

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

BRUNA DE ALMADA GHIORZI

**O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: um estudo sobre os repertórios interpretativos das políticas
de proteção à infância em Porto Alegre (RS)**

Porto Alegre

2021

BRUNA DE ALMADA GHIORZI

**O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: um estudo sobre os repertórios interpretativos das políticas
de proteção à infância em Porto Alegre (RS)**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Saúde, Sociedade e Humanidades

Orientadora: Prof^a Dr^a Stela Nazareth Meneghel

Porto Alegre

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Ghiorzi, Bruna
O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES: um estudo sobre os repertórios
interpretativos das políticas de proteção à infância
em Porto Alegre (RS) / Bruna Ghiorzi. -- 2021.
122 f.
Orientador: Stela Nazareth Meneghel.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Violência Sexual. 2. Infância. 3. Políticas
Públicas. I. Nazareth Meneghel, Stela, orient. II.
Titulo.

Este trabalho é dedicado a todas as meninas e mulheres que vieram antes de mim e que ainda virão quando eu não estiver mais aqui.

AGRADECIMENTOS

Um dia, no início desse percurso, alguém alertou sobre a solidão da caminhada acadêmica, sobre a solidão da produção da pesquisa, da escrita, do processo todo. Devo dizer que, excluindo umas duas ou três ocasiões, não estive sozinha em nenhuma parte dessa jornada. Minha escrita está repleta de mãos, olhares e vozes. Mãos que se estenderam para me incentivar, olhares que vieram para me ajudar a olhar melhor e vozes que me alertaram sobre os caminhos, atalhos e perigos, além de todos os ouvidos que escutaram as divagações, dúvidas, queixas e lamentos. Não houve solidão aqui.

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais e minha madrastra que tanto participam das minhas divagações e pelo incentivo constante. Meus primeiros revisores e colaboradores, que apontam equívocos gramaticais, políticos e conceituais (com afeto) e acreditam em mim quando eu invento projetos mirabolantes, amo vocês por tudo isso e mais um pouco. À minha companheira Fabíola que quis tanto quanto eu que essa dissertação acontecesse, que me amparou, cuidou e apoiou todos os dias, escutou as minhas angústias, puxou as minhas orelhas e foi só amor esse tempo todo e todo o tempo antes desse. Fabíola tu és a minha casa e todinho o meu amor.

Não poderia deixar de citar o meu agradecimento pela escuta e pela presença discreta, porém, constante da minha analista. Alice, o percurso que escavo nos caminhos da análise me encoraja e me dá fôlego para seguir. Minha escrita é marcada pela tua escuta também.

À Stela, pela orientação, pela paciência e pelos apontamentos sempre tão preciosos que me autorizaram a escrever e criar. Agradeço por ter me incluído em seus projetos e aceitado me acolher nessa caminhada. Obrigada por me ensinar tanto!

Às minhas colegas, amigas e amigos que tanto me auxiliaram a enfrentar os desconhecimentos, as aflições, as burocracias sem fim. Obrigada pelo carinho de cada gesto, pela companhia, pela paciência e, sobretudo, por manterem a energia até o fim. Foi uma felicidade compartilhar essa jornada com vocês.

Aos demais professores e professoras que tanto me ensinaram. Muito além do ambiente acadêmico. Me ensinaram sobre generosidade, sobre coerência e sobre as possibilidades de criar em conjunto para suportar os tempos difíceis. Aline, Daniel, Maurício, Tatiana: Obrigada por todas as oportunidades que vocês me ofereceram, obrigada pela aposta e acolhimento. Foram e são tempos terríveis de se viver, mas vocês tornaram as coisas mais possíveis para mim e não tem palavra alguma que consiga traduzir a importância de vocês na minha trajetória.

Por fim, agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi a realização de um sonho estar aqui e desejo que muitas outras e muitos outros possam ainda viver a potência do ensino público e gratuito, que seja resistência sempre!

RESUMO

Este trabalho tem como tema a violência sexual contra crianças e adolescentes, violência esta que se materializa por meio de diversas ações, tais como: estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, exploração sexual, mediante o uso ou não da força física e que se propaga, principalmente sobre o corpo das meninas no Brasil. O objetivo deste estudo foi identificar os repertórios interpretativos utilizados por operadores de políticas públicas no enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes na cidade de Porto Alegre (RS). Foram entrevistadas quatorze trabalhadoras dos setores de saúde, assistência social, segurança e justiça que compõem diferentes pontos da rede de atenção à infância. As entrevistas foram analisadas através da análise do discurso com o uso da ferramenta metodológica dos repertórios interpretativos. Como resultados foram observados três principais repertórios a partir dos quais o trabalho com o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes foi descrito: (1) o repertório do “encaminhamento”, que descreve o esgotamento e a fragmentação da rede; (2) o repertório do “medo” e “impotência” que enfatiza os modos pelos quais as equipes descrevem sua relação com o trabalho cotidiano com o tema da violência sexual nos territórios e (3) o repertório “culpa da mãe” que descreve as maneiras como a abordagem familiar ao tema persiste em uma lógica de responsabilização materna. Conclui-se que o enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes segue sendo tomado enquanto restrito às famílias e ao cuidado individualizado, reproduzidos nos discursos e práticas dos operadores das políticas públicas.

Palavras-chave: Violência Sexual. Infância. Políticas públicas.

ABSTRACT

The main theme of this work is sexual violence against children and teenagers, violence that emerges through several actions, such as: rape, incestuous abuse, sexual harassment, child pornography, pedophilia, sexual exploitation, with or without physical force, and that it spreads mainly, on the bodies of girls in Brazil. Its objective was to identify the interpretative repertoires used by public policy operators in combating sexual violence against children and teenagers in the city of Porto Alegre (RS). Fourteen people that work with the childcare network from health, social assistance, security, and justice, were interviewed. The interviews were analyzed using discourse analysis methodological tool for the interpretive repertoires. As a result, three main repertoires were observed, from which, sexual violence against children and teenagers was described: (1) the "referral" repertoire, which describes the network exhaustion and fragmentation; (2) the "fear" and "powerlessness" repertoire that emphasizes the ways in which teams describe their relationship with daily work about sexual violence in the field and (3) the "mother's guilt" repertoire that describes the ways in which the family approach to the problem that persists in a logic of maternal responsibility. It is concluded that confrontation of sexual violence against children and teenagers continues to be taken as delimited to families and to individualized care, reproduced in the speeches and practices of public policy operators.

Keywords: Sexual Violence. Childhood. Public Policies.

SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CRAI	Centro de Referência ao Atendimento Infanto-juvenil
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECA	Divisão Especial da Criança e do Adolescente
DPGV	Departamento de Proteção a Grupos Vulneráveis
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EESCAS	Equipes Especializadas de Saúde Integral da Criança e do Adolescente
ESF	Equipes de Saúde da Família
GERCON	Gerenciamento de Consultas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGP	Instituto Geral de Perícias
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
IST's	Infeções Sexualmente Transmissíveis
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
RS	Rio Grande do Sul
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
STF	Superior Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

Resumo	8
Abstract.....	9
Lista de Siglas	10
1 Introdução.....	10
2 “Isso acontece todos os dias”: contextualizando a violência contra crianças e adolescentes.....	16
2.1 Uma breve história sobre violência e direitos das crianças e adolescentes	21
2.2 Contextualizando a violência sexual no Brasil e no cenário do estudo na atualidade.....	26
3. Objetivos.....	33
3.1 Objetivo geral	33
3.2 Objetivos específicos	33
4. Percurso Metodológico	34
4.1 Tipo de estudo.....	34
4.2 Produção dos dados	35
4.4 Análise dos dados	38
3.5 Aspectos éticos	41
5 Resultados.....	43
5.1 “Sozinho não se faz nada”: o repertório do “encaminhamento”.....	44
5.1.1 <i>Portas de Entrada: Atenção, Proteção Básica e Garantia de Direitos (UBS/CRAS/Conselho Tutelar)</i>	46
5.1.2 Atendimento Especializado (Segurança Pública/CRAI)	62
5.1.3 Continuidade do Cuidado (EESCA/CREAS)	70
5.2 “As violências mexem muito com as entranhas da gente”: O repertório do “medo e da impotência”	77
5.3 “Mãe tem que ser protetora”: o repertório da “culpa da mãe”	90
6 Considerações Finais	101
Referências.....	106
Anexos	120
Anexo A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada	120
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objetivo compreender como se efetivam políticas públicas no enfrentamento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes por meio da análise dos repertórios interpretativos de operadoras dessas políticas no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). Assim, inicialmente busquei entender quais os paradigmas de cuidado com a infância que estão presentes na efetivação das práticas de atendimento a essa população e suas famílias no atual contexto sócio-histórico a partir da fala das trabalhadoras através de entrevistas semiestruturadas. No entanto, outros assuntos emergiram como: o cotidiano do trabalho, o sofrimento, a impotência, o medo, a fragilidade das redes, a precarização e rotatividade que colaboram para a insuficiência de profissionais compondo os serviços especializados, entre outros aspectos que corroboraram para que a escuta das operadoras se direcionasse muito mais no sentido de produzir reflexão acerca da prática na atenção às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes e a condição em que os serviços estão colocados para dar conta desta realidade.

Sabe-se que a violência está presente na vida de muitas pessoas, ainda que não se consiga mensurar adequadamente a sua ocorrência em função da falta de registros ou mesmo da dificuldade de identificar as situações como violências, tal a naturalização com que alguns comportamentos são reproduzidos cotidianamente. A escuta desses relatos, a dificuldade na execução das ações de cuidado e a necessidade de articular os serviços que compõem as diversas redes de atendimento: assistência social, saúde, os representantes dos órgãos de segurança e justiça do município, por exemplo, tornam evidente a complexidade de abordar o tema. Assim, o enfrentamento da violência, principalmente sexual, é um dos problemas mais frequentemente mencionados pelos profissionais, em relação a dúvidas sobre a abordagem do assunto e a continuidade dos cuidados junto às famílias. Além disso, a violência sexual, que está diretamente relacionada às violências de gênero, possui um aspecto de invisibilidade notadamente imposto pela dificuldade na revelação dessas situações (SCHRAIBER *et al.*, 2009).

De todos os delitos repudiados em nossa sociedade, a violência sexual contra crianças e adolescentes talvez seja o que causa maior comoção e aquele cujos apelos para uma suposta justiça ou reparação sejam mais vociferados publicamente.

Ao incluir as noções de infância e sexualidade, que possuem enraizamentos de cunho moral, sujeitos a estigmas, torna-se mais delicado discutir o fenômeno (MENEZES-SANTOS; RIOS, 2009).

Em agosto de 2020, a história de uma garota de dez anos de idade que precisou ser submetida ao processo de interrupção de uma gestação fruto de uma violência sexual intrafamiliar ficou muito conhecida no Brasil. O motivo da repercussão foi a dificuldade encontrada pela família da garota em dar continuidade ao procedimento, mesmo que já autorizado pela justiça. Entraves nos serviços de saúde e a pressão de grupos conservadores para que a interrupção da gestação não ocorresse causaram a necessidade de deslocamento da menina para que o procedimento fosse realizado em outro estado. O caso foi amplamente divulgado na imprensa. A menina era violentada pelo tio desde os seis anos de idade. Um dos principais entraves foi a objeção de consciência alegada por profissionais da saúde como forma de se absterem de realizar o procedimento.

Em junho de 2020, durante a pandemia de COVID-19, o menino Miguel de cinco anos morreu ao cair do nono andar de um prédio luxuoso na cidade de Recife. Miguel deveria estar sob os cuidados da patroa da mãe, nas imagens do edifício é possível observá-la apertar o botão do elevador para o menino que sobe até a cobertura sozinho. A mãe, empregada doméstica passeava com os cachorros da patroa no momento da tragédia.

27 de dezembro de 2020, os três meninos Lucas Mateus, de oito anos, Alexandre, de dez anos, e Fernando Henrique, de onze desaparecem juntos em Belford Roxo. Até o momento não há registro do que teria acontecido com as crianças.

Em março de 2021 a morte do menino Henry Borel causa comoção na imprensa, o menino de quatro anos havia sido torturado fisicamente pelo padrasto, um vereador da cidade do Rio de Janeiro. Descobriu-se que ele já havia sido acusado de cometer violências contra crianças no passado.

De maio de 2019 a maio de 2020 quatro crianças haviam sido assassinadas em operações policiais no estado do Rio de Janeiro. Um deles foi João Pedro, quatorze anos, morto dentro de sua casa em São Gonçalo.

Cito estes episódios porque são recentes e me vem com facilidade à cabeça. Em 2020 no Brasil, mais de 170 crianças de 0 a 4 anos foram mortas de maneira violenta intencional (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP,

2021, p. 220). Estes casos que nomeei ilustram diferentes vieses sobre a desvalorização e descaso com a vida de crianças e adolescentes. Sobretudo para que se possa entender de uma vez por todas que a violência sexual embora seja um fenômeno a ser estudado em suas especificidades e sua relação com a violência de gênero, não ocorre de maneira isolada das demais violências às quais crianças e adolescentes estão submetidos cotidianamente e que incluem marcadores raciais, de classe, gênero, localização geográfica, entre outros, presentes nas estruturas de desigualdades do nosso país e que predizem quais vidas são possíveis de serem vividas e quais podem ser precarizadas (MARTINS, 2021).

Não é possível desvincular a violência que a menina de dez anos sofreu a partir de um viés ideológico que considera mais importante o desenvolvimento do feto levado a termo do que a sua saúde e os seus direitos de menina. Ou desvincular a morte de Miguel da sua classe e raça. Ele, enquanto filho da empregada, não foi visto em sua condição de sujeito em desenvolvimento e, portanto, necessitado da proteção pelo adulto mais próximo, a patroa. Na alta repercussão do homicídio de Henry Borel, aparecem diversos exemplos de culpabilização da mãe, proteção da imagem do padrasto e um processo com ampla cobertura da imprensa. Em relação às crianças de Belford Roxo, um estrondoso silêncio e morosidade de uma estrutura de investigação e justiça que naturaliza o sumiço ou morte de crianças periféricas.

Podemos perguntar: quando começamos a desvalorizar a vida de crianças? E teríamos que nos haver com uma história marcada pelo processo de invisibilização das violências estruturais às quais crianças estão submetidas desde a colonização, teríamos que nos haver com o passado de uma sociedade marcada pela violência da desigualdade e pelo racismo, em que alguns são considerados mais humanos do que outros. Isso não é de hoje. Na atualidade se faz importante falar cada vez mais, tentar entender as maneiras pelas quais podemos chamar a atenção para essas situações e procurar modos de atuar para um convívio menos desigual, para a redução da violência com um foco que não seja o da “criminalidade”, palavra que banaliza e oferece soluções fáceis que no final nada resolvem. Mas, o da polissemia que o termo violência abrange, incluindo quando desumaniza e torna objetos aqueles que deveriam ser vistos enquanto cidadãos e como isso nos toca e nos implica, nós, profissionais da saúde coletiva, do cuidado, em nossos fazeres diários.

Sendo psicóloga, atuei por um período em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infanto-Juvenil (CAPS IJ) situado em município da região metropolitana de Porto Alegre, RS. Os CAPS são dispositivos oriundos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e constituem o serviço especializado para o cuidado em saúde mental de forma comunitária e territorial em substituição às antigas instituições manicomiais. Durante o tempo em que estive inserida nesse serviço pude acompanhar diversas situações encaminhadas para atendimento em saúde mental em que a violência era parte importante da história dos jovens e de suas famílias. Mesmo quando não era esse o motivo explícito do encaminhamento. Em algumas das ocasiões, era necessário acionar diferentes serviços que compõem a Linha de Cuidado para a Infância e Juventude com o objetivo de garantir os direitos e a proteção às crianças e aos adolescentes. Nesses momentos a maneira de conduzir as ações de cuidado era visivelmente atravessada pelas percepções dos diferentes profissionais acerca do que é a violência, do entendimento sobre a atuação do Estado em relação às famílias, entre outras questões de ordem moral e cultural que influenciavam nas decisões sobre o acolhimento, sobre as possibilidades de atendimento e as medidas necessárias a cada caso. Além disso, a fragilização dos vínculos empregatícios e a sobrecarga dos serviços apareciam como fatores importantes para a tomada de decisões.

Essas questões mobilizaram o meu interesse em investigar um campo que, apesar de muito discutido, talvez seja pouco escutado em seus dilemas cotidianos, suas contradições e seus desafios. Como estão amparados e de que maneira se organizam esses profissionais que são responsáveis por conduzir o enfrentamento às situações de violência? Quais são as políticas públicas e como elas se efetivam no contexto atual? Com essas indagações no horizonte, optei por construir um olhar para as dimensões do problema que pareciam fazer mais sentido para aquilo que me inquietava na prática cotidiana e que respondesse melhor às interrogações que surgiram ao longo do caminho metodológico escolhido, de acordo com o que a delicadeza do tema permitiu.

Como ferramenta para abrir os caminhos por entre essas inquietações trago inicialmente no referencial teórico a construção de um entendimento sobre como a violência contra crianças e adolescentes foi compreendida ao longo da história e, posteriormente como a violência sexual contra esse grupo etário tornou-se uma preocupação para as políticas públicas no Brasil. A perspectiva da violência sexual

enquanto violência de gênero e estratégia de dominação dos corpos de mulheres, crianças e adolescentes é a lente pela qual observo o fenômeno.

Nos títulos que constituem o referencial teórico e a descrição dos resultados, utilizo trechos das falas que me marcaram nas entrevistas com as operadoras das políticas públicas, as quais nomeio enquanto trabalhadoras, entrevistadas ou informantes ao longo da escrita. Considero relevante marcar essas diferentes posições.

Ao longo do terceiro e quartos capítulos descrevo quais os caminhos metodológicos orientaram a realização desse estudo de caso que teve como uma de suas limitações o fato de precisar se adequar às medidas de distanciamento social. Cito essas informações com o intuito de contextualizar o cenário em que se inscreve a produção dessa dissertação. Um trabalho não está isolado da sociedade que o cerca. Assim como os discursos são produzidos sob determinadas circunstâncias, da mesma forma esse estudo foi constituído e sofreu os efeitos de um contexto de isolamento social, crise sanitária, política e econômica que incidiram na maneira como a produção dos dados ocorreu e nas questões que emergiram a partir do efeito dessas circunstâncias. Nós não passamos imunes por toda essa situação e nem as nossas questões de pesquisa.

O quinto capítulo é constituído dos resultados obtidos ao longo das entrevistas a partir do que caracterizei como os repertórios interpretativos que compuseram as falas das trabalhadoras. Em um primeiro momento descrevo o repertório do “encaminhamento” como nomeei as práticas discursivas que tratam da trajetória do cuidado em seus desvios e entraves no cotidiano dessas políticas de enfrentamento. Deste modo percorri a rede, a partir das reflexões trazidas nas entrevistas e daquilo que está preconizado nas diretrizes de atendimento. O segundo repertório, ao qual identifico como o repertório do “medo” e “impotência” traz alguns dos efeitos mencionados a respeito do trabalho com a violência sexual e a maneira pela qual eles se expressam na fala das trabalhadoras. O terceiro repertório trata da “culpa da mãe” a maneira pela qual, se expressa na fala das trabalhadoras as dificuldades na abordagem familiar das violências sexuais.

Ao final apresento as limitações da pesquisa e os aspectos que podem ser aprofundados em futuros estudos e discussões bem como eventuais pistas para uma prática que tenha em seu horizonte a superação das violências. Há toda uma realidade no cotidiano dos serviços que nos mostra a importância de falarmos e,

mais ainda, escutarmos as condições em que estamos lidando com o tema da violência sexual e a maneira como deliberadamente uma parcela da população de crianças e adolescentes segue sendo vítima de abusos que dificultam o seu desenvolvimento e sua mobilidade social, permanecendo invisíveis e ocupando um não-lugar, sendo trazidos ao debate unicamente enquanto mobilizadores de um discurso moral que alega “defender a infância” mas, inviabiliza qualquer mudança estrutural.

2 “ISSO ACONTECE TODOS OS DIAS”: CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A violência é considerada um fenômeno multicausal que atinge a sociedade de diferentes modos. É possível identificar nos eventos violentos conflitos de autoridade, disputas pelo poder e a intenção de aniquilação do outro (MINAYO, 2006). Uma das maneiras de pensar a violência enquanto conceito é considerar que ela representa ações e ideias que reduzem os sujeitos à condição de “coisa” o que resulta em relações em que estão excluídos os direitos do outro (CHAUI, 2018). Nesse trabalho faço a escolha de utilizar o termo “violência sexual” em detrimento de outros termos possíveis como “abuso” por uma escolha política, no sentido de evidenciar, mais do que a relação individual de abuso, a questão estrutural que nos implica enquanto sociedade, Santos (2010) faz uma reflexão em torno da escolha do termo “violência sexual” a partir dos significados que sustentam o conceito enquanto epistemologia e dos debates que constituem o estabelecimento do termo enquanto referenciado nos campos da psicologia e do direito. Aqui, no entanto também incluo o campo da saúde coletiva em função das implicações e impactos da violência sexual para a saúde pública e para a sociedade. Conforme Dahlberg e Krug (2006, p. 1165), a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a violência como:

O 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.

Para considerarmos uma situação como violência é necessário que estejam presentes a intenção de lesar ou o exercício do poder gerando consequências imediatas ou posteriores sejam elas físicas, emocionais ou até mesmo econômicas como nos casos de violência patrimonial. Para Minayo (2001) a violência contra crianças e adolescentes também implica uma *coisificação* da infância e a negação do direito de crianças e adolescentes de serem tratadas como pessoas em condições especiais de desenvolvimento. O reconhecimento de uma situação de violência, no entanto, frequentemente não se dá de maneira óbvia. Alguns comportamentos e atitudes são tão enraizados e presentes no cotidiano das pessoas e das comunidades que acabam por tornar-se naturalizados e parecem não refletir aquilo que se entende comumente como violência. O trabalho infantil, por

exemplo, constitui uma violação dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1990) e, ainda assim, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que cerca de 998 mil crianças trabalhavam em situação irregular no Brasil em 2016 (IBGE, 2017), ou seja, são muitas as pessoas que convivem com essa realidade e acabam por não a compreender em sua dimensão violenta e sim, como algo inevitável, imutável e que faz parte da vida.

A violência contra crianças e adolescentes ocorre predominantemente no âmbito familiar e doméstico, cerca de 300 milhões de crianças ao redor do mundo sofrem regularmente castigos físicos e/ou agressões psicológicas por seus pais ou cuidadores (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2017). No entanto, ela se manifesta também em âmbitos diversos, incluindo outros agentes. Dados provenientes do Anuário Brasileiro de Segurança Pública dão conta de que, em 2020, entre as mortes violentas intencionais (homicídios dolosos, latrocínios, intervenções policiais e lesão corporal seguida de morte) 6,9% do total correspondeu a crianças e adolescentes entre 0 e 17 anos (FBSP, 2021). As violências físicas representam uma parte do fenômeno, porém, existem outros aspectos que, por vezes, não são facilmente mensuráveis. Minayo (2001) destaca três tipos de violência que costumam atingir ou envolver essa população: a violência estrutural, a violência intrafamiliar e a violência infanto-juvenil a qual ela associa à compreensão de delinquência.

A violência estrutural se manifesta a partir da submissão de crianças e adolescentes a condições de vida de extrema pobreza, fome, dificuldade de acesso à saúde, educação e lazer. *“Se a gente olhar o próprio saneamento, as crianças ficam expostas ao esgoto e essas coisas todas. Isto é um retrocesso, uma violação aos Direitos Humanos”* diz uma das participantes do presente estudo. É quando as decisões institucionais favorecem que crianças e adolescentes estejam sujeitos ao trabalho infantil, à exploração, à miséria ou à institucionalização (acolhimento institucional, cumprimento de medidas socioeducativas com restrição de liberdade etc.). Esse conceito de violência estrutural somado ao conceito de violência institucional atua em conjunto, demonstrando um processo de violência histórica e socialmente reproduzido que age sobre uma determinada camada da sociedade de forma desigual e amparada pelas instituições. Violência institucional como aquela que *“que é mantida pelas instituições sociais e que é justificada e legalizada na ordem normativa”* (OLIVEIRA, 2018, p. 43).

Sobre a violência intrafamiliar, considera-se que ela se manifesta nas relações domésticas, sejam consanguíneas ou por afinidade. Já em relação à delinquência, a autora destaca a expressão da violência cometida por crianças e adolescentes, como, por exemplo, a violência interpessoal nas diversas classes sociais. Ou seja, nessa categoria estão incluídos os jovens envolvidos em ações criminosas como assalto, tráfico de drogas ou ainda como autores de violência física, sexual, etc. Ao longo da história das políticas de assistência à população jovem no Brasil houve ênfase no combate à criminalidade juvenil muitas vezes utilizando-se de ferramentas como o encarceramento e outras práticas disciplinares como pretensas correções para esses comportamentos. Nota-se, no entanto, que essas práticas foram direcionadas às juventudes pobres, sobretudo negras, associando-os aos estigmas de vadiagem e periculosidade (FALEIROS, 2011; MINAYO, 2001) como se nas classes sociais mais altas esse tipo de violência pouco se manifestasse, quando na verdade, é tratado e nomeado institucionalmente de outras formas, impossibilitando sua visibilidade (SANTOS; ALÉSSIO; SILVA, 2009).

