro: Autores & Agentes & Associados, 2. ed. ABRAPIA, 2002.
- Amaral, C.C.G. Família às avessas: gênero nas relações familiares de adolescentes. Ed. UFC, Fortaleza, 2001.
- ANDRADE, G. R. B. de e VAITSMAN, J. “Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde”. *Ciência e saúde coletiva*, vol.7, no.4, 2002.
- ARIÈS, P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978, p. 231-277.
- ARIÈS, P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- ASSIS SG, AVANCI JQ, SANTOS NC, MALAQUIAS JV, OLIVEIRA RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2004.
- AZEVEDO M. A. & GUERRA V. N. A. Ousar assumir. Guia prático para se posicionar frente ao fenômeno, p. 18. In Módulo 2 A/B do telecurso de especialização em violência doméstica contra crianças e adolescentes. CRI/IPUSP/USP, São Paulo, 1994
- AZEVEDO M.A. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: Westphal MF, organizadora. *Violência e criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002.
- AZEVEDO, M. A . & GUERRA, V. N. A . (org.). Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Ed Iglu,1989, p.8.
- AZEVEDO, M. A . & GUERRA, V. N. A . (org.). Apostila do Curso de Especialização em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. Módulo 2. LACRI-USP, 2003.
- AZEVEDO, M. A . & GUERRA, V. N. A . Pele de asno não é só história... Um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família. São Paulo; Rocca, 1988.
- Azevedo, M. A. & Guerra VNA. *Infância e violência fatal em família*. São Paulo: Iglu; 1998.
- BARROS, Nivia Valença. *Violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social*. Rio de Janeiro, 2005. 248f. Tese de Doutorado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- BAUMAN, Zigmunt. *Globalização: as conseqüências humanas*. Rio de Janeiro, Zahar, 1999.

- BIRMAN, Joel. “Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmão”, Função fraterna (org. Maria Rita Kehl). Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 2000.
- BRANCHER, Leoberto Narciso. Maus-tratos na infância, implicações jurídicas do atendimento da vítima. Revista Jurídica da Associação dos Defensores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 1997, p.71.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org). Pesquisa Participante. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- BRASIL, 2001. Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União* nº 96, 18 maio, seção 1e. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal de 1988. Organizada por Juarez de Oliveira e Ana Cláudia Ferreira de Oliveira. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2001.
- BRASIL. Decreto nº 5.083, Institui o Código de Menores (01/12/1926)
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal 8.069 de 13/07/1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001
- CAFFEY, J.: Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *AJR Am J Roentgenol* 56: 163-173, 1946.
- CARVALHO, Rose Mary de. Comentários ao art. 136 do ECA. In: CURY, Munir; SILVA, Antônio Fernando Amaral e; MENDEZ, Emílio García (coords.). Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado: comentários jurídicos e sociais. São Paulo: Malheiros, 1992, p. 419-420.
- CASTELLS, Manuel. O poder da identidade. São Paulo, Paz e Terra, 1999.
- CLAVES. Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/nucleos/index.cfm?dep=159>>. Acesso em 02 set 2007.
- Cohen L & Swift S. A Public Health Approach to the Violence Epidemic in the United States. *Environment and Urbanization*, 1993.
- COHEN, J. A . & MANNARINO, A . P. “Incest”. In: AMMERMAN, R. T. & HERSEN, M. (Orgs.). *Case Studies in family violence*. New York: Kluwer Academic/Lenum Publishers, 2000b.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética da Enfermagem. Resolução COFEN nº 240 de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [resolução na internet]. Disponível em: <<http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7069§ionID=34>>. Acesso em 08 set 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1246 de 08 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [resolução na internet]. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=240&tipo=RESOLU%C7%C30&órgão=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1246>>. Acesso em 08 set 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 010 de 21 de julho de 2005. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais da Psicologia [resolução na internet]. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/a_orien/codigo/fr_codigo_etica_indice_new.htm>. Acesso em 08 set 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução CFESS nº 273/93 DE 13 março de 93. Dispõe sobre o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais [resolução na internet]. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf>. Acesso em 08 set 2007.