Considerando essas categorias, também é preciso observar que a violência se expressa sob diferentes naturezas. Dahlberg e Krug (2006) fazem a seguinte distinção entre as naturezas da violência: física, sexual, psicológica e privação/abandono. Como bem ressaltam os autores, nem sempre a fronteira entre elas é evidente, porém, as distinções auxiliam na identificação do fenômeno e na compreensão de sua magnitude.

Em 2019, foram recebidas 86.837 denúncias de violações de direitos humanos contra crianças e adolescentes através do DISQUE 100, correspondendo a 55% do total de denúncias (BRASIL, 2019). Esse grupo populacional somado ao grupo de idosos representou 85% de todas as denúncias recebidas pelo canal de atendimento, o que dá pistas sobre a sua vulnerabilidade, mas pode indicar também a maior sensibilização em relação às violências cometidas contra estes grupos populacionais (FONSECA, 2018; MENEGHEL *et al.*, 2011). Cerca de 38% das violações contra crianças e adolescentes recebidas no DISQUE 100 foram caracterizadas como negligências, seguidas pelas violências psicológicas (23%), físicas (21%) e sexuais (11%). O DISQUE 100 é um instrumento nacional para o recebimento e encaminhamento de denúncias de situações de violação de direitos humanos.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) do ano de 2019, realizada pelo IBGE em conjunto com o Ministério da Saúde e da Educação abordou 11,8 milhões de estudantes de 13 a 17 anos de escolas públicas e privadas e apontou que cerca de 14,6% dos escolares já teriam sido tocados, manipulados, beijados ou passado por situações de exposição de partes do corpo contra sua vontade e 6,3% informaram terem sido obrigados a manter relações sexuais contra sua vontade, pelo menos uma vez na vida (IBGE, 2021). As meninas reportaram com maior frequência essas situações.

A comunicação sobre violências praticadas contra crianças e adolescentes é obrigatória desde que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entrou em vigor através da Lei nº 8.069/1990 (BRASIL, 1990). O ECA propiciou uma alteração no modo como crianças e adolescentes eram vistos social e juridicamente no Brasil. Relegados anteriormente à condição de “menores” e ao modo de conduta e assistência que prezava pela vigilância e criminalização da infância pobre. A partir desse instrumento, doutrina norteadora para as políticas para a infância e adolescência brasileira, plasmou-se a chamada “doutrina da proteção integral” que visava à garantia de direitos e cidadania para todas as crianças e adolescentes brasileiros. Desenvolvido a partir da luta dos movimentos sociais e durante o período de redemocratização, o Estatuto incluiu a preocupação com a proteção das crianças e adolescentes contra quaisquer tipos e manifestações de violência:

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990)

Uma das razões para a vulnerabilidade da criança e do adolescente à violência é a assimetria de poder em relação ao adulto que possui e provê os meios de sustento, a moradia e o afeto em nossa sociedade (MENEZES-SANTOS; RIOS, 2009; AZEVEDO; GUERRA, 1988). No caso da violência sexual, se percebe historicamente uma diferença de tratamento e de compreensão sobre o modo como ela se manifesta, suas consequências e a necessidade de visibilidade e enfrentamento (RODRIGUES, 2017) do problema. O campo da saúde atualmente caracteriza a violência sexual como:

Qualquer ação na qual uma pessoa, valendo -se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/ constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente, caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2016, p. 58)

Conforme essa definição é perceptível que existem várias formas de manifestação da violência sexual que extrapolam em muito a situação do estupro. Mesmo a definição de estupro foi ampliada a partir de 2009. A terminologia utilizada pelo código penal até então era o anacrônico “Crime contra os costumes” substituído, ainda que tardiamente, pelo termo “Crime contra a dignidade sexual” (RODRIGUES, 2017). Nessa mesma alteração foram incluídos os atos libidinosos para além da penetração e as vítimas de sexo masculino como indivíduos passíveis de sofrerem estupro, o que eu não ocorria na definição anterior.

Assim, ampliou-se juridicamente a compreensão do conceito de violências sexuais, exemplificando o quanto a moralidade da época é definidora na caracterização do que é considerado uma prática passível de ser compreendida enquanto violência e eventual criminalização. Durante muito tempo a violência sexual e o estupro foram considerados crimes contra o pudor, que atingiam a moral da sociedade (DESLANDES; MENDES, 2017) excluindo, nessa perspectiva, o sujeito vítima da violência, sobretudo mulheres, o direito ao seu próprio corpo e os efeitos desse ato para a sua vida. Ou seja, invisibilizar a existência da violência sexual era (em certa medida continua sendo) uma boa maneira de conservar uma falsa imagem moral da sociedade, e, nesse sentido, o silenciamento das vítimas é parte essencial do processo.

2.1 Uma breve história sobre violência e direitos das crianças e adolescentes

A violência sexual colonial é o cimento da construção da nossa identidade nacional através da miscigenação e do mito da democracia racial (CARNEIRO, 2019) que tem servido historicamente para encobrir o fato de que negros e indígenas sofriam sistematicamente violências de todas as ordens, entre elas, o estupro recorrente das meninas e mulheres. O mito fundador da sociedade brasileira encobre uma série de violações (CHAUÍ, 2018) sustentando uma falsa imagem de uma terra acolhedora desde a sua origem. A exploração sexual para fins comerciais era de direito dos senhores de escravos como mais uma maneira de reduzir negras e negros à condição de objetos. Os homens negros escravizados eram privados de seu papel social enquanto pais e os filhos eram arrancados das mulheres a qualquer momento (VERGÈS, 2020). Era comum que crianças geradas nessas condições, frutos de violência, bem como crianças muito pobres, fossem enviadas às rodas dos expostos, mecanismo criado em função da recorrência com que bebês morriam em locais públicos após serem abandonados (MINAYO, 2006; FALEIROS, 2011; PIRES; MIYAZAKI, 2005), o mecanismo protegia a identidade das pessoas que entregavam as crianças, preservando a honra das famílias. Esses exemplos são uma forma de visibilizar o pouco valor atribuído às vidas de pessoas escravizadas, indígenas e crianças pobres que não eram vistos enquanto sujeitos de direitos.

Até o século XVIII, no Brasil, as crianças eram vistas sob um único papel social: o de filhos. Crianças não inseridas em algum tipo de estrutura familiar ou, que pertencessem às classes mais pobres, possuíam ainda menos visibilidade e importância para a sociedade, sendo suscetíveis ao abandono e às mais diversas condições de vulnerabilidade como o trabalho infantil, às prisões e à miséria (FALEIROS, 2011). Crianças pobres que vinham nas embarcações portuguesas na forma de trabalhadores (grumetes), por exemplo, sofriam inúmeros abusos físicos e sexuais (PRIORE, 2002). Esses meninos já eram considerados aptos ao trabalho nos navios desde os nove anos de idade.

Crianças e adolescentes escravizados eram considerados mercadoria cara porque produziam menos do que adultos e ficavam sujeitos aos maus-tratos incluindo a exploração sexual. As crianças que sobreviviam após abandonadas na Roda dos Expostos eram enviadas ao trabalho precoce e ainda precisavam ressarcir o Estado ou seus “cuidadores” pelos custos com a sua criação.

A vida das crianças escravas, tanto as que conviviam mais próximas às famílias do senhor ou as que trabalhavam nas lavouras, era repleta de sofrimentos. Estas crianças, muitas denominadas de “leva-pancadas”, além de sujeitarem-se a trabalhos prematuros desde a mais tenra idade, desempenhavam ainda a função de animais de estimação. Por valerem pouco no mercado de capital da época, atraíam para si a violência do conjunto social e eram vítimas de sevícias. (CAMARGO; ALVES; QUIRINO; 2005, p .612)

Assim como as mulheres, a existência das crianças era justificada pelo seu valor como propriedade e mão de obra para o trabalho, ou seja, subordinada ao poder paterno. Isso porque a visão sobre a família (e conseqüentemente a visão sobre a infância) no imaginário brasileiro do período correspondia ao modelo de família patriarcal do Brasil colônia, substituída posteriormente pela família conjugal moderna (constituída por um núcleo formado pelo marido, esposa e filhos). Não significa que outros modelos de organização familiar não tenham coexistido, porém, foram desconsiderados, marginalizados e incluídos em uma massa homogênea de desvalidos, em favor de um ideal que representasse um ponto de ordem, um instrumento em favor da higiene e da disciplina (CORRÊA, 1981; COSTA, 1989). A destruição dos laços familiares e sociais provocada pelo processo de colonização e escravização é um exemplo de como outros modos de parentesco representados por negros e indígenas foram destituídos de valor (NUNES, 2003; VERGÈS, 2020).

Aos poucos, acompanhando o processo de desenvolvimento urbano o agrupamento familiar e, em especial, a criança, foram adquirindo relevância para o discurso do Estado, que começou a enunciar a preocupação com a higiene, educação e cuidado com a formação de futuros cidadãos para contribuir com o progresso da nação (COSTA, 1989, FALEIROS, 2011). Assim a família nuclear ganha atenção especial como responsável e, muitas vezes, incapaz de dar conta dessa função, resultando na necessidade de diretrizes e políticas que atendessem aos anseios dos setores dominantes da sociedade com base naquilo que se acreditava ser o melhor para alcançar o intuito de disciplina e desenvolvimento. Ao mesmo tempo, a família burguesa é simbolizada de maneira sagrada, reforçando os aspectos da religião que favoreciam a disciplina, obediência e retidão.

A partir do século XIX se observa no Brasil a consolidação do papel do médico nas instituições, e com isso, normas destinadas a formalizar o cuidado às crianças, por meio da puericultura, como já acontecia na Europa. Também nessa

época e no início do século XX se intensificam as discussões a respeito das infâncias marginalizadas. O uso da mão-de-obra infantil era então abundante nas fábricas e os discursos em disputa colocavam a importância da intervenção do Estado na proteção à infância. O argumento dos setores que defendiam o uso do trabalho infantil era a necessidade das famílias de que as crianças contribuíssem financeiramente e se mantivessem ocupadas: “melhor as crianças na fábrica do que nas ruas, os pais querem isso” (FALEIROS, 2011, p. 45), ou seja, ainda que essas crianças recebessem um salário muito inferior ao dos adultos e frequentemente adocessem ou viessem a óbito, o discurso desses setores (muitos deles, industriários) era o de proteção das “famílias pobres” conquanto na verdade, visavam à proteção dos seus lucros. Em 1927 é promulgado o “Código de Menores” no Brasil. O Estado passa formalmente a ter obrigações de proteção ainda que o foco seja a defesa da sociedade em relação aos “delinquentes” e a “salvação dos desamparados”. O jurista e o médico se tornam as figuras representativas das forças hegemônicas no controle da questão social da infância abandonada, sendo que as decisões dos juízes se baseavam na índole boa ou má da criança para a definição das trajetórias institucionais (FALEIROS, 2011).

Nesse período, as discussões em relação aos direitos das crianças e adolescentes e conseqüentemente sobre as violências sofridas por essa população ganharam fôlego internacionalmente. Em 1959, a Declaração Universal dos Direitos da Criança é constituída na Assembleia Geral da ONU e ratificada pelo Brasil, sendo considerado um dos primeiros instrumentos específicos no que diz respeito às diretrizes para a proteção integral à infância (SANTOS, 2010).

Em 1962, nos Estados Unidos, começa a ser usada a expressão “síndrome da criança espancada” para visibilizar um fenômeno recorrente observado pelos profissionais da saúde: a violência doméstica contra crianças, já descrita anteriormente por Tardieu em 1860 (PIRES; MIYAZAKI, 2005; SANTOS, 2010). Outro fator que se destaca como estopim para visibilizar este tipo de violência, são os debates a respeito da violência de gênero e doméstica tornados públicos pelos movimentos feministas a partir da década de 1970 (RODRIGUES, 2017; SANTOS, 2010). Em 1973, pela primeira vez é descrito o caso de uma criança espancada, na literatura nacional de saúde (PIRES; MIYAZAKI, 2005). Nesse período as discussões sobre as agressões ocorridas em âmbito familiar colocam em questão a “sagrada família” e tornam evidente que a violência contra crianças e adolescentes

não é fruto apenas de degenerações presentes em indivíduos “mentalmente perturbados”, mas, constituem parte de um mesmo sistema que historicamente submete mulheres e perpetua desigualdades (MINAYO, 2006, FALEIROS, 2009).

As violências estiveram presentes ao longo da história, porém, foi necessária a desnaturalização e a publicização das ocorrências para que um problema antes considerado privado se tornasse objeto de atenção do Estado. A atenção para a situação das mulheres fez com que se atentasse também ao contexto de violência contra crianças que acabou por se revelar no conjunto de agressões. Ainda assim, o reconhecimento das diversas formas de violência sexual contra crianças e adolescentes percorreu uma trajetória com “graus diferentes de mobilização da sociedade para o seu combate e prevenção” (AZEVEDO; GUERRA, 1988, p. 15).

No Brasil, a mudança de paradigma em relação às crianças e adolescentes só se consolidou a partir do movimento de ativistas. Esses movimentos passam a se organizar buscando a municipalização das políticas de atendimento à infância no contexto de redemocratização, incluindo as crianças e os adolescentes nessas discussões. Em 1988, a criação do Fórum Nacional Permanente de Entidades Não-Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente foi um importante marco, pois se tornou um interlocutor junto ao Congresso Nacional para a inclusão dos direitos de crianças e adolescentes na Constituinte (SANTOS, 2014). Família, sociedade e Estado passam a ser instâncias garantidoras do acesso das crianças e adolescentes a direitos (PEREZ; PASSONE, 2010). A Constituição de 1988 foi outro marco fundamental na direção da proteção de crianças e adolescentes, também foi fundamental para o processo de reforma do campo da saúde no Brasil, a partir do movimento conduzido pela Reforma Sanitária com o objetivo de instituir um sistema de saúde que garantisse o acesso universal, integral e gratuito o Sistema Único de Saúde (SUS).

A redemocratização dos anos 80 implicou na redefinição das políticas sociais que reordenaram o sistema de proteção social a partir de princípios como descentralização, participação social e a universalização da atenção, visando reduzir a exclusão social e garantir a equidade, no plano dos direitos (MENDONÇA, 2002, p. 115).

Em 1990 é sancionado o ECA, que coloca em vigor os aspectos considerados nos artigos 14 e 227 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que diz respeito ao reconhecimento da cidadania de crianças e adolescentes. Na década de 1990, os

eixos fundamentais no trabalho com a infância e a juventude são a erradicação do trabalho infantil, o enfrentamento à exploração sexual e o adolescente em conflito com a lei (GONZÁLEZ, 2015). Nesse período a população de jovens em situação de indigência correspondia a cerca de 25% da população infanto-juvenil (MENDONÇA, 2002, p. 116).

Sobre o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes, inicialmente houve uma preocupação com o combate à chamada prostituição infantil, termo utilizado na época nas campanhas e discussões sobre o tema e atualmente considerado inadequado por encobrir a relação de abuso e violência e carregar em si uma série de estereótipos e estigmas associados (SOUZA; SOUZA, 2009). O debate na década de 1990 incluía a promoção de ações visando a extinção das formas de exploração e turismo sexual com a população de crianças e adolescentes. Nos anos de 1993 a 1995, foram instauradas campanhas e comissões parlamentares de inquérito que tinham o objetivo de investigar e divulgar devido a urgência do tema. Ao longo dessas ações foi constatada a frequente ocorrência de situações de violência sexual intrafamiliar, ampliando assim as discussões sobre a questão (PAIXÃO; DESLANDES, 2010). A partir de então, outros mecanismos de denúncia e enfrentamento foram criados como o Disque-Denúncia (posteriormente chamado de DISQUE 100) e o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, lançado na cidade de Natal no ano 2000 (PAIXÃO; DESLANDES, 2010).

Questões como a evasão escolar, jovens em situação de rua, uso problemático de drogas bem como as consequências físicas e emocionais para o desenvolvimento de crianças e adolescentes fizeram com que em 1999 a OMS declarasse o Abuso Sexual Infantil como um problema de saúde pública, considerando a magnitude das consequências sociais ocasionadas pelas violências dessa natureza e da insuficiência de informações e intervenções para o enfrentamento do problema (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). Segundo a OMS, no mundo, uma em cada cinco mulheres relata ter sofrido abuso sexual em algum momento da infância (OMS, 2014).

2.2 Contextualizando a violência sexual no Brasil e no cenário do estudo na atualidade

Em 2001, o Ministério da Saúde no Brasil estabeleceu a obrigatoriedade de notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes atendidas no âmbito do SUS. A deliberação evidenciou a preocupação de que essas situações fossem identificadas com o objetivo de notificar e agir em relação à proteção e ao cuidado com as crianças, adolescentes e suas famílias. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, gestor federal do SUS declara a violência como um importante problema de saúde pública, estabelecendo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005), posteriormente incluindo a notificação compulsória em casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nos serviços de saúde (BRASIL, 2016). Implantou-se o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), constituindo um sistema de monitoramento dos eventos de violência e acidentes cujos dados anteriormente eram obtidos de maneira fragmentada. Um dos componentes desse sistema é o VIVA Contínuo (BRASIL, 2016) que conta com a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada como instrumento de coleta, cujas informações ficam armazenadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esses dados possibilitam a elaboração de um conjunto de indicadores para subsidiar a criação de ações específicas de enfrentamento às violências.

O Ministério da Saúde divulgou um Boletim Epidemiológico analisando a violência sexual contra crianças e adolescentes no período de 2011 a 2017 no Brasil, incluindo dados coletados a partir das notificações do SINAN (BRASIL, 2018). Nesse boletim é possível observar dados preenchidos a partir das situações de violência notificadas pelos serviços de saúde no território nacional. Foram contabilizados 184.524 casos notificados de violência sexual nesse período, sendo que 76,5% referiam-se a vítimas crianças e adolescentes. Os resultados apresentados mostram que entre as vítimas do sexo feminino, em ambos os cursos de vida, a maioria dos prováveis agressores possuía vínculos familiares com as vítimas. Já, entre as pessoas identificadas do sexo masculino, em ambos os cursos de vida, na maioria dos casos os prováveis agressores possuíam vínculo de amizade ou eram conhecidos das vítimas.

Atualmente também foi necessária a ampliação do conceito de violência sexual contra crianças e adolescentes para abranger situações como o comércio ilegal de pornografia infantil por meio de redes sociais e Internet, o que constitui mais uma das formas de exploração sexual infantil. Ainda assim, não são esses os casos que mais aparecem nos serviços que compõem as redes de proteção. A literatura e os dados mais recentes (BRASIL, 2018; FBSP, 2021; BRASIL, 2019) seguem nos dizendo: a maior parte das violências sexuais contra crianças e adolescentes é perpetrada pela família ou por pessoas conhecidas.

É importante diferenciar os conceitos de violência sexual contra crianças e adolescentes do conceito de “pedofilia” que em algumas situações podem ser confundidos ou utilizados como se fossem sinônimos. Não são. Não há no Brasil um tipo penal chamado “pedofilia”, o termo remete-se ao campo da medicina e da psiquiatria (RODRIGUES, 2017) e diz respeito a um transtorno sexual que se caracteriza pela preferência de adultos por crianças. Embora agressores sexuais possam ser diagnosticados no espectro desse transtorno, a categoria também inclui pessoas que não cometem o abuso, porém, manifestam fantasias e desejos dessa ordem. É importante mencionar isso porque os discursos sobre “o combate à pedofilia” são utilizados e repetidos com um tom ideológico que associa a figura do agressor sexual a uma figura marginalizada, degenerada e doente, desvinculando essa imagem do perfil mais comum de pessoas que cometem essas violências: o pai, o avô, o tio, o vizinho, ou seja, homens não necessariamente “doentes” e conhecidos pelas vítimas.

Embora existam registros que apontem para a mulher como perpetradora de violências físicas, psicológicas e negligências em relação às crianças e adolescentes, no que diz respeito à agressão sexual não é possível verificar a sua ocorrência pela insuficiência de estudos e dados a respeito do tema (SETUBAL *et al.*, 2019). Um dos motivos para a escassa notificação e denúncia de violências sexuais cometidas por mulheres, principalmente, no que diz respeito às mães, seria a dificuldade, na identificação da ocorrência de uma violência em função do papel reconhecido de “mãe” na sociedade, uma figura sagrada e necessariamente, boa (BADINTER, 1985). Outras autoras chamam a atenção para a diferente relação e construção do papel das mulheres em relação ao sexo e enquanto cuidadoras e responsáveis pelas crianças em sociedade (AZEVEDO; GUERRA, 1988). Trabalhos clássicos como o de Pateman (2021) ressaltam a dominação masculina enquanto

salvo conduto para o livre acesso ao corpo feminino, o que legitimaria o exercício da violência sexual.

Sobre as prevalências reais é necessário ter em vista a subnotificação dos casos no país. Em relação aos estupros, na população em geral, estima-se que em torno de 10% tenham sido registrados nos departamentos policiais (GIUGLIANI *et. al.*, 2021; CERQUEIRA; COELHO, 2014). No caso de crianças e adolescentes, a subnotificação se deve a fatores como a necessidade de que a vítima consiga romper o silêncio e encontrar um adulto que ofereça escuta segura, confie em seu relato e tenha condições de prosseguir com a denúncia (SANTOS; DELL'AGLIO, 2010). Além disso, o reconhecimento da situação de violência e o acesso à rede de saúde podem influenciar esse processo, não esquecendo que é preciso que a notificação e envio dessas informações sejam realizadas pelos serviços de saúde ou que os boletins de ocorrência cheguem a ser concluídos nas delegacias.

Considerando a proximidade dos agressores com as vítimas torna-se mais difícil que o fluxo de revelação, notificação e denúncia ocorram, sendo possível afirmar, portanto, que o número de casos deva ser ainda mais alto. Em 2019, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública informou 66.123 pessoas vítimas de estupro, sendo que desses casos, 57,9% corresponderiam a crianças menores de 13 anos e em 85,7% dos casos as vítimas eram meninas e mulheres (FBSP, 2020), em relação aos dados provenientes de 2020 observa-se uma redução no número de denúncias que não necessariamente indica a redução das ocorrências mas, um aumento da subnotificação em consequência da pandemia de COVID-19, essa discrepância nos dados é observada principalmente no período de fevereiro a maio de 2020 (FBSP, 2021). É importante considerar que esses dados, diferente dos dados que constituem o SINAN, são informados pela área da Segurança Pública, se referindo, portanto, a situações que foram denunciadas e que não necessariamente passaram pelos serviços de saúde. Apesar da dificuldade na identificação de redução ou aumento do número de ocorrências no período pandêmico, foi possível observar nos registros mensurados que a faixa etária das vítimas foi em média menor, do que nos anos anteriores.

Um estudo realizado no Brasil referente aos dados de 2010 a 2019, com base no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), evidenciou que, em média, por ano, 25 mil meninas de 10 a 14 anos tiveram filhos nascidos vivos neste período (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2021). Gestações

estas que são fruto de estupro presumido, uma vez que a legislação brasileira estipula que o consentimento para relações sexuais é irrelevante nesta faixa etária. Destas meninas, 71,1% são consideradas negras (pretas e pardas).

Em Porto Alegre, RS, cenário onde se situa esse estudo, foram notificadas 1.218 situações de violência sexual contra crianças e adolescentes de 0 a 19 anos durante o período de 2017 a 2019 conforme o registro do sistema VIVA do município. Dessas, cerca de 74% ocorreram no local de residência. Outro dado importante é que a maior parte das violências sexuais notificadas nesta faixa etária é registrada como um evento “de repetição”, algo que se observa também em outras situações de violência que acabam sendo notificadas pelos serviços de saúde. No caso da violência sexual contra crianças e adolescentes no período mencionado, 52,8% dos casos foram caracterizados como “violência de repetição”. É relevante pensar que muitas dessas pessoas já passaram em algum momento pelos serviços de saúde e as situações já foram diagnosticadas e/ou reportadas anteriormente, ou seja, de alguma forma não temos sido eficientes na interrupção destes episódios de violência.

Observando os dados de Porto Alegre constata-se que a maior parte das vítimas constitui o grupo de meninas de 10 a 14 anos de idade. Mesmo em número bastante inferior, também é importante reforçar as notificações de violência sexual contra meninos. A faixa etária mais notificada em relação aos meninos, no entanto, na maioria das vezes fica em torno dos 5 a 9 anos. Essa diferença condiz com os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2021) e com os dados nacionais do DISQUE 100 (BRASIL, 2019, p. 51). Salienta-se que a diferença expressiva entre as vítimas do sexo feminino e do sexo masculino pode ser atribuída a fatores como a dificuldade maior em revelar e denunciar os casos em que eles são vítimas em função do medo de serem considerados “homossexuais” por exemplo. A violência sexual teria esse caráter feminilizante em função dos paradigmas que a sustentam enquanto ferramenta de submissão e de demonstração de poder. Em um estudo nacional, empírico, realizado com 170 homens adultos, foi constatado que 74 destes relatavam ter sido vítima de violência sexual na infância (43,5%), nesse mesmo trabalho, os autores discutem o quanto a invisibilidade das violências sexuais sofridas pelos meninos acarreta um número reduzido de estudos sobre as especificidades para o enfrentamento dessas situações (ROSA; SOUZA, 2020).

Outro aspecto que se destaca entre os dados das notificações do município de Porto Alegre é a proporção de vítimas entre a população negra. O quesito raça/cor constante na ficha do SINAN é autorreferido, o que significa que 30% das vítimas foram identificadas como pretas (17%) ou pardas (13%). Considerando que a população de Porto Alegre é constituída, segundo o plano municipal de saúde, de 20% de pessoas autodeclaradas negras.

Conforme o informativo sobre as desigualdades sociais por raça e classe no Brasil (IBGE, 2019), a chance de um jovem negro ser assassinado em 2017 era de 2,7 vezes maior do que a de um jovem branco. Ainda, 75% das pessoas que foram assassinadas em intervenções policiais entre 2017 e 2018 eram negras. Cabe acrescentar que entre 2017 e 2018, a proporção das mulheres negras vítimas de estupro correspondeu a 51% do total de mulheres violentadas no período. Ou seja, mesmo que haja distorções nos registros ou subnotificações, é preciso considerar as desigualdades enfrentadas pela população negra também nos índices de violência sexual contra crianças e adolescentes notificados pelos serviços de saúde e as implicações das violências raciais na denúncia ou notificação desses casos. A persistência das relações assimétricas de poder entre os grupos raciais, materializada nas desigualdades políticas, econômicas e jurídicas (ALMEIDA, 2021), segue produzindo diferentes condições de saúde e de direito à vida para essa população.

Von Hohendorff e Patias (2017) classificam as consequências causadas pela violência sexual contra crianças e adolescentes entre: físicas, emocionais, cognitivas comportamentais e psicopatologias. Dificuldades que irão se manifestar no desenvolvimento físico, psíquico e social, incluindo a possibilidade de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez precoce. Porém, também as intervenções após revelação e denúncia dos casos deixam suas marcas, inclusive na piora das condições materiais de sobrevivência, considerando que muitas vezes os autores dessas violências são aqueles responsáveis pelo sustento das famílias, chefes de família e “representantes do pátrio poder”. Dessa forma, a opção por manter as situações em segredo segue presente em muitas situações. Em um livro lançado recentemente no Brasil, uma jornalista recolheu relatos de agressores e vítimas de violência sexual; ela observou um ponto em comum nos relatos das vítimas nos anos que sucederam à violência: mesmo quando conseguem dar seguimento às suas vidas e de alguma forma ressignificar o ocorrido, permanecem

com as marcas causadas por intervenções conduzidas a partir de julgamentos morais, ausência de acolhimento, excesso de burocracia e falta de informações por parte das instituições que as levam à repetição exaustiva de suas histórias (ARAÚJO, 2020).

O enfrentamento da violência, principalmente sexual, é um dos problemas mais frequentemente mencionados pelos profissionais, em relação à dificuldade para realizar a abordagem do assunto e a continuidade dos cuidados junto às famílias. Menezes-Santos e Rios (2009, p. 14) também ressaltam em seu trabalho a respeito das condutas, posicionamentos e práticas de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, a necessidade de se discutir o assunto para além do senso comum e manter um posicionamento crítico com relação às práticas de cuidado. Rodrigues (2017) destaca a problemática de que usualmente são homens adultos que fazem as legislações e decidem sobre sua aplicação em casos em que geralmente os acusados também são homens adultos. Com isso o autor busca chamar a atenção para as leis e normas que são criadas dentro de um sistema-gênero e aplicadas nesse mesmo sistema, mesmo quando os agentes dessas normas são mulheres, elas mesmas podem reproduzir essa dinâmica de opressão por estarem respondendo a esse ordenamento do patriarcado.

Apesar de que a utilização do conceito de “patriarcado” seja controversa e discutida dentro da teoria feminista, Pateman (2021) considera o termo unificador para as diferentes dominações masculinas. Em sua obra, ela expõe o arcabouço teórico que sustenta os pilares da organização social que se baseia na diferença sexual e supremacia masculina, considerando a ordem patriarcal enquanto fundante das relações sociais. Saffioti (2015) o descreve como um conceito ainda necessário por nomear, entre outras coisas, um tipo hierárquico de relação entre homens e mulheres que perpassa todos os espaços da sociedade, uma estrutura de poder baseada em ideologia e violência. Partindo desses pressupostos e de como o caráter patriarcal rege as vias de poder, tais como: o direito, a polícia, a religião, a política etc. se mantendo enquanto uma ordem que ainda produz efeitos, considero pertinente sua utilização no contexto deste trabalho. Para Kate Millet (1970), o patriarcado se apoia em dois princípios fundamentais: 01) o macho deve dominar a fêmea e 2) o macho mais velho deve dominar o mais novo, guardando certamente contradições e diversidades em seus modos de efetivação.

Segundo Saffioti (2001), mulheres e crianças têm acesso a uma menor parcela de poder dentro da estrutura familiar. Sendo assim, qualificá-las como vítimas não significa tomá-las como passivas na situação e sim advertir sobre o caráter estrutural da violência. A violência de gênero expressa, conforme Schraiber *et al.* (2009, p. 1023), “um ato masculino para a aculturação da mulher nos referentes do mais antigo e maior poder masculino, que é o patriarcado”. Saffioti (2015) destaca que algumas vezes a mãe pode ser a agente da violência contra seus filhos ou ter conhecimento da ocorrência dessas situações porque a função patriarcal pode estar presente mesmo na ausência física do homem, uma vez que se trata do cumprimento de uma norma que rege as práticas e os comportamentos, sendo mantida simbolicamente mesmo por aqueles que estão sujeitos a ela. Ou seja, mesmo em configurações familiares monoparentais ou que divergem da lógica da família nuclear e heterossexual que domina o imaginário brasileiro, a reprodução da ordem patriarcal segue sendo a norma sob a qual as práticas cotidianas tendem a se constituir.

A maneira como as equipes escutam, acolhem e conduzem o processo de cuidado após o momento de revelação da situação de violência é um nó crítico na rede (SANTOS; DELL’AGLIO, 2010) e não está imune ao ordenamento patriarcal. Algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais são: identificação das situações de violência, descrédito nas leis e nas instituições, ausência de comunicação, desconhecimento de leis, entre outros fatores que influenciam no modo como as vítimas e suas famílias receberão atendimento e poderão enfrentar ou não a situação de violência.

No decorrer das entrevistas realizadas com pessoas que prestam o atendimento a essa população na cidade de Porto Alegre (RS) foram ouvidos os relatos que nos colocam diante das dificuldades de situar a violência sexual contra crianças e adolescentes enquanto um fenômeno social-histórico e compreender como a dinâmica das relações de gênero operam na nossa escuta e intervenção, bem como a dificuldade dos operadores dessas políticas em materializar aquilo que constitui as diretrizes de uma linha de cuidado diante do medo e impotência sentidos como efeitos da precarização contínua do trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender como se efetivam políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em Porto Alegre a partir dos discursos de operadores das políticas a respeito de suas práticas.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar os discursos sobre o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes a partir de operadores de políticas públicas;
- Entender potências e fragilidades na efetivação de políticas no atendimento e cuidado às crianças, adolescentes e suas famílias.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Ao definir o tema de pesquisa, considerei a existência de diferentes práticas discursivas no dia a dia dos operadores das políticas públicas no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes que se expressam na maneira como discutem, planejam e executam o cuidado. Nesses discursos se fazem visíveis o atravessamento do contexto social-histórico, as normas que estabelecem os papéis sociais de gênero, as ideologias e estigmas internalizados que subjetivam as trabalhadoras, trabalhadores, usuários dos serviços e gestores das políticas públicas constituindo um repertório próprio para tratar do tema da violência sexual contra crianças e adolescentes. Para observar e discutir essas práticas discursivas e a sua relação com o tema das políticas públicas que compõem o enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes fiz uso do estudo de caso social como método de investigação empírica. Segundo Yin (2005, p. 32), o estudo de caso possibilita a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Becker (1997) ressalta que o caso estudado em ciências sociais não diz respeito a um indivíduo e sim a uma organização ou comunidade, se diferenciando assim do estudo de caso utilizado nas ciências médicas ou psicológicas que tendem a analisar de forma detalhada e profunda um caso individual. Um dos propósitos do estudo de caso social, para Becker (1997), é o desenvolvimento de declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo estudado. Nesse sentido, essa metodologia apresentou-se como uma possibilidade de se discutir de maneira mais ampla as políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual na forma como se materializa no dia a dia dos trabalhadores que planejam e executam as ações preconizadas por essas políticas. Não há uma prerrogativa de que se antecipem hipóteses ou “respostas”, o pesquisador (ou melhor, nesse caso, a pesquisadora) se implicará com os aspectos que surgirem a partir do campo.

4.2 Produção dos dados

Para a realização de um estudo de caso social podem ser utilizados diferentes instrumentos para a produção dos dados, considerando que uma combinação entre diferentes fontes de evidências pode colaborar com uma apreensão maior do fenômeno estudado. Neste estudo, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave de setores que compõem a rede de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes (saúde, assistência social e jurídico-policial) abordando os aspectos do trabalho cotidiano e as suas percepções acerca do tema.

Os informantes-chave foram definidos a partir da indicação dos próprios entrevistados e do mapeamento da rede. Inicialmente, buscou-se os setores que atuam em âmbito municipal (no município de Porto Alegre/RS) mas foram consideradas também as políticas públicas de âmbito estadual e federal que tenham efeito local. O número de entrevistas e a quantidade de entrevistados foram definidos de modo a abranger uma amplitude maior dos setores que fazem parte da rede de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes e adequando-se conforme a disponibilidade dos profissionais. Foram realizadas ao todo quatorze entrevistas de maneira remota, por telefone, em decorrência da situação de pandemia de COVID-19, uma vez que a efetivação da produção dos dados para o estudo se deu em meio ao período de distanciamento social.

As entrevistas duraram entre 30 e 45 minutos, incluindo profissionais inseridos na rede de cuidados e de proteção social (BRASIL, 2014). Um aspecto que se destacou foi o fato de que todas as entrevistas foram concedidas por profissionais mulheres, algo que não foi selecionado ou previsto antecipadamente. Conversar com as trabalhadoras que atuam nos serviços de saúde e assistência durante o período de distanciamento social foi um desafio peculiar. Muitas delas foram afastadas dos serviços ou então encontravam-se em regime de rodízio com os colegas. Outras, entretanto, atendendo diretamente a população na atenção primária ou no Conselho Tutelar, seguiam suas atividades de maneira presencial relatando as dificuldades agravadas pela crise ocasionada pela pandemia. Desta forma, como sugestão das entrevistadas e através da combinação com a orientadora do estudo, optei por realizar as entrevistas por meio do telefone. Eram chamadas que muitas vezes precisavam ser reagendadas, interrompidas ou mesmo canceladas. Em

alguns momentos as gravações das entrevistas registram os barulhos de bichos de estimação, choros infantis, entre outros ruídos que comprovaram a mistura entre o ambiente caseiro e o trabalho, algo que se tornou corriqueiro no ano de 2020.

O convite para participação no estudo foi feito caso a caso, a partir das indicações das próprias participantes. Abordar o assunto da violência sexual, mesmo quando esse é um tema recorrente na vida profissional destas pessoas me parecia quase invasivo diante do cenário. Porém, o que fui percebendo ao longo do processo é que a conversa na maioria das vezes se dava de maneira bastante informal e que eu pouco precisava insistir nas perguntas, os relatos vinham naturalmente. As profissionais com quem conversei demonstravam envolvimento com o trabalho e interesse de compartilhar suas próprias reflexões acerca dele. Essas conversas me fizeram sentir convocada à escuta e me posicionei de modo a não antecipar minhas opiniões ou julgamentos, a questionar com sinceridade e a tentar vivenciar mesmo que apenas durante aqueles minutos o dia a dia do trabalho com as situações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

A dificuldade de contato referida por algumas das entrevistadas também ocorreu no momento de agendar as entrevistas, por exemplo no caso dos conselhos tutelares de Porto Alegre. Para fazer a solicitação de entrevistas recorri ao e-mail institucional de cada uma das dez microrregiões atendidas. Em alguns casos obtive retorno com a promessa de um agendamento futuro para entrevista, em outros obtive a informação de que seria repassado em reunião de colegiado e, outros ainda, não me retornaram por e-mail ou telefone. Em um caso específico, consegui agendar a entrevista e tentamos por duas vezes realizá-la, sem sucesso, com interrupções e pedidos de prorrogação. Ao final obtive contato efetivo com apenas uma conselheira do município que se disponibilizou para conversar sobre os atendimentos de situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Em outros casos, como por exemplo, em relação aos CAPS IJ não houve retorno dos e-mails enviados à coordenação conforme orientação recebida nos contatos telefônicos. As informantes-chave caracterizadas a partir das suas profissões e dos setores aos quais se relacionam estão descritas abaixo:

- 03 Psicólogas
- 02 Promotoras de justiça
- 04 Assistentes Sociais
- 02 Médicas

- 01 Agente Comunitária de Saúde
- 01 Terapeuta Ocupacional
- 01 Delegada

Em relação aos setores e serviços nos quais as informantes-chave desempenham ou as suas funções:

- Saúde (Atenção básica, Serviço de urgência, Média complexidade em saúde mental, Secretaria de Saúde do Estado e Vigilância em Saúde);
- Assistência (Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS));
- Segurança Pública (Delegacia especializada);
- Ministério Público (Conselho Tutelar e Promotoria da Infância e da Juventude).

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro que incluiu questões abertas formuladas previamente e cujas respostas levaram a novas questões, em uma interlocução em que priorizei escutar os relatos do cotidiano do trabalho a partir da perspectiva de cada uma delas, nas condições que foram aparecendo como mais sensíveis. Não especifico neste momento o setor de cada uma porque em alguns destes serviços as equipes são reduzidas de tal modo que contam com apenas uma pessoa de determinada área, desta forma, explicitar a profissão/função e o local poderia identificar a informante, trazendo prejuízos à confidencialidade.

Algumas dessas profissionais possuem vínculo de concurso público, outras estão vinculadas por meio de contrato de terceirização o que também traz implicações para as suas posições nos locais de trabalho. O roteiro utilizado como base está disponível no Anexo A. Considerou-se a importância de que as questões fossem alteradas conforme a área profissional ou setor e ao longo da entrevista logo que novos assuntos e dúvidas surgiam. Conforme Rosa e Arnoldi (2006), a respeito da utilização de entrevistas semiestruturadas, o pesquisador deve permitir uma margem para a inserção de novas perguntas necessárias para a complementação dos dados. Também foram consultados documentos, protocolos, material de divulgação e outros materiais que orientam o funcionamento das políticas públicas. Além disso, matérias veiculadas na mídia e outros textos do âmbito jurídico/governamental que subsidiam as políticas de enfrentamento à violência sexual.

4.4 Análise dos dados

O contexto político-histórico-social exerce influência sobre como construímos os sentidos e os significados de ações e práticas viabilizando maneiras diferentes de lidarmos com determinados temas. Esses sentidos são materializados nas práticas discursivas, nas práticas de cuidado e estão presentes na operacionalização das políticas públicas. Assim, proponho a análise do discurso como perspectiva analítica deste trabalho. Para Foucault (2014, p. 144) uma prática discursiva pode ser compreendida como:

Um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa.

As práticas discursivas constituem um instrumental teórico e metodológico que enfatiza as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos a partir da linguagem em uso, no cotidiano (SPINK, 2010). Essas práticas discursivas emergem a partir das condições sócio-históricas, já que não se pode dizer qualquer coisa em qualquer tempo ou de qualquer modo. O que é visível na ordem discursiva está de acordo com as relações estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamento, sistemas de normas, entre outras condições (FOUCAULT, 2014).

Dentre as diferentes possibilidades de se analisar o discurso, para responder ao que o trabalho propõe, optei pela utilização do conceito de repertórios interpretativos (POTTER; WETHEREL, 1995) enquanto teoria e método que propõe tomar o discurso enquanto ação e prática social (RASERA, 2013). Os repertórios interpretativos são uma ferramenta analítica que emerge da presença e repetição de termos, metáforas, estilo e gramática encontrados como blocos de construção ou partes que constituem a fala dos diferentes informantes (POTTER; WETHEREL, 1995; NOGUEIRA, 2008). Utilizados de maneira a descrever versões de acontecimentos, práticas, ações e justificativas, por exemplo, os repertórios interpretativos constituem formas de visibilizar elementos de linguagem compartilhados entre os grupos para explicitar suas posições diante de determinado

assunto (NOGUEIRA, 2008). Nesse sentido, devem ser compreendidos enquanto um recurso social e não individual.

Segundo Potter e Wetherel (1995) podemos compreender os repertórios interpretativos a partir das noções de **função**, **construção**, **variabilidade** e **unidade analítica**. De acordo com os autores, a **função** diz respeito a que serve um determinado discurso, podendo se pensar na dimensão interpessoal ou mais apropriadamente no contexto desse trabalho, a uma dimensão social que, com seu efeito ideológico, pode legitimar o poder de um grupo em uma sociedade. Em termos interpessoais a função aparece como pedido de desculpa, justificativas, culpabilização, dentre outros, havendo situações em que a função do discurso é muito clara, mas muitas vezes o objetivo dos falantes permanece velado.

Já a **variabilidade** é a característica que permite visibilizar a **construção** do discurso e a sua **função** a partir das distintas maneiras como o falante utiliza a linguagem para explicitar sua percepção. Em um estudo de Jonathan Potter e Margareth Wetherel (1995) utilizando os repertórios interpretativos a respeito do tema do racismo, é possível observar, por exemplo, como as noções dos entrevistados se moviam entre perspectivas consideradas racistas e, em outros momentos, antirracistas. Segundo esses autores é esperado que haja variabilidade e essas contradições apareçam, uma vez que estão associadas a funções diferentes ao longo da conversa, seja para convencer o interlocutor ou para se diferenciar dos demais. Os autores reforçam que, sendo o objetivo do estudo a compreensão sobre como as categorias raciais são construídas nas práticas discursivas, legitimando explorações e opressões e não o julgamento e classificação dos entrevistados a respeito do tema, não se espera que as pessoas sejam consistentes todo o tempo a respeito de suas ideias. Essas formulações distintas, agrupadas de acordo com as suas similaridades e contradições em termos de **função e variabilidade**, irão constituir os repertórios interpretativos.

A **unidade de análise** não é o indivíduo falante, visto como uma unidade coerente e consistente, mas a regularidade e as características dos elementos usados pelos falantes para construir versões das ações, que aparecem nos repertórios interpretativos. Ou seja, dentre as falas dos informantes, será possível discernir como se expressam as contradições, as incoerências e outros elementos, viabilizando o aparecimento de diferentes paradigmas. De que maneiras, por exemplo são situadas discursivamente as famílias, os agressores, o trabalho com o

tema da violência e as políticas públicas em relação ao enfrentamento da violência sexual. O último elemento a considerar é o caráter de **construção** que o discurso possui, ou seja, ele é fabricado a partir da escolha de uns e não de outros recursos linguísticos e está voltado para a ação, tem consequências práticas e, dessa maneira, constrói a realidade vivida.

Idealmente, para esse tipo de análise se trabalha com material obtido ao longo de interações e conversas cotidianas (POTTER; WETHEREL, 1995), mas as entrevistas também podem ser utilizadas como ferramenta, desde que incluam uma diversidade de práticas discursivas através de comentários mais informais e inserção de um mesmo tema em diferentes momentos da conversa com a finalidade de compreender a função das construções dos falantes (RASERA, 2013). O percurso metodológico para a produção e análise dos dados se traduziu nas seguintes etapas:

Etapa 1: Identificação da rede de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes em âmbito municipal e contato com os possíveis informantes-chave;

Etapa 2: Coleta e leitura dos documentos, cartilhas e protocolos que orientam as políticas públicas em sua atuação com o tema;

Etapa 3: Realização das entrevistas semiestruturadas;

Etapa 4: Transcrição das entrevistas gravadas;

Etapa 5: Organização e análise do material através da leitura e da identificação dos elementos principais para compor os repertórios interpretativos;

Etapa 6: Análise das posições dos falantes nas variabilidades do discurso, as repetições, contradições e incoerências no conteúdo dos enunciados;

Dessa forma, foram reunidas as transcrições integrais das entrevistas realizadas com as operadoras das políticas que constituem o campo de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, bem como os documentos institucionais e marcos legais que orientam as suas práticas cotidianas. Constituíram o material para a análise do discurso de acordo com recorrência dos temas principais, termos, figuras de linguagem, expressões e vocábulos que expressaram regularidades, enunciando posicionamentos do sujeito falante em relação à temática e a partir das variabilidades e inconsistências. Foi produzida uma análise que permitiu visibilizar diferentes repertórios interpretativos presentes nesses campos. Sendo assim, a discussão partiu dos repertórios interpretativos e da

maneira como esses repertórios permeiam as práticas cotidianas de cuidado no modo como colocamos em prática o enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes.

Os repertórios interpretativos identificados foram nomeados de acordo com a sua função ao longo das práticas discursivas. O primeiro repertório, nomeado como o repertório do “encaminhamento” destaca as respostas que situam o fluxo, a passagem o percurso das crianças, adolescentes e suas famílias por entre a rede de enfrentamento à violência sexual. O segundo repertório, chamado de repertório do “medo” e da “impotência” destacou as respostas das entrevistadas à forma como percebem a sua relação e a relação de suas equipes no trabalho com o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes, nesse conjunto de respostas os termos que evocam o envolvimento com o trabalho foram acentuados. O terceiro e último repertório, “culpa da mãe” visibiliza o modo como os papéis de gênero aparecem de forma cristalizada nas práticas discursivas e na compreensão sobre o tema das violências sexuais contra crianças e adolescentes.

Para a descrição e apresentação dos repertórios interpretativos e dos principais temas que emergiram ao longo da análise dos dados optei por extrair os excertos mais representativos e desenvolver as discussões em relação ao modo com que estes repertórios são construídos na fala dos diferentes informantes-chave ouvidos. Alguns termos são grifados para chamar a atenção sobre as relações de sentido encontradas entre as falas. Com o objetivo de preservar a identidade das participantes os excertos serão identificados a partir da sua função e o setor ao qual se relacionam.

3.5 Aspectos éticos

Esse projeto está vinculado ao projeto de pesquisa de número 33517 intitulado “Estudo sobre o atendimento a vítimas de violência sexual no Brasil”, coordenado pelas professoras Stela Nazareth Meneghel e Fernanda Souza de Bairros, cujo objetivo será mapear e avaliar os serviços de saúde que realizam atendimentos às vítimas de violência sexual no Rio Grande do Sul. O projeto foi autorizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o termo de número 068/2017. O presente projeto atende às

normativas do Conselho de Ética e Pesquisa, todas as pessoas entrevistadas foram consultadas e, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

5 RESULTADOS

A partir da análise das entrevistas e considerando as temáticas que mais se fizeram presentes nas conversas entre os setores entrevistados, foram identificados os repertórios interpretativos utilizados pelas entrevistadas em suas falas sobre o trabalho nas políticas de enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes. Os excertos das entrevistas foram organizados a partir dos repertórios, ilustrando a maneira como se constituíram ao longo das conversas. No entanto, alguns silêncios marcam essas entrevistas e deixam lacunas a serem discutidas e exploradas em estudos posteriores. Alguns fragmentos foram utilizados para nomear capítulos e subcapítulos por sua importância em relação ao tema.

Dessa maneira, o primeiro repertório interpretativo constitui o que nomeio como “**o repertório do encaminhamento**” que compõe o subcapítulo “Sozinho não se faz nada”. O “encaminhamento” neste caso constituiu um elemento de análise pois, o termo ora é utilizado para explicar as práticas de cuidado, ora é mencionado para justificar a insuficiência de recursos, atribuindo a outros serviços, profissionais ou instâncias a responsabilidade pela efetivação dos atendimentos. Em um percurso pela linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2014) em Porto Alegre observa-se que o trabalho interdisciplinar, a precarização dos recursos e as dificuldades que emergem a partir das discussões sobre o fluxo da rede e sua fragmentação aparecem aqui como elementos da linguagem utilizada pelas entrevistadas e trazem importantes questões a serem pensadas e debatidas, bem como os significados implícitos no cuidado que prestamos às situações de violência. Conforme Von Hohendorff e Patias (2017) a desarticulação da rede pode ocasionar intervenções inadequadas que contribuem para manter as consequências da violência sexual. Essa desarticulação provoca desvios e entraves ao longo do caminho percorrido pelas crianças, adolescentes e suas famílias.

Um segundo repertório interpretativo que considerei essencial para a discussão é o repertório que nomeio “**o repertório do medo e impotência**” compondo o subcapítulo “As violências mexem muito com as entranhas da gente”. A partir de termos que aludem ao medo, angústia e impotência, as trabalhadoras referem suas dificuldades em abordar o tema da violência sexual e de deparar com essas situações em territórios que abrangem outras violências mais. A violência

sexual tratada como um objeto específico de enfrentamento não pode ser tomada como um fenômeno recortado das outras mazelas que constituem o contexto social-histórico ainda que possuam especificidades. Ao justificar a partir do medo e da impotência, ou termos correlatos, as dificuldades de agir diante da violência, as trabalhadoras também nos falam acerca da insuficiência dos modos como hoje pretendemos enfrentar esse problema. A denúncia e a notificação aparecem como as principais abordagens ao tema, deixando pouco espaço para a discussão no nível de intervenções ou práticas.

O terceiro repertório interpretativo que emerge a partir da análise dos dados é o repertório “**a culpa da mãe**” que integra o subcapítulo: “Mãe tem que ser protetora”. Os termos que compõe este repertório mencionam a persistência de uma determinada compreensão a respeito de gênero e a dificuldade de superação de um paradigma de família que incorre na responsabilização exclusiva da mãe pela participação no cuidado e proteção, na redução do papel das políticas no atendimento às violências sexuais contra crianças e adolescentes e na desconsideração do aspecto estrutural das violências. Novamente a denúncia toma o lugar no discurso enquanto principal aspecto abordado ao se considerar o enfrentamento das violências sexuais contra crianças e adolescentes.