- COSTA, J. DE J. Rompendo o silêncio. São Luís do Maranhão: Estação Gráfica, 1997, p. 110.
- CRAMI. Centro Regional aos Maus-Tratos na Infância. Abuso Sexual Doméstico: Atendimento e Responsabilização do Agressor. São Paulo: Cortez, 2002.
- DAMÁZIO, R. L. O que é criança. São Paulo, Brasiliense, 2ª. Ed. 1991.
- DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. In: Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, vol.25, supl.1, abr. 2003.
- DEL PRIORE, M. (Org) História das Crianças no Brasil. 2º ed. São Paulo: Contexto, 2000.
- DELTAGLIA, L. “Etude psychosociale de 44 dossiers d’expertise d’enfants victimes d’abus sexuels”. In GABEL, Marceline. Crianças Vítimas de Abuso Sexual. São Paulo: Summus, 1997.
- DELTAGLIA, L. “Les abus sexuels envers les enfants. Etud de 90 sujets auteurs ou victimes ayant fait l’ objet d’une expertise psychologique”. In: Cahiers du Centre de Recherche interdisciplinaire de Vaucresson, 1990.
- DEMAUSE, L. 1975. “A história da infância e a história da violência física doméstica contra crianças e adolescentes” in GUERRA, Viviane N. de A..Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez , 2001.
- DESLANDES SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cad Saúde Pública 1994; 10(Supl 1):177-187.
- DESLANDES, S. F. Prevenir a violência um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.
- DIÓGENES, G.M. Cartografias da cultura e da violência, gangues, galeras e o movimento hip hop. São Paulo, AnnaBlume Ed./Governo do Estado do Ceará, 1998.
- DONZELOT, Jacques. A polícia das famílias. 2a. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986..
- FALEIROS, Eva T. Silveira. e CAMPOS, Josete de Oliveira Repensando os Conceitos de Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Brasília: CECRIA / MJSEDH- DCA / FBB / UNICEF, 2000.
- FALEIROS, V. de P. Violência contra a infância. Sociedade e Estado, Brasília, v. 10, n. 2, jul/dez. 1995.
- FALEIROS, Vicente de Paula. Assistência e a Questão da Exploração Sexual. 2002.
- FALEIROS, Vicente de Paula e FALEIROS Eva Teresinha Silveira (Coords.). Circuito e Curtos-circuitos: Atendimento, Defesa e Responsabilização do Abuso contra Crianças e Adolescentes. São Paulo: Veras, 2001
- FLEURY, Estado sem cidadãos. RJ: Fiocruz, 1994, p. 103.
- FOULCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FREUD , S. (1923). “El Yo e el Ello”. In: Obras completas. Madri, Biblioteca Nueva, 1981.
- FURNISS, T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinarity. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GABEL, M. (ORG.) Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo:Summus,1997, p.10.
- GARBARINO, J., DUBROW, N., KOSTELNY, K., & PARDO, C. Children in danger: coping with the consequences of community violence. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers, 1992.
- GARMEZY, N. Stress resistant children: the search for protective factors. In: recent research in developmental psychopathology. J. Stevenson, ed.,Oxford: Pergamon Press, 1985.

- GIDDENS, Anthony. Transformações na intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo, Unesp, 1993.
- GÓIS, J. B. Famílias e proteção social no serviço social: Revisitando a história profissional. Dissertação de Mestrado. UFRJ, 1993, p.6.
- GOMES, M. A. Filhos de ninguém? Um estudo das representações sociais sobre família de adolescentes em situação de rua. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2003.
- GOMES, R.; DESLANDES, S. F.; VEIGA, M. M.; BHERING, C; SANTOS, J. F. C. “Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura”. Cadernos de Saúde Pública, 18 (3), 707-714, 2002.
- GONÇALVES, H. S. & FERREIRA, A.L. “A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde”. Cadernos de Saúde Pública, 2002.
- GREEN, A . H. “Abuso sexual e incesto”. In: LEWIS, m. (Org.). Tratado de Psiquiatria da infância e adolescência. (Trad. I. S. Ortiz). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995 (original publicado em 1991).
- GUEIROS, D. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. Serviço Social e Sociedade, n.71, 2002.
- GUERRA VNA. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez; 2001.
- GUIMARÃES, I. Violência de gênero. In: Brasil. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.105-109.
- HALL, Stuart. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro, DP&A, 2002.
- JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. In: Cadernos de Saúde Pública, vol.19, no.1, Jan./Feb. 2003, p.227-235.
- JUNQUEIRA, M.F.P.S. Do complô do silêncio à estigmatização do discurso: reflexões acerca do abuso sexual da criança e a prática clínica. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: PUC, 1998.
- KALOUSTIAN, S. M e Ferrari, M. Introdução, pp. 11-15. In SM Kaloustian (org.). Família brasileira, a base de tudo. Ed. Cortez-Unicef, São Paulo-Brasília, 1994
- KALOUSTIAN, S.M. (org.) Família Brasileira, a Base de Tudo. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1988
- KEMPE, Ruth, S; U KEMPE C., Henry: Niños Maltratados, Ediciones Morata, Madrid. 1979.
- KOLLER, S. H. “Violência doméstica: uma visão ecológica”. In: AMENCAR (Org.). Violência doméstica. São Leopoldo: Amencar, 1999.
- KRISTENSEN, Chistian Haag; OLIVEIRA, Margrit Sauer; FLORES, Renato Zamora. Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre. In: . et al. Violência doméstica. Porto Alegre: Fundação Maurício Sirotsky. AMENCAR, 1998, p. 115.
- LEAL, M. L.; LEAL, M. F. (Coord.). Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual no Brasil 2000–2002. Relatório Nacional. Brasília: CECRIA/PESTRAF, 2002.
- LOPES F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil, 2004, Brasília. In: I Seminário Saúde da População Negra 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- LÓPEZ, F. & MARTÍN, A. F. Aproximaciones al estudio de la sexualidad, Salamanca, Amarú Ediciones, 1991.