5.1 “*Sozinho não se faz nada*”: o repertório do “encaminhamento”

Para apresentar o primeiro repertório interpretativo analisado, utilizei o caminho percorrido por meio das entrevistas, optando por delinear o trajeto realizado na rede de enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes na cidade de Porto Alegre, conduzindo os relatos e discussões a partir da localização das informantes e dos pontos aos quais se conectam (ou não) nesta rede de cuidados. Considerando o conceito de “rotas críticas” trabalhado por Meneghel *et al.* (2011) como a rota que as mulheres percorrem quando decidem dar um basta, publicizar a situação em que vivem e buscar ajuda nos serviços, empenhadas na superação das situações de violência, apresento a seguir uma análise dos relatos das trabalhadoras a partir da trajetória indicada no fluxo pactuado no município no atendimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, incluindo os obstáculos, desencontros e atalhos, considerando esta também uma rota crítica. Nestes caminhos observam-se pontos sensíveis, nos quais os discursos

das trabalhadoras refletem a fragilidade do fluxo e as dificuldades encontradas no momento de seguir as prerrogativas estabelecidas para estas ocasiões, além da precariedade no estabelecimento de ações conjuntas.

A identificação desse repertório interpretativo, chamado de “repertório do encaminhamento” se constituiu através das justificativas, indagações e elaborações discursivas que se ancoraram na perspectiva do trabalho interdisciplinar, das dificuldades encontradas no fluxo e da necessidade de articulação entre os serviços. Embora a importância do compartilhamento do cuidado tenha sido bastante reforçada ao longo das entrevistas percebe-se que, na prática, muitas vezes, os serviços e os profissionais trabalham de maneira solitária ou isolada, situação que vinha ocorrendo mesmo antes do período de distanciamento social. Spink (2010) menciona acerca dos estudos que trabalham com repertórios linguísticos sobre a importância de se atentar para os termos do vocabulário usual utilizados pelo grupo de pessoas com as quais irá se trabalhar e as variações polissêmicas que podem existir. No caso do repertório do “encaminhamento” por exemplo, foram utilizados diferentes termos e construções que comunicam que o lugar do cuidado para a violência é sempre “um outro lugar” que não “aqui”, ao chegarmos nesse “outro lugar” mencionado (como os serviços especializados) descobrimos, no entanto, que ali não há vagas para todas as pessoas que estão na fila para o atendimento e um outro vocabulário é acionado para justificar a insuficiência de pessoas e recursos:

[Pesquisadora]: Mas, para exemplificar, como funciona o fluxo de atendimento?

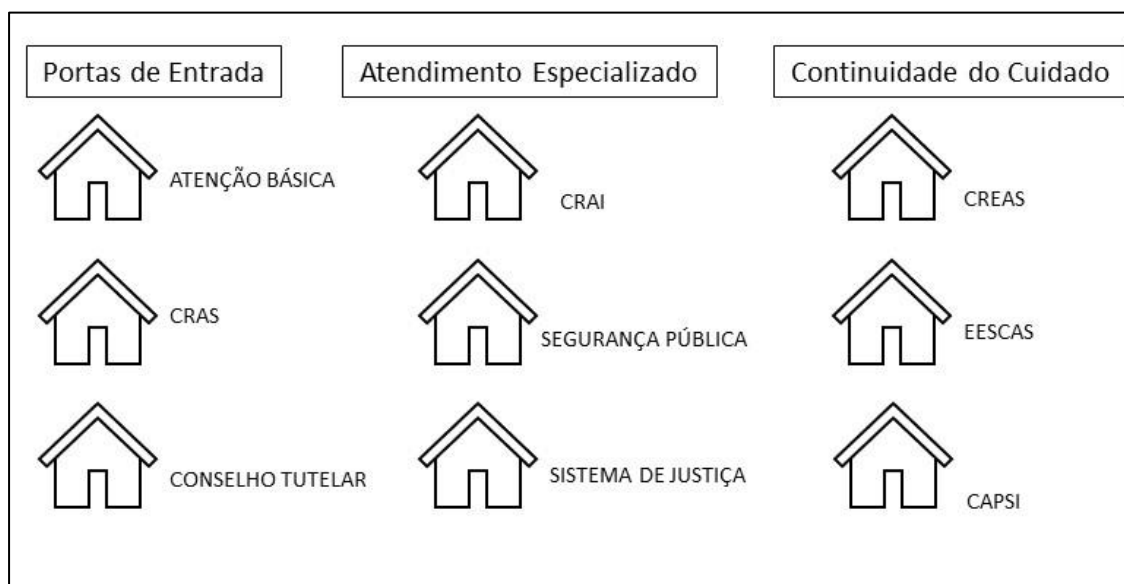
[Psicóloga – EESCA1]: Quando chega, por exemplo, pensa assim: se deflagrou uma situação de violência sexual. E aí a família depois de fazer uma certa ‘**via crucis**’ até descobrir **que é no CRAI que ela tem que ir**. Porque não é fácil de chegar.

[...] As famílias nem sabem, mandaram eles para tantos lugares, isto é muito presente, o quanto que a informação não é bem dada para essas famílias, de tudo o que elas têm que fazer e porquê. [...] Elas continuam de um lado para o outro, procurando alguém que consiga minimamente inseri-las.

O termo “*via crucis*” é a figura de linguagem acionada para simbolizar o caminho percorrido pelas famílias que buscam o atendimento para as situações de violência. O termo que remete ao trajeto percorrido por Jesus Cristo é uma evocação ao sofrimento e calvário experimentado no caminho tortuoso em busca do lugar do auxílio. O quadro 1 abaixo ilustra o fluxo construído a partir do percurso das

entrevistas de acordo com a percepção das informantes. Saliento, no entanto de que ele não se dá de maneira linear e nem mesmo de forma fixa, uma vez que podem ocorrer interrupções e desvios nestes caminhos no que diz respeito aos encaminhamentos profissionais (referências e contrarreferências), às desistências, resistências e recusas das famílias em seguir adiante e também aos entraves na continuidade do cuidado conforme é possível identificar no excerto acima, esse caminho é repleto de desencontros. Além disso, frequentemente os serviços atuam ao mesmo tempo no acompanhamento dos casos. Esses desvios e interrupções serão abordados com maior profundidade ao longo do capítulo.

Quadro 1 – Fluxo da Rede de Enfrentamento



Fonte: Elaborado pela autora.

5.1.1 Portas de Entrada: Atenção, Proteção Básica e Garantia de Direitos (UBS/CRAS/Conselho Tutelar)

Conforme Deslandes *et al.* (2016), a atenção às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias deve ser organizada de forma a considerar os aspectos clínicos, psicológicos, sociais e legais envolvidos nesses processos, bem como, estabelecer uma forma de acompanhamento dessas situações na perspectiva de restaurar os direitos violados e a continuidade dos cuidados. Essas diretrizes são propostas também na Norma Técnica do Ministério

da Saúde para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012) que menciona a necessidade de que as unidades básicas de saúde tenham condições de oferecer atendimento de base territorial às vítimas de violências sexuais, que seja acessível e que contemple as providências para cada etapa, seja de acolhimento, atendimento, reabilitação e tratamento. Ou seja, a norma técnica destaca a importância da Unidade Básica de Saúde (UBS) como ferramenta privilegiada para a intervenção nas comunidades e para realizar a identificação e o primeiro atendimento a estas situações. Ainda, especifica que unidades de saúde que possuam serviços de ginecologia e/ou obstetrícia devem estar preparadas para oferecer o suporte necessário em termos de administração de contraceptivos de emergência e profilaxia pós-exposição contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), hepatite B e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), requerendo os mecanismos de referência e contrarreferência para outros serviços quando a complexidade do caso exigir.

Ao conversar com uma das entrevistadas, trabalhadora da Vigilância em Saúde do município de Porto Alegre, ela situa as Unidades Básicas de Saúde como portas de entrada das notificações de violência, através do SINAN e, também como um dos pontos estratégicos para o acompanhamento dos casos. É importante pontuar que, para além, de porta de entrada das notificações, as unidades básicas de saúde constituem um dos pontos de acesso para as pessoas, porém, o foco nas notificações ao invés das pessoas expõe a posição de fala da entrevistada, que trabalha com a análise dos dados desses formulários. Ela também acentua a necessidade do diálogo constante e da reafirmação da importância de registros não apenas de casos confirmados de violência, mas também de suspeitas, conforme excerto abaixo:

[Pesquisadora]: Em relação às violências sexuais contra crianças e adolescentes, quais são as ações e responsabilidades do serviço? O setor se comunica com outros setores, tem algum tipo de discussão intersectorial?

[Terapeuta Ocupacional – Vigilância em Saúde]: Todas as notificações realizadas na ficha SINAN do Ministério são feitas pelas Unidades de Saúde, pelos Hospitais de Porto Alegre chegam na vigilância, elas são qualificadas, a gente olha os dados, se faltam dados, a gente busca no sistema. [...] Então, todas essas fichas **chegam** [...] a gente olha para esses dados de 15 em 15 dias. A gente divide todas as fichas que chegaram nesses 15 dias e **manda** todas as fichas do território Centro, todas as fichas do Lami, da unidade de saúde, a gente manda para o território de saúde delas. Então, Centro, Humaitá, Navegantes. [...] A unidade **recebe** essa ficha, faz uma busca ativa, vê se essa pessoa é daquela unidade, se é do

território, se tem ficha, cadastro no SUS e dá **retorno** para a vigilância.”
(Entrevistada - Terapeuta Ocupacional- Vigilância em Saúde)

Este seria um dos modos como os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes podem chegar na rede de enfrentamento: através das Unidades Básicas de Saúde. “*Chegar, mandar, receber e retornar*” foram os termos utilizados para descrever o fluxo das fichas de notificação, porém, também podem ser utilizados para se referir aos indivíduos ou usuários, uma vez que cada ficha corresponde a ocorrência de pelo menos um tipo de violência interpessoal ou autoprovocada. Essas fichas descrevem e expõem situações que percorrem de maneira simbólica esse trajeto que vai e vem entre a instância que acolhe e a que registra e que retorna ao ponto inicial, isso tudo, no melhor dos casos.

A menção ao “**encaminhamento**” das fichas de notificação do SINAN exige uma discussão a respeito de como elas são preenchidas, sobre o seu fluxo e sobre a efetividade percebida pelos serviços a partir das fichas encaminhadas. Cabe mencionar também que em trabalho realizado em uma das gerências distritais da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre, as notificações de profissionais que atenderam situações de violência em hospitais da cidade e que deveriam ser redirecionadas às unidades de saúde eram arquivadas e o fluxo de ações de cuidado interrompido (FONSECA, 2018). Portanto a busca ativa, que pode se dar através de contato com os usuários seja por telefone ou por visitas domiciliares, nem sempre é uma atividade realizada conforme o estabelecido pelo fluxo pactuado. É importante discutir os usos da busca ativa, se vem sendo uma estratégia de identificação da ocorrência de situações de violência ou, se uma forma de viabilização de cuidado através dos recursos e necessidades do território, Campos *et al.* (2013) chama a atenção para a importância de olhar para o território e para o espaço onde as pessoas (sujeitos da busca ativa) vivem, procurando possibilidades escondidas entre os laços comunitários e não supondo a ausência total de recursos, sob pena de encarnarmos apenas um controle vigilante destas populações. Ao citar a composição das equipes que atuam em UBS na zona sul de Porto Alegre, a médica relata:

[Pesquisadora]: Sabes me dizer a composição das equipes?

[Médica-UBS1]: Não temos agente de saúde e assistente social [...] acabou que por conta da pandemia os que estavam foram afastados, mas já estavam com número menor por causa do IMESF. [...] então aquele

trabalho que faziam de conhecer a população e visitar as casas não estava tendo em nenhum local na verdade.

As visitas domiciliares, nas palavras da médica são consideradas uma das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), porém, não é uma tarefa exclusiva destes e sim, uma atribuição comum a todos os profissionais que compõem as equipes de Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2017a). Essas visitas constituem um dispositivo fundamental para que as equipes conheçam o cotidiano das famílias atendidas, os seus laços comunitários e a realidade de seus recursos e potencialidades. A utilização das visitas domiciliares e a inserção dos ACS nos territórios potencializa as intervenções de modo que as ações de saúde se tornem mais efetivas, considerando as singularidades dessas famílias (DESLANDES; BARCINSK, 2010). Embora não esteja explicitamente identificado na fala da médica, a justificativa para a falta de conhecimento da população e do território se dá pela ausência de ACS's conforme o seu relato. Nesse sentido, o “encaminhamento” aqui se relaciona ao modo como a atribuição de uma função comum a toda equipe passa a ser compreendida como uma tarefa específica e exclusiva de apenas uma categoria profissional.

A compreensão de que a atenção básica é um espaço privilegiado para a detecção das situações de violência sexual contra crianças e adolescentes e para ações de prevenção e intervenção se ampara na concepção de que as UBS's são a porta de entrada e a principal referência das comunidades em se tratando de acesso à saúde. Outros entraves se colocam para a configuração das UBS's como ordenadoras do cuidado em situações de violência, incluindo a própria exclusão do setor saúde da rede de atenção e a fragmentação da chamada rede:

[Pesquisadora]: Em relação ao fluxo do atendimento às violências sexuais, pode me contar um pouco sobre como funciona?

[Psicóloga – DAS]: [...] O fluxo da rede de atendimento, o que cada ente fica responsável, ter isto em um fluxograma, algo organizado. Então a gente tem falado mais nesse sentido, além dessa linha de cuidado que é nossa, da saúde. **A saúde ainda não vê a violência como um problema seu.** Isto é muito real, muito concreto, infelizmente. Então associa com CREAS (Centro de referência especializado em Assistência Social), com CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), com a polícia, com qualquer órgão, menos a própria saúde.

[Pesquisadora]: Quais seriam as principais ações e responsabilidades da atenção primária nestes casos? Quando acontece de receber esses casos?

[Médica - UBS1]: É bem difícil porque a rede eu considero bem ineficiente, são poucas vezes na verdade, que chega um caso de tentativa de violência, alguém relatar que está sofrendo no momento. [...] A gente não sabe para onde **encaminhar**, então a gente faz aquela parte bem importante do acolhimento, da segurança e pode **mandar** para o CAPS, para a delegacia, que muitas vezes **não querem ir** por medo de denunciar [...] O CRAS que tinha uma unidade maior, que também tinha esse papel de dar apoio, não fazia quase nada.

Nos excertos acima, se observa que o relato da gestão tem consonância com a fala da médica, ao mesmo tempo em que é esperado que o setor saúde se aproprie do tema da violência essa apropriação é tomada de diferentes maneiras bem como a compreensão sobre as atribuições, responsabilidades e as possibilidades de atuação. Aqui os termos “*encaminhar*”, “*mandar*” e “*ir*” correspondem a maneira de não tomar para si, enquanto serviço, a responsabilidade sobre um cuidado ampliado em relação às situações de violência priorizando que usuários sigam a trajetória em detrimento a um plano de acompanhamento das situações em conjunto. O foco no encaminhamento tem sido descrito nos estudos a respeito do contexto de atendimento às situações de violência contra a mulher (MENEGHEL *et al.*, 2011).

Em um estudo realizado no interior do estado de São Paulo com profissionais das Unidades Básicas de Saúde foi possível identificar que a atenção voltada às situações de violência contra crianças e adolescentes não eram consideradas pertencentes à área da saúde, com exceção dos profissionais da saúde mental, sendo o cuidado ainda fortemente ancorado em uma perspectiva biomédica e fragmentada do sujeito (CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017). Os autores do estudo identificaram que mesmo tendo acesso às tecnologias necessárias para a realização da atenção às situações de violência contra crianças e adolescentes, este ainda constituía um desafio cuja superação poderia se dar através do fortalecimento do trabalho em equipe interdisciplinar, por exemplo. Outro aspecto importante destacado foi a formação dos profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos) referida como ainda pautada em uma visão fragmentada e disciplinar. Em outro estudo realizado em um distrito do município de São Paulo também com profissionais que atuavam em equipes de saúde da família (ESF's) a respeito das notificações de violência infantil, se destacou a importância de uma apropriação maior por parte das equipes no que se refere às responsabilidades individuais e coletivas. Além disso, se observou a carência de recursos para lidar com as

situações de violência, sejam esses recursos da ordem da disponibilidade de serviços na rede ou mesmo conhecimento a partir de uma compreensão ampliada do fenômeno da violência incluindo os aspectos de gênero, geração e estratégias de enfrentamento (EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018). Entre os discursos de profissionais da saúde também se encontra a recusa de compreender a intervenção em situações de violência para além dos cuidados fisiopatológicos como pertencentes ao campo de responsabilidades e de saber do profissional de saúde (KISS; SCHRAIBER, 2011).

[Pesquisadora]: Vocês têm algum tipo de reunião, algum tipo de encontro com outros setores para discutir situações de violência, para fazer encaminhamentos, como funciona?

[ACS – UBS2]: Sim, acontece essas reuniões no CRAS, agora com a pandemia, não está acontecendo, está online mas eu não estou participando. [...] Eu não participo mais das reuniões do CRAS porque **a gente não tem perna para acompanhar**. [...] Vinha quatro ou cinco casos por reunião, eram escolhidos casos mais graves para serem discutidos qual o **encaminhamento**. Tinham vários setores, escolas participando, área social, vários segmentos.

No relato da ACS é possível observar uma diferença quanto à fala da médica. Enquanto a primeira atribui o atendimento às situações de violência a uma prática a ser exercida em outro lugar que não na Unidade, a ACS cita a maneira como os casos anteriormente eram discutidos de maneira intersetorial, atribuindo a responsabilidade dos casos ao conjunto de serviços. Ela também fala “*a gente não tem perna para acompanhar*”. Além da pandemia, ela se referia à situação de redução das equipes. Neste período, as equipes da atenção básica, principalmente os ACS, passavam por um processo instável em relação aos seus contratos de trabalho, não havendo uma definição sobre a sua permanência ou não nas funções exercidas. Dois meses após a entrevista, esta mesma informante havia sido demitida. Desde setembro de 2019 as equipes conviviam com a indefinição, em razão do processo movido contra o Instituto de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) que demitiu cerca de dois mil funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. O caso envolve a substituição do modelo de atenção à saúde pela terceirização da administração das equipes e serviços (JORNAL DO COMÉRCIO, 2020).

É importante destacar que ambas as trabalhadoras se encontram em UBS's localizadas em diferentes territórios do município. Enquanto uma situa-se na zona

central, a outra, está alocada no extremo sul do município o que pode explicar as divergências em relação ao contato com a rede e com o fluxo. Além disso, segundo as entrevistadas, são os ACS que geralmente participam das reuniões intersetoriais para as discussões de caso, tendo a incumbência de repassar os temas tratados ao restante das equipes. A rede não se organiza da mesma forma em todos os pontos do município, por isso, em alguns relatos são mencionadas reuniões de rede intersetorial para a discussão dos casos de violência acompanhados pelas equipes (que aconteceram ao longo da pandemia também, em espaço virtual) e em outros relatos esse espaço é tido como inexistente seja por conta da falta de profissionais, seja por dificuldades de liberação para que eles participem da atividade.

A intersectorialidade não só é preconizada como estratégia para o atendimento de situações de violência contra crianças e adolescentes, mas vale para todas as outras situações de violência. A articulação entre os setores saúde, assistência social, educação, segurança etc. tem por objetivo a integralidade da atenção, defesa, proteção e garantia de direitos (EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018; BRASIL, 2014). Esta articulação, no entanto, pode se constituir em mecanismo apenas de teor burocrático, ao impor a necessidade de revisão dos processos sem propiciar a necessária comunicação entre as equipes para a constituição de estratégias comuns de acompanhamento dos casos.

Conforme os relatos, não é sempre que as situações de violência sexual contra crianças e adolescentes são identificadas na população adstrita aos serviços de saúde. Muitas vezes é no momento do acolhimento que se criam as possibilidades para a revelação, porém é apenas após a constituição de um vínculo inicial com as famílias e o estabelecimento da confiança entre quem atende e quem é atendido que a revelação e a intervenção podem acontecer:

[Pesquisadora]: E no caso de violência sexual contra crianças e adolescentes, como é o fluxo, como funciona?

[ACS - UBS2]: Geralmente **não vem com essa demanda** (da violência sexual). **Vem outra demanda**, anterior a isso, queixa de dor ou coisas assim, mas não diretamente dizendo o que está acontecendo. É muito raro. Primeiro passo quando tu vai numa casa é tentar fazer o vínculo, não ficar investigando nada. [...] não é uma coisa que tu resolva de imediato os casos, tem toda uma caminhada - primeiro fazer o vínculo, a pessoa sentir confiança para depois tratar, começar a trabalhar a questão da violência. Não é uma coisa muito rápida e simples.

[Pesquisadora]: E quando é necessário lidar com uma violência atual, qual a tua percepção sobre isso?

[Médica - UBS1]: De violência ativa não tem chegado muito, talvez seja algo que a gente **deixe passar** por essa rede frágil [...] da maneira que está o serviço de saúde de Porto Alegre, a gente troca de profissional o tempo todo. Então quando tu tá criando vínculos às vezes acaba mudando de unidade ou acontecendo alguma coisa, então **esse vínculo se perde**. [...] Hoje já pergunto abertamente, que é uma coisa que a gente não faz também, já sofreu abuso? História de abuso na infância, alguma coisa? E aí as pessoas dizem, elas **esperam** perguntar. Para mim é algo natural, mas para os colegas que não gostem tanto (do tema) é uma dificuldade grande eu acho.

É comum que os casos de violência sexual cheguem na rede de saúde a partir de outras queixas como mudanças no comportamento, questões nutricionais, problemas no desempenho escolar, etc. (BRASIL, 2014). Por isso o acolhimento é um momento muito importante, onde será possível ampliar o olhar e a escuta para além da queixa inicial. Vínculo, tempo e escuta são alguns dos termos a que elas se referem que caracterizam a potência das intervenções junto às famílias. Aqui o repertório do “*encaminhamento*” encontra um ponto de parada. “*Vem*” e “*esperam*” foram termos importantes para destacar a existência de um momento aqui em que a possibilidade de vínculo e intervenção faz enlace ao serviço e à atribuição de quem atende. Nestes dois relatos, o tempo é uma dimensão valorizada. O tempo para fazer o vínculo, para construir a confiança e para fazer perguntas que muitas vezes são desconfortáveis para quem interroga e para quem responde.

Porém, é justamente este tempo que é bruscamente interrompido pela rotatividade dos profissionais e pela redução das equipes. Uma das diretrizes da atenção básica é a longitudinalidade do cuidado que diz sobre a construção de vínculo e relação terapêutica entre os profissionais que atendem e a população atendida ao longo do tempo (BRASIL, 2017a; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; STARFIELD, 2002). Este acompanhamento contínuo pelos mesmos profissionais de saúde permite a compreensão da história de vida do sujeito, suas relações, redes de apoio e comportamentos, tornando mais fácil a identificação de situações de violência e o próprio diálogo e, para além disso, possibilita o estabelecimento de estratégias de cuidado. A rotatividade entre os profissionais, impede que a longitudinalidade do cuidado aconteça de acordo com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Conforme Cunha e Giovanella (2011) o atendimento à diretriz da longitudinalidade está relacionado a redução de encaminhamentos desnecessários e a produção de diagnósticos mais precisos,

porém, só poderá se efetivar caso a gestão priorize a oferta adequada dos serviços e mecanismos de fixação dos profissionais nas unidades de saúde.

Na fala da médica entrevistada percebe-se que a abordagem utilizada para conversar sobre violência com as pessoas atendidas está amparada em uma perspectiva individual, ou seja, não parte de uma pactuação da equipe. Sendo assim, ela mesma destaca que para profissionais que têm uma identificação maior com o assunto será mais fácil inserir perguntas a respeito do tema da violência enquanto para aqueles e aquelas com maiores dificuldades em tratar do assunto, estas perguntas serão, possivelmente, evitadas. Frequentemente os profissionais de saúde veem sua atuação em relação às violências de gênero enquanto pessoais e não profissionais, não a reconhecendo enquanto repertório para a assistência em saúde (KISS; SCHRAIBER, 2011; SCHRAIBER *et al.*, 2009). Falar sobre violências, sobretudo sobre violências que ocorrem no ambiente familiar também afeta as equipes profissionais que, muitas vezes, se veem com a responsabilidade de oferecer soluções imediatas de acordo com a percepção dos riscos envolvidos nas situações e, por isso, a importância de que haja um espaço de compartilhamento, sensibilização e capacitação (BRASIL, 2014).

Schraiber *et al.*, (2009) citam três modos importantes em que se identificam cisões internas ao domínio da saúde coletiva no que se refere a abordagem em relação à violência. As pesquisadoras destacam o modo como os efeitos físicos e mentais são considerados na abordagem biomédica, porém, as causas, ou seja, as violências, não são. O segundo modo é a já mencionada maneira como alguns profissionais se dispõem a lidar com a violência, porém consideram essas intervenções de cunho pessoal ou até mesmo afetivo, não reconhecendo o aspecto profissional implicado. Por último, destacam as direções diversas para onde se encaminham os conhecimentos científicos e a prática das formas de intervenção. Para as autoras essas cisões operam de modo a desqualificar a violência como uma problemática concernente à saúde e passível de intervenção, bem como, invocam o desafio da construção de um conhecimento interdisciplinar articulado às práticas em campo.

Em direção ao setor da assistência social, ainda na proteção básica, os CRAS, são parte integrante e se localizam em áreas de altos índices de vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2014). Uma das características deste serviço é a busca pela articulação entre as redes intersetoriais a fim de auxiliar na proteção

social das famílias em risco de rompimento de vínculos ou violação de direitos. Sua atuação visa ao fortalecimento destas famílias por meio do acompanhamento com equipe multiprofissional que inclui educadores sociais, psicólogos e assistentes sociais, a vinculação a programas sociais e outras atividades tanto na rede intersetorial quanto em instituições locais que possibilitem acesso à educação, emprego ou renda. O desenvolvimento de vínculos comunitários é uma premissa da Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

Em relação às violências sexuais o trabalho do CRAS é realizar o “*encaminhamento*” das situações identificadas para o atendimento especializado e para o Conselho Tutelar, conforme a fala da entrevistada:

[Pesquisadora]: Quais são as ações e responsabilidades do serviço nestes casos em que vocês identificam uma situação de violência sexual contra crianças e adolescentes?

[Assistente Social - CRAS]: Às vezes vem da própria família, ou o fato foi consumado, ou ainda não sabe como elaborar, isto é, o que fazer. Então nós mesmas [...] a gente aciona o Conselho Tutelar, aciona o CREAS, a gente viabiliza os **encaminhamentos** e depois a saúde também. Hoje a gente tem um sistema na saúde, o GERCON, é um sistema onde todos os atendimentos que saem do posto de saúde para **encaminhamento** mental da criança, por exemplo, que foi abusada.

A entrevistada explica então a articulação existente entre o CRAS e a Unidade de Saúde da região, em que é possível viabilizar o atendimento pediátrico com mais agilidade e ocorrem espaços de discussão, chamados de micro redes que funcionam mensalmente. Nesses espaços são discutidos os casos atendidos pela rede intersetorial e as ações tomadas de acordo com cada situação. Participam destes espaços representantes da saúde, da assistência, da educação e do Conselho Tutelar. Também há espaço de formação na rede da região onde são repactuados fluxos e discutidas orientações sobre os encaminhamentos. Chama a atenção que, ao descrever a rede como um espaço de formação, a entrevistada se refere aos fluxos de encaminhamentos, aos relatórios que devem ser respondidos, entre outras questões que dizem respeito aos aspectos burocráticos.

[Pesquisadora]: No dia a dia, vocês tem amparo de outros serviços para fazer esses acompanhamentos?

[Assistente Social – CRAS] A gente sente que faltam vagas nos atendimentos, principalmente quando se tem o retorno de que realmente se confirmou o abuso. Como proteger melhor essa criança ou esse adolescente? Além desse **encaminhamento** para a saúde? Fica na fila de

espera para acompanhamento, enquanto isso se a gente tivesse alguma alternativa que pudesse amenizar esse sofrimento, em atividades mais específicas que pudesse dar um suporte maior para a família, eu acho que seria interessante. Nós não temos, por exemplo. Constatamos que a família teve uma criança que foi abusada, a gente vai fazer o quê? Todo mundo está sabendo desde a rede, o olhar especial na escola, a saúde está tentando **encaminhar**, mas não tem vaga ainda. O que mais nós podemos fazer para minimizar? Sai da nossa política da Assistência. Nossa obrigação enquanto assistência, é fazer a acolhida, a escuta no próprio ambiente do CRAS e fazer combinações, o que ela permite, o que ela entende, o que pode fazer para decidir. Nós temos a obrigação de fazer a proteção financeira que é o cadastro único. **Encaminhar** essa família se precisa, se tem necessidade de apoio, de sustento.

A pergunta da entrevistada sobre as possibilidades alternativas para a proteção da criança ou adolescente vítima de violência sexual é um questionamento que reflete uma posição acerca do que se considera enquanto tratamento/cuidado. Desloca a responsabilidade e o cuidado para a esfera da saúde como se os efeitos do sofrimento causado pela situação de abuso fossem restritos ao atendimento psicológico ou psiquiátrico. O conceito de saúde mental é amplo e muitas vezes utilizado discursivamente como sinônimo de diagnósticos ou transtornos mentais, neste sentido, é importante verificar que estudos apontam uma grande prevalência de transtornos mentais entre as populações mais vulneráveis no Brasil e no mundo (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014). Esta relação, no entanto, passa pela compreensão do modelo de saúde/doença e pela discussão acerca dos conceitos utilizados na identificação destes transtornos. Por exemplo, a utilização de manuais como *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5) ou Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que são amparados por uma perspectiva biologizante e individual não consideram as condições socioeconômicas ou culturais que participam da constituição subjetiva das populações.

Na perspectiva da saúde mental enquanto política amparada em paradigmas que sustentaram a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização fala-se sobre a necessidade de colocar a doença entre parênteses e o sujeito no centro da atenção (AMARANTE, 2011; BASAGLIA, 1985) incluindo as experiências concretas de vida. Isso não significa negar o sofrimento psíquico, porém dar voz ao sujeito considerando as dimensões sociais, interpessoais, comunitárias e os recursos disponíveis. Sobre a produção de cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes, é primordial a corresponsabilização entre os setores envolvidos e a articulação com o território dos sujeitos (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019) bem como a

inclusão das crianças e adolescentes na discussão a respeito das possibilidades de construção de modos de cuidado. No repertório utilizado pela entrevistada se evidencia o entendimento da instância da Assistência Social como restrita a organização do sustento familiar e orientação para a vinculação nas políticas e programas, porém, não inclui o trabalho de escuta e acolhimento, bem como, o trabalho realizado junto às escolas e aos outros serviços como sendo parte do cuidado dos sujeitos em situação de violência.

Gama, Campos e Ferrer (2014) propõem que, ao considerarmos o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres *et al.* (2009) como um conceito que abrange além das características individuais, também as características sociais e programáticas e aproximarmos a questão do sofrimento mental, é possível ampliar o olhar para propostas de intervenção que produzam espaço de ressignificação, elaboração e criação de estratégias de enfrentamento, além do fortalecimento de vínculos. Observa-se que, em nome da necessidade de fazer o encaminhamento para “a saúde mental” deixa-se de avaliar a potência das intervenções que podem ser construídas a partir das práticas já existentes na Assistência por não as identificar como fazendo parte do cuidado em saúde mental.

Além da atenção básica e dos CRAS, outra porta de entrada muito acessada para as situações de violência sexual contra crianças são os conselhos tutelares. Esses órgãos que foram criados a partir do ECA (BRASIL, 1990) tem por função zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes. O ECA preconiza o estabelecimento de pelo menos um Conselho Tutelar por município, os conselheiros são eleitos sob a responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e fiscalização do Ministério Público (BRASIL, 1990). Trata-se de um órgão autônomo em função de que suas decisões na condução dos casos atendidos são tomadas de forma independente, não estando subordinadas a outros órgãos públicos e o questionamento a respeito das ações pode ser feito a partir do poder judiciário (PRANDI *et al.*, 2019).

Em estudo sobre os fatores de risco e proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, realizado por Habigzang *et al.* (2006), constatou-se que entre os anos de 1992 a 1998 o Conselho Tutelar era o principal órgão procurado no momento da denúncia, os dados foram obtidos pesquisando-se os processos constantes no Ministério Público do RS. Entre os fatores que mais contribuíram com a efetividade das intervenções, segundo o

estudo, destacaram-se o envolvimento dos familiares na denúncia e o cumprimento dos encaminhamentos (19%), por outro lado entre os fatores que mais prejudicaram a efetividade das intervenções está justamente a ausência de comparecimento às audiências e chamados do Conselho Tutelar e a não adesão aos encaminhamentos (30%). Ou seja, a anuência e o comprometimento das famílias a uma proposta interventiva estão relacionados a efetividade destas intervenções. Considerando que o afastamento das vítimas de seus agressores tem sido a principal estratégia para garantir a proteção dos direitos de crianças e adolescentes, é de se pensar o quanto a possibilidade de que esta medida seja aplicada também não interfere na relação entre as famílias e os conselhos tutelares. Um resultado importante deste estudo foi a constatação de que embora existam muitas instituições envolvidas no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar é a referência principal para a rede e para a comunidade e, por outro lado, justamente a sua dificuldade em acompanhar os casos que é uma das causas que prejudicam as intervenções do Ministério Público, Juizado da Infância e Juventude e outras instituições. Além disso, a necessidade de produzir encaminhamentos e relatórios que instrumentalizem as instâncias jurídicas para a condução do processo pode contribuir para o direcionamento das respostas de crianças e adolescentes às intervenções realizadas, como observado no trabalho de Sell e Ostermann (2015) a respeito das interações entre crianças e conselheiros tutelares.

A dificuldade de contato com o Conselho Tutelar foi referida por entrevistada:

[Terapeuta Ocupacional – Vigilância em Saúde]: Eu te digo que nesses três anos que não consigo me relacionar, não consigo entender a função e não consigo entender porque **não trabalha junto**, é o Conselho Tutelar. Para mim é o órgão mais difícil. Eu já chamei todos aqui. Não veio nenhum. O Conselho tutelar eu nunca consegui, para mim é a ação mais difícil e o órgão menos acessível.

Esta falta de participação do Conselho Tutelar nas discussões de rede, no entanto, parece se relacionar às instâncias que não estão diretamente relacionadas com o atendimento das crianças, adolescentes e suas famílias uma vez que os serviços de referência referem boa comunicação, bem como, a conselheira com quem conversei refere participar de reuniões de rede em sua região. Questionada sobre a relação com os outros setores, ela mesma informa:

[Pesquisadora]: Tem interlocuções entre o Conselho Tutelar e os serviços de outros setores?

[Conselheira Tutelar]: Sim, porque o Conselho Tutelar, ele não é um serviço. Ele é um órgão que zela pelos direitos da criança. Então ele geralmente **encaminha**, nós **encaminhamos**, nós **acionamos** a rede pública para fazer os atendimentos. [...], mas, sempre tivemos, a cada quinze dias temos a rede de proteção integrada da criança e adolescente [...] Por exemplo, quinze dias reúne da [nome da região], participam o CRAS, alguns postos de saúde, escolas, educação infantil que vem e trazem **situações que eles atendem** muitas vezes.

Na fala da Conselheira ocorre uma ambiguidade ao falar sobre a rede. Por um lado, ela define o Conselho Tutelar como um “*órgão*” distinto de um “*serviço*” e que faz encaminhamentos para a rede pública, o situando fora desta mesma rede. Por outro lado, menciona a relação entre as equipes nas reuniões em que são discutidos os casos atendidos em cada região. Parece uma contradição, mas, ao mesmo tempo, reflete a maneira como o Conselho Tutelar é visto pelas outras equipes e pela comunidade. Fonseca (2018) menciona as barreiras encontradas pelas equipes da atenção básica quando realizadas denúncias ou notificações envolvendo os conselhos tutelares e a percepção por parte das equipes da insuficiência de apoio por parte destes.

O Conselho Tutelar por vezes é tomado como parte integrante do atendimento e outras vezes como um órgão que se assemelha às instâncias de regulação e segurança. No entanto, por definição, suas atribuições são: atender crianças, adolescentes e suas famílias, aplicar medidas e executar suas decisões, podendo para isso requisitar serviços na área da educação, saúde e serviço social e promover ações de divulgação e treinamento em relação aos temas concernentes aos interesses dessas populações (BRASIL, 1990; PRANDI *et al.*, 2019). A forma como estes atendimentos serão realizados é determinada por cada município, com orientação a partir do ECA.

[Pesquisadora]: Quais são as principais ações e responsabilidades do Conselho Tutelar em relação ao enfrentamento das violências sexuais contra crianças e adolescentes?

[Conselheira Tutelar]: Nossa atuação enquanto conselheiros, nós temos atribuições específicas que estão no artigo 136, a gente pode atuar a partir deste artigo. [...] Nós atendemos mais abuso sexual intrafamiliar. Sempre quando tem um caso de abuso, quando recebemos denúncia sobre isso, nós orientamos um familiar que **vá** a delegacia mais próxima e faça uma ocorrência de suspeita de abuso. Após isso o familiar é orientado **a levar** a criança ao CRAI no Hospital Presidente Vargas. [...] Muitas vezes é a escola que denuncia, o posto de saúde faz a denúncia, o CRAS, os serviços

também fazem. A escola atende as crianças, a creche, e ela percebe situações de abuso e coisas assim. **Eles fazem a denúncia e ligam para nós [...]**

Ao situar o Conselho Tutelar como um órgão que recebe denúncias e atua em favor de que sejam apuradas e aplicadas medidas de proteção, também situa a posição deste em relação à comunidade e às equipes que fazem parte da rede de enfrentamento. No entanto, esta visão do Conselho Tutelar pode ocasionar a distorção de suas funções, relegando a ele a função de instaurar a autoridade “policial” ao ambiente escolar, familiar e comunitário como uma extensão do poder judiciário, o que não lhes cabe em princípio, por serem um órgão de natureza não-jurisdicional (NASCIMENTO; SCHEINVAR, 2007).

Como aproximar-se dos conflitos familiares enquanto uma instância de atendimento quando há no imaginário e, também no concreto, essa ameaça da “denúncia” e de interferência jurídica? Seria possível a constituição de outros modos de atuação para que o papel do Conselho Tutelar se ampliasse a fim de contribuir com a prevenção de violências na comunidade e para a responsabilização (para além da responsabilidade jurídica) e cuidado compartilhados? Estes questionamentos se dão na esteira da reflexão acerca de como as políticas de proteção à infância foram concebidas historicamente, voltadas à moralização das famílias e à percepção de pobreza como negligência e desajuste (DESLANDES; BARCINSKI, 2010). É comum que os Conselhos Tutelares sejam procurados para a resolução de conflitos familiares e/ou escolares que dizem respeito a conflitos de autoridade ou de natureza geracional, neste lugar policialesco e de imposição de lei (NASCIMENTO; JASHAR; BARBOSA, 2018; PRANDI *et al.*, 2019) o que corrobora esta posição e, por outro lado, os afasta de suas possibilidades no que diz respeito às práticas de escuta das crianças, adolescentes, famílias e comunidade e resolução de conflitos de maneira compartilhada, inclusive tensionando o poder público para a promoção de melhores condições para as comunidades de acordo com a sua função reivindicativa atribuída pelo ECA.

Outro aspecto que é relevante para a discussão é que esse poder de representação da lei atribuído ao Conselho Tutelar é direcionado apenas às classes mais pobres uma vez que não é comum que famílias de classes mais altas busquem o seu apoio ou intervenção, mesmo nos casos de violência. Segundo o depoimento de uma das entrevistadas: *“Todos os segmentos da sociedade apresentam*

violência, o grande diferencial é que numa família mais abastada eles silenciam mais, eles fazem segredo, fazem tabus desta violência doméstica”, para a entrevistada uma família de classe alta buscar apoio do Conselho Tutelar é *“impensável”*. As famílias de classe média e alta costumam resolver os conflitos intrafamiliares de maneira privada e sigilosa (SAFFIOTI, 2015) mesmo os casos de violência, reforçando ainda mais o estereótipo de que as violências ocorrem somente em famílias desajustadas e que este desajustamento está relacionado à pobreza (NASCIMENTO, 2012). Afinal, se existem modelos de famílias desajustadas é porque existe alguma referência a um modelo de família ajustada ou ideal.

Nascimento e Scheinvar (2007) mencionam a necessidade do reconhecimento da multicausalidade do fenômeno da violência como importante para que o Conselho Tutelar possa ampliar seus modos de atuação e que eles sejam menos identificados individualmente com a figura e a prática do próprio conselheiro, mas entendidos como prerrogativas do órgão. Neste sentido, a conselheira participante do estudo reforça a preocupação com as questões estruturais que ferem os direitos das crianças e adolescentes como uma crítica às condições da proteção à infância e juventude:

Se a gente olhar o próprio saneamento, as crianças ficam expostas ao esgoto e essas coisas todas. Isto é um retrocesso, uma violação aos direitos humanos (...) Embora o estatuto completou dia 13 de julho trinta anos, está longe de ser o que deveria ser a proteção da infância e juventude.(...) Na relação dos atendimentos às famílias, nos serviços públicos, está faltando serviços públicos. Como eles reduziram profissionais da assistência, reduziram vários profissionais. Em relação à educação infantil, na nossa região, por exemplo, mil crianças na lista de espera. Não tinha vaga. (Conselheira Tutelar)

A fala da conselheira associa as dificuldades no acompanhamento e monitoramento das famílias às poucas vagas disponíveis nos serviços públicos ao mesmo tempo também reconhece que a condição a que estão expostas estas crianças e famílias é uma violação de direitos, um aspecto da violência que o Conselho Tutelar ou os demais serviços não conseguem dar conta com as ferramentas que possuem atualmente. O limite da atuação na lógica do recebimento de denúncias, encaminhamento e fiscalização esbarra na insuficiência dos recursos e é aí que a capacidade destes equipamentos de se articularem aos movimentos sociais poderia proporcionar que as práticas de atendimento não estivessem

atreladas somente às ocorrências de violências e encaminhamentos, mas com o foco na prevenção e no fortalecimento dos vínculos. Famílias que experimentam situações de violência tendem a ficar mais isoladas em si mesmas, adotando estratégias punitivas e disciplinadoras para a preservação do segredo e manutenção das hierarquias. Incluir essas famílias em redes de solidariedade e projetos comunitários pode auxiliar na intervenção e na possibilidade de construir outros modos de relação (DESLANDES; BARCINSKI, 2010; SANTOS; DELL'AGLIO, 2010).

5.1.2 Atendimento Especializado (Segurança Pública/CRAI)

A partir da revelação de situações de violência sexual contra crianças e adolescentes um dos primeiros encaminhamentos apontados pelos serviços é a orientação a respeito da necessidade de denúncia e realização do Boletim de Ocorrência. Esta medida é tomada, segundo as trabalhadoras, tendo como base a necessidade de afastamento da criança/adolescente do agressor. Em Porto Alegre esta denúncia pode ocorrer principalmente através de três canais disponibilizados pela polícia civil: as delegacias especializadas, uma linha telefônica 24 horas e um serviço via “*WhatsApp*”. Dentre estes canais de atendimento, o destaque é a presença da polícia civil no Centro de Referência em Atendimento Infanto-juvenil (CRAI):

[Pesquisadora]: Como funciona o fluxo para denúncia hoje, de violências sexuais contra crianças e adolescentes?

[Delegada]: Nós temos um sistema bem sofisticado, aperfeiçoado. Nós temos várias formas de atendermos, nós da polícia civil. Uma delas é diretamente na delegacia. [...] Uma mãe se deu conta de que a criança foi abusada provavelmente na creche, vamos pensar em um exemplo aleatório. Ela vai levar essa criança ou ela vai a delegacia da criança e do adolescente diretamente. E a delegacia vai fazer toda a papelada inicial, para lavrar esta ocorrência e começar uma investigação. Em seguida, vai **encaminhar** para o CRAI para de imediato proceder os exames necessários para fazer com que se verifique se efetivamente esta criança é vítima de abuso ou não.

O CRAI é uma referência central para as situações de violência contra crianças e adolescentes em Porto Alegre. Situado no Hospital Presidente Vargas, cuja Secretaria de Saúde Municipal fornece a estrutura para o atendimento, inclui a Polícia Civil e o Instituto Geral de Perícias (IGP) em uma tríade de atendimento. O modelo é destacado por parte das entrevistadas que não deixam de frisar o quanto tem se estabelecido como referência para novos serviços no restante do Brasil. Ao

longo deste capítulo citaremos ainda mais as especificidades do CRAI, mas a sua importância foi lembrada em todas as entrevistas.

No excerto anterior, extraído da entrevista com a delegada, a entrevistada explica a forma como os casos são recebidos na instância da segurança pública. Percebe-se que o “encaminhamento” associa-se com a possibilidade de que o serviço especializado “*verifique se efetivamente esta criança é vítima de abuso ou não*”. Ou seja, o CRAI passa a ser o lugar responsável por definir se a violência aconteceu de fato ou não. Desloca-se o centro de referência de um lugar de cuidado para um lugar de perícia e confirmação da existência da violência. A confirmação da violência por parte da perícia é o momento em que se legitima a queixa, o sofrimento e a necessidade de receber o cuidado.

A polícia civil possui um departamento dedicado ao enfrentamento das situações que envolvem crianças e adolescentes, que inclui as situações em que são vítimas ou autores de delitos. Atualmente o departamento faz parte de uma estrutura chamada Departamento Estadual de Proteção a Grupos Vulneráveis (DPGV). A delegacia especializada existe no RS desde a criação do Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA) em 1997. Os maiores desafios para a efetivação do trabalho da segurança pública em relação às violências que atingem crianças, adolescentes e suas famílias, conforme a entrevistada, dizem respeito principalmente a quem está na ponta, diretamente atendendo os casos:

[Pesquisadora]: Em relação às dificuldades, o que tu observas para atender esse tipo de situação?

[Delegada]: As dificuldades são inúmeras, vai desde a dificuldade de policiais especializados, **porque nós temos que ter um policial com um perfil muito específico** para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de crimes sexuais. Então nós temos que capacitar esse policial, ele por si só tem que ter um perfil **que entenda interessante e entenda necessário este trabalho**. [...] Nós estamos com o mesmo número de policiais civis que nós tínhamos em 1984. [...] A população triplicou, quadruplicou e nós estamos com o mesmo corpo de servidores. Então para selecionar capacitados para lidarem com essa área que é tão nevrálgica, tão delicada...

A falta de efetivo policial ocasiona uma dificuldade maior em selecionar e capacitar profissionais para atuarem junto às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Não fica claro qual seria o perfil específico de profissional, no entanto, considerando as discussões que embasaram a Lei nº 13.431/17, chamada informalmente de Lei da Escuta Protegida pelas informantes do estudo, há

uma preocupação muito grande no que diz respeito à revitimização de crianças e adolescentes nos processos em que são vítimas ou testemunhas de violência. A revitimização pode ser entendida enquanto a ampliação do trauma a partir de práticas institucionais ineficazes na abordagem às vítimas de violência, podendo corresponder a diferentes níveis de violação de direitos (SANTOS, 2010).

A lei em questão determina as condições para que ocorra o depoimento especial diante da autoridade jurídica ou policial. Por exemplo, nos casos em que crianças e adolescentes sejam vítimas de violência sexual é recomendado que o depoimento seja tomado preferencialmente uma única vez, que a linguagem utilizada seja adequada à idade e compreensão da criança ou adolescente e que o ambiente tenha uma infraestrutura adequada e acolhedora garantindo a proteção à intimidade, além da recomendação para que o depoimento seja através de uma livre narrativa com a intervenção de profissional especializado quando necessário (BRASIL, 2017b). O interessante é que apesar de estar descrita a necessidade de que as unidades da federação aloquem recursos para o financiamento de equipes multidisciplinares que prestam assessoria às delegacias especializadas, não há a descrição da composição recomendada destas equipes. Sobre a questão da especialização dos profissionais aptos a acompanhar e conduzir o depoimento especial também não há uma especificação que determine as características desta capacitação.

Corrêa e Von Hohendorff (2020) em estudo realizado em uma Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente no norte do estado do RS, analisaram a atuação da delegacia em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes e constataram que as diretrizes da Lei 13.431/17 não estavam sendo completamente compreendidas pela equipe considerando o período de adequação e transição. Novamente a escassez de agentes, de recursos financeiros e de capacitação aparecem como questões que impactam no desenvolvimento do trabalho realizado pela segurança pública.

A escuta de crianças e adolescentes, contudo, não é uma questão que envolve apenas a capacitação técnica, sequer é um problema apenas para a área da segurança pública. Aznar-Blefari *et al.* (2020) em trabalho sobre boas práticas em entrevistas de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual discute os fatores e as posturas profissionais que podem facilitar ou dificultar o processo de escuta. Os autores refletem sobre as atividades privativas dos psicólogos e sobre as entrevistas

que são conduzidas por demais profissionais no âmbito da escuta especializada, ressaltando o que a literatura aponta enquanto possibilidades. Entre as diretrizes mais gerais, há o enfoque na demonstração de empatia, encorajamento à revelação e a não-sugestionabilidade. Além disso, as combinações iniciais e a atenção a forma de comunicação da criança/adolescente de acordo com sua faixa etária e compreensão é fundamental para criar as melhores condições para a entrevista.

Para além das técnicas, há um imaginário acerca de como crianças e adolescentes vítimas de violência sexual devem ser e se comportar, bem como um estereótipo acerca de como as famílias devem se relacionar com estes jovens, desconsiderando por exemplo, a diversidade existente nas relações interpessoais e subjetivas que atravessam esses sujeitos e suas famílias, inclusive, marcadores sociais como: geração, raça, classe social, orientação sexual, localização geográfica, por exemplo (COSTA, 1989; SANTOS, 2014). Também a abordagem determinada pelas diretrizes do depoimento especial exige disponibilidade de tempo e de paciência para a narrativa de crianças e adolescentes a qual pode facilmente ser dirigida ou mesmo silenciada dependendo da postura do interlocutor considerando a sua posição de autoridade somada à hierarquia entre crianças e adultos na sociedade. A dificuldade de encontrar policiais capacitados e que se interessem por trabalhar com a temática da violência sexual contra crianças e adolescentes também reflete a baixa adesão a essas temáticas, para além da investigação dos agressores, na formação dos profissionais.

As investigações são conduzidas pela polícia civil enquanto as perícias que subsidiam os processos ficam sob a responsabilidade das equipes que compõem o IGP e o CRAI. Segundo a informante, a comunicação entre essas equipes funciona de maneira articulada, embora a quantidade de técnicos que trabalham hoje no IGP seja reduzida. O principal tema trabalhado nas capacitações e nas campanhas promovidas pela polícia civil com o foco na conscientização sobre a violência sexual é a importância da denúncia, ainda que se reconheça as dificuldades que permeiam a decisão de denunciar as violências intrafamiliares.