- MARTINEAU, S. Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to “kids at risk”. Tese de Doutorado, The University of British Columbia, 1999.
- MELLO, S.L Família: perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M.C.B. (org). A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. Ramos. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva/ABRASCO, vol.4, nº1, 1999.
- MOTTA, M. E. de Senna. Reflexões sobre a notificação compulsória de maus-tratos. In: Olhares: criança e adolescentes. Organizado por Nivia Valença Barros, José Nilton de Souza e Jacques Sochaczewski. Niterói: PROEX/ UFF, 2005.
- OLIVEIRA MS, Flores RZ. Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre parte A: boas intenções não bastam. In: Violência Doméstica. São Leopoldo: AMENCAR; 1989. p. 71-85.
- OMS. Relatório sobre a Saúde no Mundo. Genebra, 2001
- OMS. Violência um problema de saúde pública. In: KRUG, E. et al. (Eds.). Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra: World report on violence and health/Organização Mundial de Saúde. 2002. p. 5.
- OPAS. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington: OPAS, 1993.
- PETRINI, J. C. Pós-modernidade e família. Ed. Edusc, Bauru, 2003.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS Rubens A. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.
- PIRES, J. M. “Violência na infância: aspectos clínicos”. In: AMENCAR (Org.). Violência doméstica. São Leopoldo: Amencar, 1999.
- POLANCZIK, G. V.; ZAVASCHI, M. L.; BENETTI, S.; ZENKER, R.; GAMMERMAN, P. W. “Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil”. Revista de Saúde Pública, 2003.
- RIFIOTIS, T. Nos campo da violência. In: Antropologia em primeira mão, v.19, 1997.
- RIZZINI, I. (Org.) A arte de governar crianças. A história das políticas sociais, da legislação e da assistência a infância no Brasil. Rio de Janeiro, Instituto Interamericano Del Niño: Ed. Santa Úrsula/AMAISS Livraria e Editora, 1995.
- RUTTER, M. Resilience: *some conceptual considerations*. Journal of Adolescent Health, 1993.
- RUTTER, M. *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal of Orthopsychiatry, 1987.
- RUTTER, M. *Resilience concepts and findings: implications for family therapy*. Journal of Family Therapy, 1999, p.119.
- RUTTER, M. *Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder*. British Journal of Psychiatry, 1985.
- SAFFIOTI, H. I. B. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual, pp. 56-64. In FR Madeira (org.). Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Editora Record-Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1997.
- SAFFIOTI, H. Exploração sexual de crianças. Em M. A. Azevedo & V. N. A. Guerra (Orgs.). Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder: Violência física e sexual contra crianças e adolescentes, São Paulo: Iglu, 1989
- SAFFIOTI, H. I. B. O poder do macho. 1º ed. São Paulo. Ed Moderna, 1987.
- Santos, H. O. Crianças violadas. CBIA-CRAMI, Brasília, 1991.

- SANTOS, Maria de Fátima de Souza. Representações Sociais e Violência Doméstica. In: *Violência e Exclusão: convivendo com paradoxos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SERRA, J. A diversidade é a maior riqueza. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v.1, nov. 1999.
- SGROI, S. M. *Manual da Clínica de Intervenções com Crianças Abusadas Sexualmente*. Lexington, Ma. 1992.
- SILVA LMP, NASCIMENTO CAD, SILVA IR, GUIMARÃES KN et al. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- SILVA, Moacyr Motta da, VERONESE, Josiane Rose Petry. *A Tutela Jurisdicional dos Direitos da Criança e do Adolescente*. São Paulo: LTr, 1998.
- SILVA, Moacyr Motta da, VERONESE, Josiane Rose Petry. *A Tutela Jurisdicional dos Direitos da Criança e do Adolescente*. São Paulo: LTr, 1998.
- SIMMEL, G. *A metrópole e a vida mental, o fenômeno urbano* (org.: VELHO, Otávio). Rio de Janeiro, Zahar, 1983
- UNICEF. *Relatório Anual sobre a Situação Mundial da Infância*, 1996.
- VELHO, Gilberto. *Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, p.148.
- VICENTE, C.M. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo, pp. 47-59. In SM Kaloustian (org.). *Família brasileira, a base de tudo*. Ed. Cortez-Unicef, São Paulo-Brasília, 1994.
- WIEWIORKA, Michel. “O novo paradigma da violência”. In *Tempo Social*. São Paulo, USP, 1997.
- YAZBEK, M. C . *Classes subalternas e assistência social*. (4ª ed.). Ed. Cortez, São Paulo, 2003.
- YUNES, M. A. M. E SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, José (org). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.
- ZALUAR, Alba. Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização. *São Paulo em Perspectiva*, 1999, vol.13, n. 3, ISSN 0102-8839.
- ZAVASCHI, M. L. S.; TELELBOM, M.; GAZAL, C. H.; SHANSIS, F. M. “Abuso sexual na infância: um desafio terapêutico”. *Revista de Psiquiatria*, RS, 13 (3), 136-145, 1991.
- ZIMMERMAN, M. A.& Arunkumar, R..Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 1994, p. 4.