As consequências da denúncia são reconhecidas pelas instâncias que fazem parte do atendimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes, porém a denúncia e o processo de responsabilização do agressor seguem sendo as únicas alternativas propostas para estes casos, no que diz respeito as áreas da segurança pública e justiça. A entrevistada menciona que no

passado algumas propostas surgiram para trabalhar com a promoção de autonomia econômica de mulheres ou mesmo em iniciativas com agressores em situações de violência doméstica:

[Pesquisadora]: Existe algum projeto, algum serviço, em relação aos agressores, em Porto Alegre ou no estado?

[Delegada]: Interessante tua pergunta, quando estive na Secretaria de Segurança Pública, [...] A gente montou dentro da SUSEPE uma equipe de psicólogos que começaram a fazer entrevistas com aqueles homens que eram presos em razão de agressão doméstica familiar [...] resumindo, foi algo muito interessante, foi levantado em números que demonstrou realmente que quando há uma forma de escuta e conscientização a gente pode evitar a reincidência da violência.

A caracterização da violência sexual somente enquanto “crime a ser punido” pode influenciar também na maneira como se pensam as práticas e responsabilidades da área da segurança pública e justiça neste tema. Alencar (2012) reflete sobre a ênfase, mesmo nas ações que visam à proteção de crianças e adolescentes - como por exemplo, o depoimento especial - na obtenção de provas fidedignas e na responsabilização do agressor. As ações relacionadas ao acolhimento e restabelecimento dos direitos das crianças e de suas famílias são menos valorizadas, prevalecendo a lógica punitiva. Deslandes e Barcinski (2010) ressaltam a pouca efetividade na transformação das dinâmicas violentas quando o foco da intervenção é apenas a aplicação das medidas legais cabíveis em detrimento da inclusão do(a) autor (a) de violência em programas terapêuticos ou redes de suporte.

As UBS, os conselhos tutelares e as Delegacias são algumas das portas de entrada possíveis no início deste percurso de enfrentamento das violências sexuais contra crianças e adolescentes, sendo o Conselho Tutelar o ponto da rede mais mencionado como aquele que irá articular os demais serviços e servir enquanto disparador do cuidado a partir do momento da revelação. Chama-se de revelação o momento quando a vítima consegue expor a situação de violência para uma outra pessoa (SANTOS; DELL'AGLIO, 2010) portanto, o momento anterior ao da notificação que consiste à comunicação da violência, seja em forma de denúncia no caso do Conselho Tutelar e das delegacias, seja em forma de notificação compulsória. A notificação se diferencia da denúncia por se tratar de um instrumento de proteção, mas, o seu registro por si só não garante a efetivação da linha de

cuidado, sendo necessário o acionamento das equipes responsáveis, de acordo com o fluxo de cada município (BRASIL, 2014). O próximo passo após a revelação e notificação, conforme apontado pelas entrevistadas, é o encaminhamento para o CRAI, o Centro de Referência em Atendimento Infanto-juvenil, conforme já mencionado acima.

O CRAI funciona na estrutura física do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, seu ambiente, conforme tive a oportunidade de conhecer, antes da pandemia, é bastante discreto, contendo elementos lúdicos e voltados a tornar a estrutura do atendimento mais acolhedora para as crianças e para as famílias. A concepção do serviço é fruto de um esforço do poder público em parceria com a sociedade civil, tendo sido constituído em 2001 e repactuado em 2008 através de uma parceria entre Secretaria da Segurança Pública, IGP, Ministério Público do RS e Secretaria Municipal de Saúde (VILLELA, 2016).

No local são atendidas crianças, adolescentes e suas famílias de todo o estado do RS. Porém, com diferenças no fluxo dos atendimentos ao município de Porto Alegre e aos demais municípios. Os casos encaminhados de fora de Porto Alegre passam prioritariamente pelo atendimento médico para depois serem reencaminhados aos conselhos tutelares dos municípios de origem e seguir os cuidados em sua própria região. No CRAI chegam casos encaminhados pelas unidades de saúde, escolas, Conselho Tutelar, assistência social, delegacias e por busca espontânea. No momento da entrevista a trabalhadora calculou a média de 150 a 180 casos novos todos os meses, excluindo dessa conta os casos que ainda estão em atendimento.

[Pesquisadora]: E o fluxo de pessoas, como é?

[Médica – CRAI]: Acaba que às vezes temos ao longo do mês mais de 600 pacientes que **circularam** pelo serviço, entre **retornos** e **acolhidas**. Agora na pandemia a gente está atendendo entre 50 a 80 pacientes por mês.

O termo “*circularam*” nomeia a maneira como os casos são recebidos, periciados e atendidos em suas primeiras demandas para depois serem encaminhados para outras instâncias dentro da rede de enfrentamento. Ou seja, não há um atendimento contínuo de longo prazo no local. A equipe para o atendimento é composta por cerca de dez pessoas, no entanto, no momento de nossa entrevista estava reduzida a oito, em função de aposentadoria e afastamento de saúde.

Circulam, portanto, crianças, adolescentes e famílias pelas instâncias de atendimento, porém não estão necessariamente referenciadas e sob responsabilidade do serviço, estão ali para a realização de procedimentos pontuais.

O serviço prestado corresponde a avaliação das situações de violência: as vítimas passam por atendimento com médicos (pediatra e ginecologista), psicólogos, assistentes sociais e recebem as prescrições necessárias. Com relação à avaliação médica também são realizados os exames e administrados conforme o caso, as profilaxias para IST's (incluindo HIV), os contraceptivos de emergência e ainda é possível realizar o procedimento de interrupção legal da gravidez no mesmo local. Com o recurso de trabalhar de forma interdisciplinar as discussões são compartilhadas entre a equipe, para os demais serviços a comunicação é feita através de um relatório.

[Pesquisadora]: Vocês têm interlocuções, discussões, reuniões, com outros setores dentro dessa rede de enfrentamento?

[Médica - CRAI]: Regularmente não. Nós temos as nossas reuniões de equipe. Mas nós estamos diariamente em contato com a rede, porque a rede nos demanda muito. [...] A rede sempre faz **contato** conosco, e nós **trocamos informações** sobre a situação. Da mesma forma isto acontece direto com o Conselho Tutelar que diariamente nos telefona, para tirar dúvidas sobre os casos que nós **encaminhamos** no relatório, **para saber quais os pacientes efetivamente vieram**, o Ministério Público também nos demanda, nos oficia **para saber se os pacientes vieram** aos atendimentos, se foram acolhidos.

Os contatos realizados pelo Conselho Tutelar e pelo Ministério Público tem como objetivo verificar se as demandas encaminhadas chegaram até o atendimento. A preocupação é com localizar e reportar o paradeiro dos casos. A troca de informações, no excerto, se relaciona a identificação das dúvidas a respeito do acolhimento ou não dos casos, em um exercício de atualização das situações em atendimento.

A alta demanda e a complexidade dos casos requerem a disponibilidade da equipe para a organização do fluxo incluindo a marcação das perícias e retornos de acordo com a necessidade. Após a finalização dos laudos e dos exames médicos a equipe faz o encaminhamento para os serviços responsáveis pela continuidade do cuidado através de um sistema eletrônico chamado de Gerenciamento de Consultas (GERCON). Esse sistema foi implementado no município para auxiliar na marcação de consultas e é ele que gerencia as prioridades e distribui os atendimentos.

[Médica - CRAI]: Eu te diria que depois que a secretaria criou o GERCON para que se regule esses casos de saúde mental que tem demanda, já melhorou bastante. Porque hoje o técnico que **encaminha** o paciente pelo GERCON, ele consegue monitorar esse agendamento. Então diariamente ele abre o GERCON, vê os seus casos e consegue **acompanhar**. Aí que bom, caso agendado. A gente avisa, isso é uma tarefa nossa também. [...] Então esses agendamentos demoram, a gente tem casos muito graves.

Ou seja, ao mesmo tempo que o sistema facilita o monitoramento dos casos, se observa que há uma fila extensa em que as famílias aguardam serem chamadas para a continuidade do atendimento: *“Aí que bom, caso agendado. A gente avisa, isso é uma tarefa nossa também. [...] Então esses agendamentos demoram, a gente tem casos muito graves”*. O cotidiano do serviço inclui o cumprimento das tarefas de pedir/receber informações da rede e encaminhamento/recebimento de casos: as funções de localizar e reportar novamente em questão.

O acompanhamento mencionado no excerto diz respeito a identificação do status dos casos inseridos no sistema. O CRAI torna-se a referência então para os procedimentos de urgência, ocupando um lugar central na rede, porém, a falta de técnicos, o cumprimento dos procedimentos burocráticos, os retornos aos demais serviços, a grande demanda de atendimentos e a gravidade dos casos, acaba por sobrecarregar a equipe. Outra questão apontada é a dificuldade na marcação dos atendimentos em saúde mental. Há uma compreensão de que existem poucas vagas e profissionais na área para atender as demandas que dizem respeito às situações de violência sexual.

Os atendimentos em Saúde Mental para crianças e adolescentes são referenciados para diferentes serviços no município de Porto Alegre. Nos casos agudos, com indícios de transtornos mentais graves ou risco de suicídio os encaminhamentos são direcionados para as emergências em saúde mental ou para os CAPS IJ. Para os atendimentos ambulatoriais que não estejam necessariamente relacionados a transtornos mentais, mas, que necessitam de acompanhamento, um outro destino possível são as Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente (EESCAS).

5.1.3 Continuidade do Cuidado (EESCA/CREAS)

As EESCAS atendem de maneira regionalizada as demandas ambulatoriais em saúde de crianças de 0 a 17 anos em Porto Alegre e estão enquadradas como serviços especializados, de média complexidade. A composição dessas equipes é multidisciplinar incluindo médicos, psicólogos e assistentes sociais. A implantação das equipes se deu a partir de 2011 a partir da necessidade de atendimento especializado para essa população. Os encaminhamentos são recebidos a partir do sistema GERCON, ou seja, são solicitados por outros serviços de saúde. No decorrer das entrevistas tive a oportunidade de conversar com profissionais que compõem as equipes de diferentes regiões, mas o modo de funcionamento e as dificuldades se revelam muito parecidas.

A rede de saúde do município é organizada através de oito Gerências Distritais. Em cada uma delas há uma EESCA de referência (PORTO ALEGRE, 2015). O atendimento não é exclusivo para as situações de violência sexual, ao contrário, as demandas são diversas no âmbito da saúde mental e, no momento das entrevistas, a composição das equipes era em torno de cinco a oito pessoas quando a recomendação para a equipe mínima é de pelo menos 14 profissionais (PORTO ALEGRE, 2015). O número reduzido de profissionais é algo que se repete nas falas das entrevistadas. Com a demanda de atendimentos, muitas vezes as equipes têm dificuldade de estarem presentes nos espaços de discussão de casos e, uma vez que os encaminhamentos são feitos através do sistema, nem sempre é possível conversar com os serviços ou com a pessoa responsável pelo encaminhamento.

Segundo as entrevistadas, o trabalho acaba sendo realizado internamente sem que haja um plano em conjunto com a rede, ainda que esta seja uma prática preconizada para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Na Linha de Cuidado do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência também é recomendado que exista uma “adequação da área física, compatibilização entre a demanda e a oferta dos serviços, a capacitação dos profissionais e a governabilidade das equipes locais” (BRASIL 2014, p. 92), recomendações que não são atendidas na estrutura e capacidade dos serviços.

[Pesquisadora]: Quais os tipos de atendimentos e responsabilidades que vocês têm dentro do serviço?

[Assistente Social - EESCA 01]: Todos os **encaminhamentos** também desde o ano passado chegam para nós via GERCON. [...] Geralmente violência sexual vem via CRAI mas às vezes acontece de vir pelo posto de saúde. A escola, por exemplo, vai ter que dizer para a mãe ir no posto de saúde para o médico fazer o **encaminhamento**. [...] Normalmente foi **encaminhado**, teve aquela avaliação, foi **encaminhado**, depois de 05 meses depois ou mais chega casos aqui, um ano depois, da avaliação do CRAI. [...] Aí tu tens que voltar e falar com aquela família sobre aquilo que aconteceu há 01 ano atrás, que naquela época foi identificado a necessidade de atendimento psicológico.

[Psicóloga – EESCA 03] Atualmente a gente tem feito atendimento individual. [...] O espaço que a gente tem lá é muito precário, a gente não tem espaço físico. Porque nossa equipe está circulada dentro de uma Unidade de Saúde, com muitos médicos, muitos profissionais e poucas salas. [...] e também a gente precisava de mais RH porque a [nome da região] tem uma demanda muito intensa, principalmente neste ponto da tua pesquisa que é situações de violência sexual, vem muita demanda para nós.

[Psicóloga – EESCA 02]: Assim, o EESCA tem um papel bem importante porque é ele que recebe para acompanhamento de saúde mental, as crianças e adolescentes que passam pelo CRAI. [...] Para a violência sexual bem especificamente, o CRAI é a porta de entrada da proteção. Antes os EESCAS recebiam diretamente esses **encaminhamentos**. Atendimento clínico, psicológico, psiquiátrico, a gente discute na equipe. [...] Voltando para as dificuldades, na situação de violência ela [a criança] não foi tomada como sujeito, ela foi tomada como objeto. **Às vezes os encaminhamentos da rede de proteção seguem tomando aquelas pessoas como objeto.**

No repertório interpretativo do “*encaminhamento*” o que se observa a partir da descrição das entrevistadas é uma defasagem entre a quantidade de encaminhamentos recebidos e a efetivação dos atendimentos. Há demora considerável entre a inserção da demanda no sistema e o acolhimento nos serviços, chegando em alguns casos até a um ano de espera. Mesmo quando as equipes da Atenção Básica e das EESCAS ocupam o mesmo espaço físico, há um fluxo e um sistema de informações que precisa ser acionado para que o trabalho ocorra em cooperação.

Os acompanhamentos realizados pelas equipes são predominantemente individuais às crianças e adolescentes e às famílias. Não há, no entanto, um protocolo ou uma sistematização, sendo avaliado caso a caso, também não há uma especificação sobre a duração do acompanhamento. Nos excertos destacados há menção a implementação do sistema GERCON que permitiu visibilizar o descompasso entre o que chega e o que o serviço consegue acolher. Através do sistema a fila é monitorada, mas, ao mesmo tempo, a falta de autonomia para que

as operadoras das políticas públicas atuem frente aos encaminhamentos torna a avaliação de quem é atendido e em qual serviço, submetida a quem faz a regulação. A analogia entre a violência sofrida e os encaminhamentos, que fazem com que as vítimas permaneçam sendo tomadas “*enquanto objetos*” parecem explicitar a condição posta nas idas e vindas entre os serviços e na espera pela continuidade do atendimento. Assim como as equipes também são colocadas nesta condição ao estarem submetidas a aguardar a distribuição realizada pelo sistema.

[Pesquisadora]: Vocês recebem os encaminhamentos, vocês recebem demanda espontânea?

[Psicóloga – EESCA 03]: É o EESCA, é esse fluxo, ele não é demanda espontânea. [...] Em Porto Alegre, em princípio os CAPS deveriam ter. [...] Resumindo é uma central de regulação que tem uma equipe médica, então é médico centrada, isto não é muito legal, tem acontecido questionamentos não só do nosso EESCA mas de outros EESCAS sobre quais os critérios que se utilizam. [...] Existe uma matriz de agravo, a coordenação da área técnica em saúde mental criou uma matriz de agravos, também numa lógica mais médica com uma série de sintomas e o que eles consideram mais grave. O que ficaria mais desejavelmente para a atenção primária, o que seria para uma média complexidade como a nossa, o que seria mais lá para o campo do CAPS, as internações.

Os encaminhamentos realizados para a continuidade do cuidado nas EESCA se baseiam nos critérios de definição das prioridades de atendimento que obedecem a uma matriz de agravos que é criticada pela entrevistada, e que determina o lugar mais adequado para o encaminhamento com base em uma perspectiva biomédica, não levando em consideração as questões subjetivas ou mesmo a localização da moradia das pessoas. Ou seja, algumas vezes o atendimento é marcado para um serviço estabelecido em uma região distante do bairro de origem das famílias, o que impõem restrições como o acesso ao transporte e deslocamento, bem como, a disponibilidade de tempo para levar a criança ou adolescente para ser atendido.

Nos casos de violência sexual, por exemplo, há a compreensão – por parte das entrevistadas - de que o encaminhamento do CRAI aos serviços especializados é automaticamente feito como uma precaução, uma vez que não há possibilidade de ofertar o atendimento ambulatorial no próprio serviço e pelo modo como precisam rapidamente dar conta da alta demanda recebida. No entanto, muitas vezes esses casos poderiam ser atendidos no nível de atenção básica como o CRAS ou pelas UBSs. O encaminhamento seria uma forma de respaldo dos serviços e dos

profissionais muito mais do que a preocupação com a qualidade do cuidado ofertado.

[Psicóloga – EESCA 02]: Então, muitas vezes a gente vai ver, nem precisaria de um acompanhamento psicológico. O acompanhamento do CRAS ou da assistência já deu conta daquela família, a criança se sentiu protegida, seguiu a vida. Não quer dizer que ficou com algum impedimento, algum trauma ou algum sofrimento psíquico mais acentuado. Então também chegam muitos que não precisaria, mas também, passou tanto tempo. Mas ao mesmo tempo, uma única avaliação lá, **se eu tivesse no CRAI também iria encaminhar, na dúvida...**”

Delfini e Reis (2012) em estudo que analisou a articulação entre os serviços públicos de saúde mental voltados à infância e adolescência na cidade de São Paulo diferenciam entre os discursos das equipes os encaminhamentos que atendem à lógica de “passar a responsabilidade” e os encaminhamentos que se dão enquanto “compartilhamento do cuidado”. O primeiro se dá quando as equipes pouco interagem, tornando o processo de “receber” ou “devolver” o usuário, sem que haja para isso uma articulação conjunta. O segundo ocorre quando as equipes têm possibilidade de discutir os casos e compartilhar saberes, construindo um plano de atendimento comum aos serviços envolvidos. Na rede de Porto Alegre isso parece ocorrer ocasionalmente nas chamadas “redinhas” mencionadas pelas entrevistadas e que se reúnem de maneira intersetorial em cada microrregião. Porém, as trabalhadoras também reforçam a indisponibilidade de participar. Quando questionadas acerca do trabalho junto às demais as equipes nenhuma vez houve a menção a um plano de trabalho que se constituísse de ações intersetoriais. Não quer dizer que na prática isso não ocorra, porém, é significativo que tenha sido uma lacuna na forma como as trabalhadoras se referiram ao trabalho em rede, tratando unicamente como o espaço de reunião.

Mais uma vez, a situação depende de como individualmente os profissionais compreendem a importância e a efetividade desses espaços e de como a gestão apoia e proporciona condições de trabalho para que possam ocorrer. Os casos que chegam às EESCAS muitas vezes já vêm referenciados aos CREAS e ao Conselho Tutelar, no entanto, a troca acontece muito mais com o serviço vinculado à Assistência Social os quais também são localizados nas microrregiões.

O CREAS caracteriza-se como um serviço de média complexidade que trabalha com os casos em que haja ameaça ou situação de violação de direitos

encaminhados pela rede do município. Internamente o serviço se divide em equipes, entre elas, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) voltado ao acompanhamento de famílias e indivíduos em situação de violação de direitos. Os acompanhamentos podem ser realizados através de visitas domiciliares, atendimentos individuais ou em grupo através de uma equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, psicólogos, educadores sociais e advogados.

[Pesquisadora]: Quais são as ações e responsabilidades do serviço em relação ao enfrentamento a violências sexuais contra crianças e adolescentes?

[Assistente Social - CREAS] A gente trabalha, como a gente é um serviço de média complexidade não trabalhamos com porta aberta, atendimento ao público. Nós trabalhamos com **encaminhamentos** da rede. O que **chega** para nós é muito via Conselho Tutelar, os órgãos de garantia de direitos e uma interface bem próxima do CRAI também o Hospital Presidente Vargas. [...] Primeiro, a maior demanda que **chega** no CREAS é a situação de abuso, mais ou menos um caso por dia se for medir. [...] o trabalho é o que a gente chama de acompanhamento, muito é acompanhamento de fortalecimento da família, de suporte da rede familiar. (...) **De avaliar necessidade de acompanhamento e atendimento na área de serviço mental assim também, suporte para que esse atendimento siga ou a família possa acessar esse serviço.** Outra coisa que a gente monitora são as questões que envolvem a segurança da família em relação ao afastamento do risco.”

Na fala da assistente social percebe-se que o atendimento familiar é a estratégia principal para o acompanhamento das situações de violência sexual no âmbito do CREAS. Considerando que a maioria das situações que chegam aos serviços se refere a violências intrafamiliares, é esperado que este também seja o principal desafio para as equipes. Ao longo das entrevistas, o trabalho de atenção às famílias muitas vezes foi associado como atribuição exclusiva de Assistentes Sociais, mesmo sendo uma diretriz importante tanto na literatura (DESLANDES; BARCINSK, 2010; HABIGZANG *et al.*, 2006) quanto nos documentos que embasam o acompanhamento de crianças e adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2001a; 2014) para todas as áreas profissionais que atuam com o tema, e não só no momento de ruptura dos vínculos ou de emergência mas, como um suporte sistemático e com vistas ao fortalecimento das potencialidades das famílias (DESLANDES; BARCINSK, 2010).

Muitas vezes a violência sexual é apenas mais uma das muitas expressões de violência que os sujeitos e as famílias experimentam em suas vidas, tornando-se

uma forma aceitável e quase imperceptível de convivência e resolução de conflitos (HABIGZANG *et al.*, 2006) daí a importância de que essas famílias não estejam isoladas e possam contar com as redes intersetoriais e com espaços comunitários como forma de apoio, compartilhamento e criação de estratégias de enfrentamento de maneira contínua. Um outro aspecto que se evidenciou na fala da entrevistada foi a fragmentação do cuidado que aparece na interação entre os serviços:

[Pesquisadora]: Quais são as principais dificuldades que tu percebe dos serviços, em relação ao enfrentamento das violências sexuais contra crianças e adolescentes. Tanto no dia a dia quanto as questões de rede, o que tu observa?

[Assistente Social - CREAS]: Tem o Conselho Tutelar que acolhe no primeiro momento, depois **vai lá** para a rede especializada de saúde, que também acolhe. Depois acaba **chegando** para nós, que acolhemos também. Mas os serviços acabam que não dialogam sobre uma intervenção única, um plano conjunto de intervenção para aquela família. **A mesma família é atendida por diversos órgão, cada um com o seu planejamento, com a sua escuta e com dificuldade de ter um plano em comum (...)** Nós, a Assistência como uma política meio, a gente depende muito das demais políticas para a efetividade do nosso trabalho. A gente tem uma rede de saúde que está esgotada, a rede de educação cheia de dificuldades, Conselho Tutelar também distante por vezes.

Neste excerto, embora a trabalhadora mencione a sua percepção sobre a falta de um diálogo comum, logo em seguida, novamente o repertório do “*encaminhamento*” pode ser identificado. Ao invés de um esforço conjunto, parece novamente que a ausência de execução é de responsabilidade dos demais serviços. Há uma contradição entre o discurso a respeito da necessidade de um plano intersetorial e a justificativa de que isso não ocorre porque o serviço depende dos demais. A fragmentação está colocada em ato na própria fala da trabalhadora definindo a falta de meios para o cuidado a partir do esgotamento da rede.

O fluxo da rede é bastante naturalizado entre as trabalhadoras dos diversos serviços, porém, embora haja comunicação entre as equipes, aparentemente não há uma construção conjunta, ficando cada uma delas responsável estritamente por dar conta da demanda que está intimamente relacionada aos objetivos do serviço. Ocorre que ao chegar na atenção especializada a responsabilidade da continuidade do cuidado, até a “alta” fica restrita a eles, sem que haja um compartilhamento com os demais. No sistema de “*encaminhamento*” chega-se ao esgotamento, não há “para onde ir” após chegar na atenção especializada. As orientações da Linha de Cuidado dizem respeito à articulação intrassetorial e intersetorial que integrem as

políticas e ações quer sejam governamentais ou não e que sejam estabelecidos os protocolos para atendimento às situações de violência que envolvam toda a rede local (BRASIL, 2014). Isto é, compor junto um plano de trabalho compartilhado e não um fluxo apenas de encaminhamento. No entanto, a realidade da demanda de atendimentos e a redução das equipes contribuem para que essa organização se torne muito difícil. Porém, ao mesmo tempo em que há queixas sobre a fragmentação do cuidado, também se percebe nas falas das entrevistadas a compreensão de que a função de cada serviço é compartimentada:

[Assistente Social – CREAS]: A gente tem visto muito o **esgotamento** da rede que não consegue atender a tempo, a média de espera é mais de um ano para atender casos graves e agravados. Isto é um problema muito sério, tem que ser apontado a falta de condições da rede de saúde na área da infância e juventude. Aqui na (região) são duas psicólogas para atender toda a região, no EESCA. Então é mais de ano **aguardando um atendimento**.

Ou seja, são encaminhados para atendimento em saúde mental (EESCA/CAPS IJ) crianças e adolescentes que, mesmo vinculadas ao CREAS, estejam apresentando sintomas avaliados como concernentes ao tratamento específico nos estabelecimentos de saúde mental. Há o entendimento da necessidade de acompanhamento ambulatorial, clínico ou especializado para a escuta destes sintomas e tratamento, muitas vezes compreendido apenas como a escuta individual. No entanto, uma vez que estas famílias já estão vinculadas ao serviço, parece que as inserir em um sistema de encaminhamento que demora até cerca de um ano para ser realizado não faz muito sentido.

Certamente que as emergências (aquelas que envolvem risco à vida) devem ser encaminhadas para atendimento nos serviços de referência e, para isso, a rede de Porto Alegre conta com pronto-atendimento, também são necessárias as vinculações aos atendimentos especializados. Além disso, desde a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 - Lei da Reforma Psiquiátrica - a pactuação é de que os casos de crises graves em saúde mental também devam ser assistidos nos mesmos pronto-atendimentos destinados a outras situações (BRASIL, 2001b). Esses procedimentos não isentam que as famílias se mantenham em acompanhamento pelos demais serviços. O período entre a notificação, a denúncia até a continuidade do cuidado, quando as famílias estão em uma fila de espera, pode ser determinante para que não se dê prosseguimento às denúncias ou a superação da situação de

violência, uma vez que, após expostas suas vulnerabilidades, estas famílias tendem a ficar em uma situação de desamparo maior (SANTOS, DELL'AGLIO; 2010).

A questão é que a fragmentação do cuidado já se evidencia nas próprias práticas dentro dos serviços que estabelecem a escuta especializada de cada profissional em detrimento de um plano de trabalho interdisciplinar. As equipes serem compostas de profissionais de diferentes áreas não garante a interdisciplinaridade se o atendimento às famílias é uma atribuição exclusiva de assistentes sociais, a escuta dos sintomas emocionais exclusiva dos psicólogos etc. Ao trabalhar com um tema como a violência é fundamental considerar que o projeto terapêutico necessariamente passará por diversas dimensões, ao mesmo tempo, independente das especificidades disciplinares, por isso a construção de um saber interdisciplinar para a atuação no tema da violência se faz importante (SCHRAIBER, 2009).

[Assistente Social – CREAS]: Eu avalio que a intersetorialidade é algo bem importante, mas isso deveria ser pensado a nível de gestão. Porque surgem programas e projetos e eles são muito compartilhados, fragmentados, não tem uma interface com diversas políticas. Fica a Educação de forma muito isolada tentando promover, nós da Assistência e a saúde também porque não existe um espaço em que é pensado política pública, ela não é pensada de forma conjunta. São propostas fragmentadas.

Para a entrevistada, não basta que esteja preconizado o trabalho intersetorial na legislação dos serviços, é importante que na formulação dos programas e políticas essa premissa seja levada em consideração durante o planejamento e efetivação. Além disso, que exista a previsão e a garantia dos espaços de compartilhamento e discussão. A fragmentação se dá desde a concepção das políticas até a prática do atendimento cotidiano. Sem dúvida, ao longo da leitura das legislações, dos documentos que embasam a atuação da rede intersetorial e na escuta das entrevistadas, é possível identificar um repertório que mostra a trajetória de um fluxo até o ponto em que não há mais para onde encaminhar, chega-se ao esgotamento dos recursos.

5.2 “As violências mexem muito com as entranhas da gente”: O repertório do “medo e da impotência”

A escuta e o acolhimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes mobiliza sentimentos diversos entre profissionais, equipes e serviços.

Ao longo das entrevistas muitas histórias foram lembradas e frequentemente a menção aos sentimentos de medo, impotência e angústia permeou os relatos. As dúvidas sobre como agir em cada situação vão para além de seguir um protocolo ou um fluxo de atendimento (embora estas também sejam questões mencionadas) dizem respeito à compreensão sobre o papel de cada um dos serviços, mas também sobre o papel de quem individualmente acolhe, escuta e intervém (ou não) em cada uma dessas situações. Há o questionamento sobre a veracidade da violência, há dúvidas sobre como perguntar ou o que se deve perguntar, e, depois de perguntar, o que fazer? Encaminhar para onde? E se a família não concordar? Qual o respaldo caso haja uma agressão em resposta ao atendimento ou à notificação? Enfim, diversas interrogações que revelam a fragilidade da nossa posição no atendimento às situações de violência, as lacunas nas nossas formações e a ausência de espaços de diálogo e acolhimento para as equipes (ARAÚJO, 2002).

Em artigo sobre o agir profissional diante das situações de violência doméstica no município de Porto Alegre (AZAMBUJA, 2005) a autora ressalta o quanto a equipe de saúde buscou o auxílio de outras equipes que compõem a rede do território e sentiu-se isolada para decidir sobre a notificação, denúncia e intervenção, mesmo com a obrigatoriedade da notificação contemplada pelo ECA (BRASIL, 1990). A autora também menciona os aspectos emocionais, a estrutura de atendimento, a ausência de treinamento e a preocupação com a exposição dos profissionais como motivos que interferem na notificação e atendimento dos casos (AZAMBUJA, 2005). Em outro estudo, Zanelatto *et al.* (2012) refere as dificuldades das equipes de ESF para abordar e intervir em situações de violência infantil, sobretudo as violências intrafamiliares. Entre as razões explicitadas estão o medo de represálias dos familiares, a insegurança quanto a necessidade de sigilo profissional e a percepção de ineficiência dos mecanismos de proteção.

A recorrência dos repertórios que mencionam os termos “*medo* e a *impotência*” ou correspondentes como: “*angústia*”, “*sofrimento*”, enquanto aspectos cotidianos que interferem na construção do cuidado junto às situações de violência sexual me levou a considerar a pertinência de discuti-los a partir do que revelam em conjunto. Os efeitos do atendimento às situações de violência, muitas vezes, se materializam em medo e sofrimento diante da escuta e da intervenção, impossibilitando inclusive a identificação dessas situações, a notificação e a denúncia. Para Potter e Wetherel (1995) as funções do discurso não estão sempre

explicitamente expostas e a análise do discurso implica em hipotetizar os possíveis propósitos e consequências da linguagem nesse sentido, ou do que mais as trabalhadoras falam quando nomeiam o “*medo e impotência*” em seus relatos? O excerto abaixo foi extraído dos relatos das trabalhadoras entrevistadas ao serem perguntadas a respeito de suas possibilidades de intervenção frente às situações de violência:

[Pesquisadora]: E quais são as maiores dificuldades do teu ponto de vista em atender situações que envolvem a violência contra crianças e adolescentes:

[ACS]: É muito delicado porque tu não vai entrar na residência da pessoa e se envolver com uma questão familiar. Claro, também tu não vai ficar de braço cruzado, olhando, **alguma atitude tem que tomar** [...] Mas não é fácil **tu corre até risco**, porque o agente mora na área que atua, é complicado [...] **Ficar exposto**. Porque sempre tu vai lá, tu visita e vai tomar uma atitude. É claro que a pessoa desconfia que foi tu que tomou essa atitude, porque foi tu que esteve na casa. É tudo com muita delicadeza para que **não venha acontecer algo** com o agente”.

No excerto acima, a ACS toma a violência enquanto “*uma questão familiar*” na qual paira a ambivalência entre “*não se envolver*” e “*alguma atitude tem que tomar*”. Essa ambivalência aparece a partir da percepção sobre a posição da ACS, enquanto única responsável por fazer a notificação, intervir ou denunciar de forma individual, estando exposta, uma vez que é ela quem entra na residência da pessoa. Ao mesmo tempo, a violência contra crianças e adolescentes ainda é tida no imaginário como algo que ocorre na privacidade das famílias, semelhante ao que se observa em relação às violências conjugais. As equipes de saúde, muitas vezes, sentem-se incapazes de oferecer atenção integral às mulheres vítimas de violência conjugal, reduzindo o cuidado ao tratamento de lesões físicas e encaminhamento ao setor de segurança (MENEGHEL *et al.*, 2011).

Esse tipo de violência, no âmbito familiar, associa-se à disciplinarização e, no caso das crianças e adolescentes, ao processo educativo, uma resposta aceita socialmente para as desobediências e rebeldias, uma espécie de “pedagogia da punição” (MINAYO, 2001, LONGO, 2004). Proteger a privacidade das famílias e a autonomia dos responsáveis frente à criação dos filhos implica também a subnotificação e prejuízo ao diagnóstico das situações de violência doméstica, incluindo a violência sexual contra crianças e adolescentes. Nos últimos anos, esta visão tem sido questionada e discutida inclusive no âmbito da legislação, através da Lei nº 13.010/2014, por exemplo, chamada popularmente de “Lei Menino Bernardo”

que proíbe o uso de castigos físicos ou tratamentos cruéis e degradantes contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

No caso da fala da ACS o medo diz respeito ao risco de sua exposição ao intervir nas situações de violência considerando a sua condição enquanto pertencente à comunidade onde atua: *“tu corre até risco”*. O risco de retaliação foi mencionado por várias das trabalhadoras entrevistadas. No caso da ACS, residir e atuar no mesmo território implica uma outra relação com os usuários e famílias atendidas com quem eventualmente possuem laços comunitários, podendo interferir na decisão de intervir ou notificar situações de violência, assim como os sentimentos mobilizados pelas circunstâncias. O receio quanto ao sigilo dos órgãos públicos e o constrangimento podem ser obstáculos importantes na omissão frente à estas situações (MENEHHEL; PORTELLA, 2017; RIQUINHO *et al.*, 2018).

Sobre os projetos de intervenção para a prevenção das violências, no âmbito do Ministério Público, foram citadas iniciativas para coibir a distribuição de material pornográfico via internet e com o foco na investigação da exploração infantil online, porém, o mesmo não ocorre em relação às violências intrafamiliares. Novamente o repertório do medo aparece presente nas respostas:

[Pesquisadora]: Já que tem essa recorrência das situações de violência intrafamiliar, existe algum projeto neste sentido?

[Promotora – MPRS]: Nós temos várias publicações que a gente faz de prevenção e a gente utiliza esses mecanismos de prevenção, falar sobre isto, de conversar. É muito difícil tratar claramente com relação ao abuso sexual intrafamiliar, porque ela é muito refratária, **as pessoas não querem falar sobre isto**. [...] Sem contar que essas questões envolvem questões de tráfico de drogas, pessoas que estão na vila em questões mais delicadas e acabam se envolvendo com situação de tráfico, **aí fica mais complexo ainda denunciar estes casos. E muito menos abordar essa temática na ótica preventiva**.

O *“medo e a impotência”* aparecem aqui atrelados a percepção de que a violência intrafamiliar é um assunto sobre o qual *“as pessoas não querem falar”* e a compreensão de que a dinâmica de violência dos territórios favorece a retaliação contra as profissionais, reforçando novamente a inviabilidade da *“denúncia”*. A impossibilidade de abordar essa temática e denunciar se associa ao perigo do território. Famílias que possuem ligações com o tráfico de drogas produziram um efeito de silenciamento nas denúncias e notificações, dificultando, portanto, a intervenção nos contextos de violência sexual contra crianças e adolescentes:

[Pesquisadora]: No atendimento às violências intrafamiliares, o que dificulta mais?

[Assistente Social – CREAS]: Porque muitas vezes o abusador quando é padrasto de um, pai de outro, começa aí a dificuldade. É provedor, também é uma dificuldade para a família. Tem envolvimento com o tráfico, **outra dificuldade para nós também enquanto trabalhador é fazer a intervenção, porque sempre existe uma ameaça velada na questão da violência.**

Algumas regiões do município de Porto Alegre convivem com a disputa entre facções que operam o tráfico de drogas, o que mobiliza a maneira como os serviços de base territorial se organizam e que, muitas vezes, reflete nas situações de violência atendidas por estes. Há situações em que meninas são violentadas e, por vezes, assassinadas, como forma de intimidação, por exemplo. É como se ao ameaçar o corpo de uma mulher (ou menina) se transmitisse uma mensagem de poder e humilhação para os homens inimigos e para toda a sociedade, assim também a necessidade de ocultamento dessas situações uma vez que elas expõem a desonra masculina e a sua incapacidade de proteção das “suas mulheres” (ARIÑO, 2010; MINAYO, 2006; SEIFERT, 1993). A violência sexual foi amplamente utilizada como arma de guerra ao longo da história dos conflitos em âmbito mundial e também são utilizadas como instrumento de castigo e subjugação, a exemplo do que ocorre nos presídios (DESLANDES; MENDES, 2017). Em trabalho que analisou inquéritos policiais acerca de feminicídios ocorridos no município de Porto Alegre no período de 2006 a 2010, Meneghel e Margarites (2017) encontraram dez execuções relacionadas ao tráfico de drogas. Nestes casos estavam presentes situações de demonstração de autoridade e punição pela quebra das hierarquias de gênero. Além disso, entre as mulheres assassinadas, havia uma líder comunitária que sofreu também violência sexual, o motivo seria a sua oposição em relação às atividades do tráfico de drogas na região. As trabalhadoras relatam a insegurança de agir frente a estas situações presentes no território:

[Pesquisadora]: O que tu observa, das famílias que passam por essas situações [de violência], na comunidade em que estão inseridas?

[Médica - atenção básica]: [...] Tive um caso agora, recente, que não foi agressão sexual mas é um filho que está com um surto de mania descontrolado [...] Ele estava na frente da unidade enquanto ela estava consultando, passou por ele e ele disse: Se tu falar alguma coisa de mim, vou destruir a tua vida, vou acabar contigo. Então lidar com os agressores também **a gente não recebe orientação alguma. Fica meio cada um por**

si, se tu te importa e tenta ir atrás, ótimo para o paciente, mas se tu não faz muita questão, **ninguém vai fazer nada em relação a isso.**

Este trecho: “*Ninguém vai fazer nada quanto a isso*” e “*Fica meio cada um por si*” explicita novamente a percepção de desamparo das trabalhadoras em relação ao modo como devem lidar com as ameaças sofridas no contexto do trabalho. Ou seja, o medo, a impotência e a insegurança se relacionam a violência percebida no território, mas, sobretudo, com a impressão de que elas não têm respaldo ou garantia para enfrentar as ameaças (nem sempre veladas) que sofrem. Outra razão para que as trabalhadoras se sintam ameaçadas se expressa em ocorrências que incluem figuras de autoridade, como integrantes das forças policiais ou mesmo autoridades religiosas que exercem influência nas comunidades:

[Médica – atenção básica]: Um colega meu teve um caso de um pastor que abusava de uma adolescente, ele atendeu essa adolescente e no outro dia, casualmente atendeu a esposa do pastor. E se juntou as histórias. Teve todo um cuidado de não agendar as pessoas num mesmo horário quando isso acontece. Os agressores, é bem complicado, **a gente fica com medo também. Porque ali na [nome de uma região do bairro] é uma população extremamente carente, extremamente agressiva, tu acaba ficando com medo de fazer alguma coisa mais ativa e ele descobrir e fazerem uma retaliação na unidade. Essa questão da segurança é uma coisa bem difícil.**

O “medo” se associa ao modo como a região e a população do território são percebidas: “*extremamente carente, extremamente agressiva*”. Enquanto a trabalhadora, as equipes e as unidades aparecem como vulneráveis a uma retaliação. Evidentemente o controle exercido pelo tráfico nas comunidades influencia o cotidiano dos serviços na medida em que também estabelece conjuntos de regras sociais e modos de convivência, porém, há neste repertório também um modo de retratar as pessoas que habitam as comunidades e que acessam os serviços de maneira estigmatizada como sendo uma população potencialmente perigosa. O silenciamento, torna-se assim um mecanismo de defesa contra as possíveis ameaças. A política de drogas no Brasil e a semântica de guerra que é imposta nas comunidades como modo de relação entre o Estado e os moradores é atravessada pelo racismo e pelo desmantelamento das políticas públicas e sociais, fazendo com que o entrecruzamento de diversas violências se manifeste nessas localidades de maneira mais evidente (MARTINS, 2021).

O silenciamento é um aspecto comumente relacionado aos episódios de violência sexual contra crianças e adolescentes. Von Hohendorff e Patias (2017) explicam que os mecanismos de barganha, chantagem, ameaças, a ambivalência sobre o comportamento do agressor, além de aspectos sociais como a falta de credibilidade dos adultos sobre os relatos das crianças, podem ser fatores que contribuem para que se estabeleça o silenciamento das vítimas. Esse silenciamento acaba por se reproduzir entre as famílias, comunidades e até mesmo entre os serviços. Porém, o silêncio quando perpetuado por profissionais de saúde, assistência, segurança, educação, etc. pode ser considerado enquanto omissão, assim como é também uma omissão quando gestores das políticas não proporcionam condições de segurança para que as equipes consigam não silenciar frente aos relatos de violências.

O papel dos profissionais que fazem parte da rede de enfrentamento não deve restringir-se às funções de denúncia e notificação, Deslandes e Barcinski (2010) sugerem que a relação entre os profissionais e as famílias deve ir além da identificação da autoria das violências e do tratamento das vítimas procurando intervir no contexto familiar de forma a resgatar potencialidades e laços de cuidado. Desta forma, a inclusão de outros atores, para além da vítima e do (a) agressor (a) pode auxiliar no processo de atendimento e de intervenção, com a ênfase no cuidado e não apenas na punição dos responsáveis, ampliando o papel do profissional para além do aspecto de denúncia. Por outro lado, os serviços falham ao não colaborar para que as equipes se sintam mais amparadas e seguras ao desempenharem suas funções. Ao se ausentarem dessas responsabilidades e tornarem a competência do enfrentamento às situações de violência um encargo individual de cada trabalhador (a), gestão e serviços contribuem para a manutenção das situações de violência sexual contra crianças e adolescentes.

O medo, e, sobretudo, a impotência também se fazem presente quando as entrevistadas são questionadas a respeito da sua relação com o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes. O termo “*sofrimento*” também apareceu com frequência nos relatos:

[Pesquisadora]: E como é para ti, trabalhar com o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes?

[Assistente Social - CREAS]: É um trabalho que causa **sofrimento** aos trabalhadores. A gente tem uma rotatividade, inclusive de servidores nos

CREAS, muito em função dessa demanda. **É uma demanda que causa sim sofrimento nas famílias e acaba causando sofrimento nos próprios trabalhadores. São situações bem difíceis e ela é muito recorrente e banalizada nas nossas comunidades.**

[Médica – CRAI]: Porque trabalhar com violência não é fácil, **também nos agride**

O excerto acima apresenta um olhar das trabalhadoras para os efeitos produzidos pelo encontro com as situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Ela identifica o sofrimento dos trabalhadores ao sofrimento das famílias. Para a assistente social esse seria um dos motivos para a alta rotatividade entre as equipes do serviço. Neste repertório o território é descrito como o lugar do risco, do tráfico e da violência banalizada, produtor de sofrimento e medo. Quem iria querer ficar em um lugar assim? Campos *et al.* (2014, p. 24) trabalhando com conceitos da psicanálise e da saúde coletiva, analisam que:

Ser um trabalhador da saúde, do serviço público, acreditar no valor positivo do próprio trabalho, constituem funções estruturantes da subjetividade e ajudam a suportar o mal-estar que deriva das tarefas coletivas, mal-estar em certa medida inevitável, segundo Freud.

Quando acreditar no valor positivo do seu trabalho é impossibilitado pelas condições de exercício deste, as equipes passariam a utilizar estratégias defensivas com o objetivo de atenuar o sofrimento psíquico. Recorrer excessivamente à burocratização seria uma destas estratégias, assim como a somatização, a ideologização ou o desenvolvimento de estados passionais. A identificação com as populações atendidas, a percepção da carência das comunidades e de sua desvalorização em relação ao poder público poderiam produzir alguns destes sintomas institucionais.

O caráter de repetição e recorrência também se presentificam. Esta repetição pode acabar por tornar os casos generalizáveis, fazendo perder de vista as singularidades das famílias em suas dinâmicas e histórias. Segundo Deslandes e Mendes (2017, p. 416): “Os profissionais reconhecem que o vínculo é importante, mas que esse tipo de atendimento gera-lhes muito sofrimento psíquico, e não há rotinas de suporte técnico e emocional para eles.” Uma das formas de evitar o medo e a impotência diante dessas situações é utilizar uma estratégia que foi nomeada enquanto “síndrome da negação” por uma das entrevistadas:

[Promotora - MPRS]: E é justificável porque os profissionais também tem a **síndrome da negação**, trabalhar com a violência sexual é muito dolorido, muito difícil. Então a ideia é que bom, **isso não acontece nos meus plantões, isto não acontece na minha profissão, isto não acontece na minha casa**. Esse sintoma da negação é uma coisa muito peculiar entre os profissionais [...] **eu não quero saber uma coisa que não sei como enfrentar**.

A fala da promotora explicita algo que é mencionado também em outras entrevistas, algo que seria um outro sintoma das equipes. Por força dessas dificuldades em lidar com o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes, haveria resistência em abordar essas questões junto às famílias e junto às crianças e adolescentes, dando a falsa impressão de que em seus territórios ou serviços não apareceriam casos de violência. É interessante que a promotora relacione esse sintoma ao silenciamento e negação das famílias, como se institucionalmente houvesse uma repetição daquilo que ocorre no ambiente doméstico.

Este não reconhecimento - *“não quero saber sobre aquilo que não sei enfrentar”* – também aparece sob a forma de não assumir as situações de violência enquanto problemas pertencentes ao seu campo de atuação, sendo assim um problema que é responsabilidade sempre de outro lugar, outro setor. O desamparo, a impotência, o medo, a insuficiência de capacitação e a falta de recursos humanos que foram recorrentes enquanto justificativas para a dificuldade de abordar ou intervir nas situações de violência somam-se a percepção do território enquanto lugar da violência banalizada e do risco. Outro sintoma institucional que se desdobra a partir deste cenário é a excessiva burocratização, influenciando na compreensão das equipes de que questionar sobre o tema da violência não pertence às suas atribuições quando não mencionadas explicitamente na queixa dos usuários e usuárias dos serviços (CARLOS; PÁDUA; FERRIANI, 2017).

Há necessidade de ampliar as discussões a respeito dos espaços intersetoriais e os significados do cuidado no âmbito do tema da violência, neste caso, especificamente com relação às violências sexuais contra crianças e adolescentes. Individualmente, caso a caso, não iremos resolver a ocorrência das violências sexuais por suas raízes profundamente estruturais e estruturantes da sociedade, isso não significa, no entanto, que podemos nos desresponsabilizar diante da necessidade de intervenção. O repertório do medo e da impotência também funciona como um modo de paralisar e de se abster do envolvimento com

as situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Reconhecer os limites das nossas atuações não significa renunciar às nossas responsabilidades e nem reduzir o valor do trabalho diário, mas entender que é preciso muito mais atenção aos fenômenos que contribuem com o aumento da vulnerabilidade às violências, ao efeito destas nas comunidades e nos próprios serviços e trabalhadores. A negação da violência ao se repetir institucionalmente implica necessariamente o fortalecimento de um sistema que nega a crianças e adolescentes sua condição de cidadania.

O repertório do medo e da impotência inclui a expectativa de que em algum lugar outro, alguém terá a capacitação, o treinamento e a especialização suficientes para resolver essas situações que não estão sendo resolvidas no local do atendimento ou para a qual o setor “não tem responsabilidade”. Repete-se aqui uma construção presente também no repertório do encaminhamento: a ideia de que há um lugar específico onde as situações de violência devem ser tratadas:

[Pequisadora]: No teu ponto de vista, quais são as principais dificuldades em relação aos atendimentos, dificuldades dos serviços, em relação ao atendimento no enfrentamento às violências sexuais?

[Médica - CRAI]: Este momento nossa principal dificuldade é a falta de técnicos. Acaba que a gente tem que ‘se virar nos 30’ mesmo para poder dar conta. **Sobrecarrega muito o serviço porque trabalhar com violência é desgastante, a gente procura obviamente fazer o nosso melhor, mas são seres humanos que se mobilizam com aquelas situações que a gente vive e ouve, que são situações de muito sofrimento, de muita negligência, muita vulnerabilidade.** [...] Então eu diria que uma das nossas dificuldades, é isso, a gente consegue fazer o encaminhamento, mas seria muito melhor que o pós-encaminhamento fosse mais rápido por conta da situação. **Então, nossa maior angústia, dependendo do caso, é quanto tempo vai levar para o paciente ter o atendimento em saúde mental?**

A entrevistada descreve a sobrecarga em atender as demandas do serviço a partir daquilo que é mobilizado subjetivamente pela temática, ou seja, pelos aspectos de sofrimento, negligência e vulnerabilidade identificados. Por outro lado, a outra angústia mencionada como sendo “*a nossa maior angústia*” é com relação a demora para o atendimento na saúde mental. Embora os casos encaminhados pelo CRAI tenham prioridade no acolhimento na rede, ainda assim, há um lapso no sistema de encaminhamento que pode ser de mais de um ano, a depender do caso. Essas práticas de encaminhamento que acontecem sem que a segurança ou

proteção das vítimas tenha sido assegurada pode propiciar a manutenção das situações de violência (MENEHEL *et al.*, 2011).

Ao se falar sobre as práticas de cuidado para as quais são encaminhados os casos, são mencionadas principalmente a atenção às famílias, que inclui grupos de familiares e orientações individuais e o atendimento individual às crianças e adolescentes, compreendido principalmente como uma atribuição dos serviços de saúde mental e do psicólogo no âmbito das políticas de assistência. Essa expectativa em favor do cuidado individualizado remete à discussão em torno da medicalização da vida ou psicologização do cotidiano (SCOBERTATTI, 2018). Medicalização é um termo que abrange a transformação de experiências conflitantes da vida em objeto do campo da saúde, tornando questões que tem suas raízes em desigualdades sociais, por exemplo, objeto de domínio da prática e dos saberes médicos (FREITAS; AMARANTE, 2017), em sua tese de doutorado, Scobertatti (2018) propõe pensar o termo em relação aos campos que constituem através de suas tecnologias de saber-poder, ferramentas de normalização e vigilância, incluindo a psicologia, a pedagogia e o sistema penal e judiciário, por exemplo.

O discurso a respeito da importância do cuidado em saúde mental e sua associação ao tratamento psicológico ou psiquiátrico (individualizado) é corroborado pela maneira como o assunto tem sido abordado pela mídia e pelas redes sociais, a exemplo de campanhas como “Setembro Amarelo” que enfatizam o caráter medicalizante e não se propõem a discutir o quanto a falta de investimentos na rede pública de saúde e educação, o desemprego e as inequidades são fatores relevantes para a prevenção de suicídios e outras violências. A ausência de profissionais para o atendimento em saúde mental em Porto Alegre também é matéria veiculada na mídia local cuja manchete dá ênfase para a fila de 2,9 mil pessoas aguardando atendimento “psicológico” na capital (GZH, 2021). Ao longo da reportagem são citados o papel da Atenção Básica e dos CAPS, porém, conforme o título já antecipa, a justificativa para a fila é a falta de profissionais psicólogos e psiquiatras, e uma das soluções apresentadas é a ampliação de serviços de psicoterapia mais acessíveis e localizados no território, organizados por movimentos sociais e não pelo poder público. Estas iniciativas, exemplificam como o cuidado em saúde mental é tomado a partir da perspectiva do tratamento individualizado e da psicologização. Meneghel *et al.* (2011) ressalta que essa concepção que toma a violência enquanto processo individual de adoecimento e que direciona as vítimas e

agressores a tratamento sem que haja uma responsabilização ou uma preocupação em assegurar a proteção dessas pessoas pode expor as vítimas a violências adicionais, dificultando novas tentativas de reiniciar o processo de rompimento com as situações.

Obviamente, existem efeitos importantes na saúde e nos comportamento das pessoas que vivenciam situações de violência que não devem ser negligenciados ou desprezados, porém, a ênfase excessiva na individualização do tratamento tem reduzido o debate acerca do que estamos produzindo enquanto oferta de cuidado e como temos pensado a violência, transformando questões coletivas em questões individuais (SCOBERNATTI, 2018, p. 52) incluindo a responsabilização individual das trabalhadoras, mencionada em suas falas que situam a impotência e o medo, em detrimento à responsabilização das instituições, dos gestores e governantes que, de alguma forma, não tem oferecido respostas contundentes ao enfrentamento das violências sexuais contra crianças e adolescentes.

[Pesquisadora]: Que outras ações de prevenção e proteção tu achas que seriam importantes para ter uma efetividade maior no atendimento a essas situações?

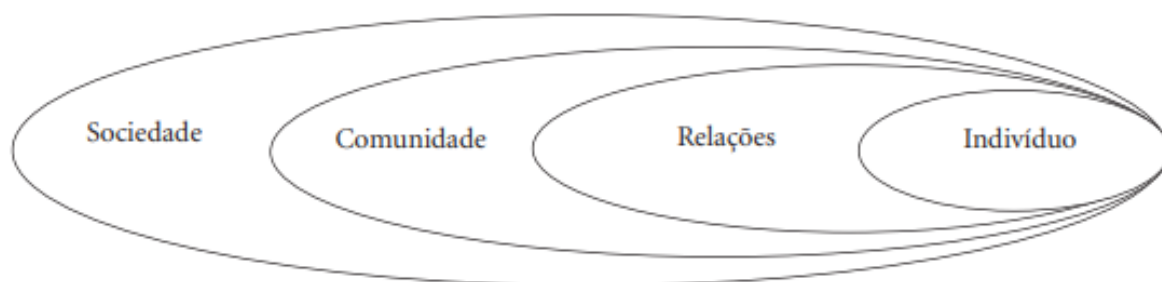
[Assistente Social – EESCA]: Bom, o que vou te dizer, é um pouco óbvio porque primeiro tem que ter recursos humanos. [...] Então, a primeira coisa, até as coisas estão organizadas da maneira que deve ser, não acho que precisaria ter uma coisa muito diferente. Só que tem que ter gente para atender em primeiro lugar. Para não ficar assim, a pessoa saiu do CRAI, dez meses depois chega aqui. Tinha que ser **uma coisa mais concatenada**. Tu imagina que diferença faria, a família teve de se organizar no tranco nesses dez meses, quando chega aqui, deu o jeito dela. [...] Que diferença teria, não digo nem que a criança entraria necessariamente no atendimento psicológico. Mas que diferença teria o acompanhamento da família toda, da criança e da família, se fosse uma coisa bem **concatenada**. [...] **Que é uma problemática que precisa de treinamento mesmo, porque as pessoas podem vir, um psiquiatra, assistente social, psicólogo, mas é um assunto superdifícil e as pessoas têm muita dificuldade de atender, eu acho. Porque mexe muito, principalmente com essa abordagem que estou te dizendo, eu vou atrás desse guri, o que está acontecendo com esse guri?**

A assistente social destaca a insuficiência de recursos humanos para dar conta dos encaminhamentos realizados, porém, em seguida também pondera que apenas a inserção de novos profissionais não resolve a questão, uma vez que falta “*concatenação*” entre as políticas e, também “*porque as pessoas têm muita dificuldade de atender*” independente de suas formações profissionais. Ou seja, mesmo com a ampliação das equipes ainda é preciso compreender e atuar em

relação à dificuldade de atender a complexidade desses casos. A ampliação dos espaços de atendimento não é suficiente para resolver as demandas ocasionadas pela violência em suas mais diversas manifestações ainda que não deva ser desconsiderada, bem como o fortalecimento das políticas sociais que passa pelo vínculo e condições oferecidas aos trabalhadores da saúde. A discussão acerca dos fatores que estão incluídos nos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes também é fundamental para romper com o modelo de atendimento que fragmenta a assistência aos sujeitos.

O modelo ecológico, apresentado na figura 1, para a compreensão da violência (DAHLBERG; KRUG, 2006) ilustra a interação entre diversos fatores que colaboram para a ocorrência das violências, é uma forma de visualizar as múltiplas causas que se estabelecem desde os níveis mais amplos sociais e comunitários como as condições econômicas, estruturais e as normas culturais, até os mais individuais como o uso abusivo de substâncias psicoativas e os comportamentos impulsivos.

Figura 1- Modelo Ecológico para compreender a violência



Fonte: Extraído de Dahlberg e Krug (2006).

Se pensamos que as causas das violências e suas formas de manifestação são múltiplas é preciso que os modos de cuidado se interrelacionem através de todos os níveis em que estão localizados esses fatores e que a atuação não esteja restrita somente ao nível individual a fim de fornecermos respostas mais eficazes para a superação das violências. Para Minayo e Souza (1999, p. 13) a prevenção das violências deve considerar as especificidades históricas e culturais, sob pena de produzirmos respostas ingênuas, inócuas ou voluntaristas, isso significa olhar para

as questões macroestruturais e, no caso das violências sexuais contra crianças e adolescentes, considerar principalmente as questões de gênero, questões raciais e as questões econômicas sobre as quais os sistemas de proteção e garantia de direitos foram produzidos, bem como os vieses moralizantes e normativos que estruturam a atuação destas políticas com relação às populações atendidas.

Durante as entrevistas chamou a minha atenção que o reconhecimento sobre a dificuldade de atender as situações de violência sexual contra crianças e adolescentes veio acompanhado de uma suposição de que existam pessoas e equipes que estão de tal modo especializadas e capacitadas para lidar com o tema que para estas as mesmas dificuldades não estariam colocadas. Porém, as falas das trabalhadoras pertencentes as chamadas “equipes especializadas” nos permitem observar que essa suposição não condiz com a realidade e que a especialização e capacitação não reduzem os sentimentos de desamparo, medo e impotência na experiência cotidiana de atendimento a essas situações.

5.3 “Mãe tem que ser protetora”: o repertório da “culpa da mãe”

As entrevistas, mostram que o foco das políticas para o atendimento das violências sexuais é intrafamiliar. Nas respostas houve poucas menções ao atendimento de outras situações, tais como a exploração sexual, violências cometidas por pessoas desconhecidas, em relacionamentos íntimos, ou mesmo nas escolas. Os indicadores também seguem apontando a relevância das violências intrafamiliares (FBSP, 2021; IBGE, 2021) como objeto de atenção, embora esses indicadores sejam construídos com os dados das denúncias e notificações.

Verifica-se atualmente uma ampliação do discurso governamental acerca do núcleo familiar “tradicional” (leia-se: composto por mãe, pai e filhos, em um evidente apagamento de outros arranjos familiares) que fomenta a centralidade da família como mediadora das relações de crianças e adolescentes com a sociedade. Desta forma, viemos observando conflitos em relação a defesa de uma suposta autonomia da família na educação formal dos filhos por meio da vigilância aos currículos e aos professores, também com o projeto de lei que trata da viabilização do chamado *homeschooling*, até propostas de políticas de saúde de viés conservador destinadas às crianças e adolescentes, como a defesa de campanhas que tenham como mote a “abstinência sexual” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020). A proteção da

“família tradicional brasileira”, uma bandeira conservadora que ganhou ênfase nos últimos anos, tem sido um argumento utilizado para atacar políticas de equidade de gênero e fortalecer o estigma de um modelo único e aceitável de família.

Ao mesmo tempo há um desinvestimento nas políticas públicas e nos programas sociais que garantiriam melhores condições de acesso aos serviços, assistência e subsistência. O relatório do Balanço Semestral do Orçamento Geral da União demonstra que houve desinvestimento do governo federal nas políticas voltadas à infância e adolescência (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2021) com priorização do programa “Criança Feliz” que mesmo assim executou apenas cerca de 36% do orçamento destinado. O programa é direcionado ao desenvolvimento da primeira infância e tem como foco as visitas domiciliares e a integração das políticas de atenção no território. Ou seja, se, por um lado, o diagnóstico é de que haja necessidade de atentar para as violências que ocorrem no meio familiar, por outro lado, o discurso governamental e a falta de investimento levam a considerar que a família deve ser responsabilizada integralmente pelo cuidado de crianças e adolescentes, com pouca participação do Estado no que diz respeito à assistência, saúde e educação.

Com a emergência da pandemia, o fechamento necessário das escolas e as dificuldades impostas pela crise econômica, se observou o agravamento das condições de conflito que fragilizam as relações familiares e uma dificuldade maior de encontrar auxílio para quem está submetido a um cotidiano doméstico violento. Estudo realizado no estado do RS identificou o aumento da subnotificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes (LEWANDOWSKI *et al.* 2020) considerando o período de 2015-2020. Enquanto nos anos anteriores observou-se o aumento no número de notificações, em 2020 houve uma redução de cerca de 70% nas notificações entre o período de março a abril, embora estudos internacionais apontem para o aumento das violências domésticas em períodos de grandes crises ou desastres. Não há evidências de que a violência tenha diminuído, mas sim, de que o acesso aos espaços onde primeiramente a identificação, revelação ou denúncia da violência contra crianças e adolescentes ocorre, não se encontravam em condições de receber tais situações. Também durante o período da pandemia, uma em cada quatro mulheres brasileiras acima de 16 anos afirma ter sofrido algum tipo de violência (BUENO *et al.*, 2021), 44% dessas mulheres não procurou ajuda.

As violências de gênero contra a mulher se relacionam intimamente com as violências sexuais praticadas contra crianças e adolescentes. Para além da identificação das ocorrências serem mais amplamente informadas pelas meninas, a violência sexual tem sido utilizada enquanto estratégia de domesticação e subordinação dos corpos femininos ou feminizados pela própria violência (DESLANDES; MENDES, 2017; SEIFERT, 1993; SEGATO, 2003). Para crianças, adolescentes e mulheres, o ambiente doméstico continua sendo o ambiente de maior risco.

Sendo assim, uma das questões dirigidas às entrevistadas foi a respeito da abordagem do tema da violência sexual com as crianças, adolescentes e suas famílias. A partir do conjunto de respostas, nomeei este repertório interpretativo como “**culpa da mãe**”. O questionamento foi respondido tendo como foco as dificuldades na intervenção com as mães, consideradas as responsáveis integrais nos atendimentos às famílias. Houve apenas uma notável exceção em que foi mencionado outro nível de parentesco.

[Pesquisadora]: Como é trabalhar com esse tema com as crianças, adolescentes e suas famílias?

[Psicóloga - EESCA 02]: Acho que as crianças elas têm, se a gente consegue falar com elas junto, elas têm uma capacidade de abordar que a gente fica mais chocadas. As famílias se abalam muito. O problema maior é quando tem algo para além disso. Não estou dizendo que não é problema, imagina, claro que é a violência sexual, enfim. **Às vezes é uma violência sexual que a mãe sabia e nunca fez nada, isto é complicado[...]**

[Médica - CRAI]: Na verdade, eu não sei se existem dificuldades, porque a gente atende famílias tão negligentes. Na verdade, tu dizer para uma mãe que conheceu uma pessoa há um mês, quinze dias, que está morando com ela, cuidando os filhos dela e essa pessoa também está agredindo, claro que é difícil, mas ao mesmo tempo, não sei, faz parte do nosso papel. Tem situações que tu vai abordar com cuidado, porque tu está vendo uma mãe por exemplo, que é muito vulnerável emocionalmente, que tu tem que conversar, explicar. Tem mães que não acreditam [...] A gente tem que trabalhar isso nessa mãe, mostrar para ela que a criança não mente, que a criança está sofrendo, que a gente entende que é difícil para ela mas que neste momento o papel de proteção é o mais importante. Que ela tem que ser protetora.

[Promotora - MPRS]: Para mim quando a questão é intrafamiliar, o afastamento do abusador da criança. Porque às vezes é o pai, às vezes é o companheiro da mãe da criança, daí ela fica no conflito, às vezes ele é o provedor, daí vai se vai se separar dele, são eles que tem que sair, a mãe com os filhos, com a prole, porque a casa é do abusador. A coisa fica tão velada porque tem uma questão estrutural que envolve a família inteira se mexer naquilo ali. Às vezes as mães fecham os olhos para certas coisas que estão vendo, porque elas não têm muita saída. E tem essa questão

também que te falei que é uma violência cultural. De achar que aquilo é normal, porque ela já passou e achar que a filha vai passar.

Entre os termos destacados observa-se como as expectativas em torno da responsabilidade e do cuidado materno são prioritariamente referidas quando o questionamento é em relação à abordagem familiar. No repertório se qualifica a mãe por “*saber e não fazer nada*”, por “*não ser protetora*” ou por “*fechar os olhos*”. Há ainda a menção à negligência familiar e o exemplo de uma mãe em um relacionamento recente. A pessoa “*estranha*” dentro de casa é descrita como um perigo para crianças e adolescentes e, quinze dias, um mês, não seria um período suficiente para garantir que as crianças não sejam agredidas.

Badinter (1985) já afirmava que embora seja admissível que a maternidade não pertença ao domínio do instinto, ainda assim as ilusões acerca da força e da indissolubilidade do amor materno se mantêm quase que intocáveis no imaginário social, seja porque questionar o amor materno nos atinja diretamente, seja porque a noção do amor materno em muito contribua para a manutenção das estruturas de opressão tornando as mulheres as únicas responsáveis pelas tarefas do cuidado de acordo com as normas de gênero (AZEVEDO; GUERRA, 1988; NARVAZ; KOLLER, 2006; SCOTT, 2019). Percebe-se que, embora os discursos e as lutas feministas tenham avançado, implicitamente os discursos materializam as estereotipadas concepções de gênero e família que atravessam as práticas nos locais de atendimento. Na fala exercida dentro das instituições de cuidado há esse esforço em se relacionar “a maternidade com um exercício de abnegação, doação e quase santidade” (SELL, 2012, p. 167).

A respeito do silenciamento de mulheres frente às violências intrafamiliares, Saffioti (2015) destaca a percepção da inevitabilidade de sofrer violência sexual em razão da condição feminina por parte de algumas dessas mães e da pretensa incontrollabilidade da sexualidade masculina, aspecto que pode ser identificado no excerto da promotora que refere: “*E tem essa questão também que te falei que é uma violência cultural. De achar que aquilo é normal, porque ela já passou e achar que a filha vai passar*”. O “cultural” está associado a como essas mães estão submetidas a processos de violência que se repetem, porém o contexto cultural não surge ao acaso. Considerar as diferenças enquanto “culturais”, porém, irreduzíveis, pode ser uma forma distorcida de reproduzir o essencialismo que as coloca

enquanto “naturais”, ou seja, como se houvesse uma impossibilidade de modificá-las (MIGUEL, 2014; PIERUCCI, 1999). A cultura é normatizada também pelas instituições (ALMEIDA, 2021) e para que esta se modifique é preciso que as estruturas que conformam as instituições sejam modificadas. A naturalização com que se reproduz a aceitabilidade de um comportamento sexual masculino enquanto incontrolável e a inevitabilidade da violência sexual, bem como a culpabilização das mulheres pelos abusos sofridos caracterizam a chamada “cultura do estupro” (GIUGLIANI *et. al*, 2021). Para além de um impulso sexual incontrolável masculino, o estupro constitui uma expressão de raiva, violência e dominação, tendo como objetivo fim a degradação, humilhação e subjugação (SEIFERT, 1993).

As próprias políticas também operam com a perpetuação da ordem patriarcal ao centrarem suas críticas a respeito das dificuldades de atendimento com as famílias em um suposto descuido ou negligência maternos. A estranheza com que se toma a mãe “*que não cuida*” ou “*que não denuncia*” explicita o que se espera delas e causa uma atrapalhação às intervenções das equipes. Elas são vistas exclusivamente como mães e desconsideradas de sua constituição de um sujeito singular. Crianças e adolescentes são tomados apenas na condição de “filhos” e não de cidadãos, sujeitos de direito. Assim como o homem é citado enquanto “agressor”, “provedor” ou “companheiro da mãe”, porém, muito pouco reivindicado enquanto “pai”.

Por outro lado, o termo negligência é um termo a ser mais bem compreendido, uma vez que é amplamente associado às famílias pobres e contextos em que crianças e adolescentes não recebem os cuidados considerados adequados sem que para isso se analise se as famílias possuem as condições para fornecer tais cuidados (FONSECA, 2018; MATA, SILVEIRA; DESLANDES, 2017; MINAYO, 2001) compreendendo-se que as práticas de cuidado não são universais e que há limites impostos às famílias. Apesar de que o lar seja o local mais apontado na prática de negligências, elas não são exclusividade das famílias, sendo perpetradas também pelo Estado e pelas instituições que se omitem no desrespeito sistemático aos direitos de crianças e adolescentes. Da mesma forma, a negligência raramente é considerada uma questão a ser analisada em contextos de famílias de classe média ou alta.

A repetição, ou a transgeracionalidade também é um aspecto bastante ressaltado pelas trabalhadoras em relação às dificuldades de abordar o tema da violência sexual com as famílias:

[Pesquisadora]: Como é trabalhar com esse tema com as crianças, adolescentes e suas famílias?

[Assistente Social – CREAS]: Uma coisa legal que a gente tem como fazer são as reuniões coletivas. A gente pode falar com um grupo de famílias sobre uma temática. O ambiente traz isso. Alguns conseguem lidar com isto, até apontam que conhecem, que já passaram. Mas a maioria fala de exemplos de outra pessoa, que foi com outro, não conseguem assumir que tem sofrimento e precisa trabalhar com isto, seria bom se trabalhasse com isto. **A maioria que admite que aconteceu consigo mesmo, tem alguma coisa que leva a repetir com os próprios filhos. Traz uma suspeita de abuso da filha, na história desta mulher tem uma situação de abuso com ela na infância.** É difícil abordar o tema mas não é impossível, a gente já fez isso e foi muito interessante. **Surgiram todas as situações. Todas as situações, aquela que traz a história para contar, aquela que é que admite que aconteceu algo consigo, aquela que é protetora, faz de tudo para que não aconteça com sua filha.** Mas ninguém fica indiferente.

Na fala da assistente social aparece sua perspectiva com relação às possibilidades de intervenção em grupos de familiares. Em destaque novamente a menção exclusiva às mães como participantes desses grupos e sua reflexão acerca do modo como são complexas as reações à abordagem do tema e a diferenciação entre a mãe que *“traz sua história para contar”*, *“admite que aconteceu algo consigo”*, *“que é protetora”*, *“faz de tudo para que não aconteça com sua filha”*, ou seja, a mãe que cumpre com as normas relegadas à sua função na sociedade. Segundo Narvaz e Koller (2006) é comum observar em famílias violentas uma forte adesão aos estereótipos e hierarquias de gênero e a experiência de conviver com esses padrões desde a infância torna natural a subserviência ao masculino e o silenciamento por parte do feminino, assim como, a violência, que além de vista como normal, pode ser inclusive, esperada. É como se houvesse um pacto de silêncio constituído em torno da violência, que atravessasse as gerações (ARAÚJO, 2002) e preservasse a honra do agressor (FALEIROS, 2009).

A transgeracionalidade então, não diz respeito a inevitabilidade da violência, mas a transmissão de valores e preconceitos em relação ao comportamento de homens e mulheres na hierarquia familiar que promovem a continuidade de uma estrutura de opressão. O sistema sexo-gênero se materializa a partir da construção socio-cultural e também de um aparato semiótico que atribui valor, prestígio, status,

identidade e outros atributos para indivíduos dentro da sociedade (LAURENTIS, 2019) sendo replicado no interior das famílias e das instituições.

Mães nem sempre são protetoras como culturalmente se espera e, nem sempre são as responsáveis pelos cuidados na criação das crianças e adolescentes que podem estar em diferentes configurações familiares. Novamente entra em cena uma visão unívoca e ideológica das mães e das famílias. Justamente por, na prática, não podermos inferir que as famílias (incluindo as mães) estejam adequadas ao que é preconizado pelo ECA e pelas demais legislações, que é necessário existir um aparato, uma rede de apoio e acolhimento suficientes para dar conta de atender crianças e adolescentes em seus direitos enquanto cidadãos, mesmo que sua cidadania seja tutelada. Também chama a atenção o fato de que não houve menções a outros níveis de parentesco. Há que se considerar o isolamento dessas mães que comparecem aos serviços com seus filhos e como se dá o acesso de crianças e adolescentes que são criados por outros familiares. Por algum motivo há uma lacuna sobre essas situações, tendo sido mencionada apenas uma história em que a responsabilidade pelo cuidado nos serviços era da irmã mais velha, que assume o lugar da mãe após o falecimento desta, mesmo sem ter laços consistentes com os irmãos menores.

No que diz respeito às mães, alguns fatores colaboram para que elas tenham maior ou menor capacidade de proteção dos filhos: a relação com as suas próprias experiências de afeto, sua rede de apoio social-econômica, suas próprias representações acerca da maternidade e do gênero, bem como o vínculo constituído com seus filhos, por exemplo. No entanto, no discurso corrente se reconhece uma norma em relação à qual as mulheres são chamadas a cumprir determinadas exigências relacionadas a “maternidade” como se esta fosse uma experiência uniforme. Ainda assim, na prática, suas vivências singularizam essas experiências, sem deixarem de exibir as marcas das normas sociais (MOREIRA; NARDI, 2009). A categoria “mãe” não pode ser tomada enquanto um grupo homogêneo, existem diferenças, mães que são imigrantes, mães racializadas, mães lésbicas, bissexuais, transgêneros, mães trabalhadoras do sexo, mães em situação de rua, mães encarceradas, mães religiosas, etc., uma multiplicidade que parece não estar contemplada pelas expectativas dos serviços em relação às suas possibilidades de oferecer cuidado e proteção.

Ao estudar os repertórios interpretativos de um grupo de mães, Moreira e Rasera (2010) destacaram quatro repertórios predominantes entre elas a respeito dos sentidos da maternidade, no entanto, entre todos eles aparecia a necessidade de que as mães se justificassem enquanto pessoas amorosas, moralmente positivas, responsáveis e esclarecidas. A necessidade de se entenderem enquanto mães que preenchem todos esses critérios, pode levar a dificuldade de assumirem e falarem sobre as violências que elas e seus filhos sofrem, justamente com o objetivo de não serem vistas como “mães que não cuidam”, isso também pode implicar em maior dificuldade para que elas identifiquem e aceitem a revelação das situações de violência sexual. A impossibilidade de cumprirem adequadamente o papel materno que lhes é atribuído pela sociedade causa culpa e a percepção de incapacidade (NARVAZ; KOLLER, 2006; SANTOUCY *et al.*, 2014).

Se observa no repertório da “culpa da mãe” uma tentativa de demonstrar compreensão acerca do lugar das mães de crianças e adolescentes que sofrem violências sexuais que, ao invés de alcançar o intento, traz ainda maior visibilidade para o quanto a responsabilidade e o julgamento a respeito da proteção ou não dos filhos segue sendo atribuído a elas. No trecho: “*Às vezes as mães fecham os olhos para certas coisas que estão vendo, porque elas não têm muita saída*” fica mais evidente essa relativa compaixão/compreensão acerca das mães que não denunciam as violências e uma pista para pensar que a construção de saídas dessas situações passa por escutar mais essas mães. Para as entrevistadas o motivo que as levaria a não denunciar as situações de violência sexual estaria relacionado à sua posição enquanto dependentes economicamente do agressor:

[Pesquisadora]: Como é trabalhar com esse tema com as crianças, adolescentes e suas famílias?

[Delegada]: Realmente é fazer com que essas famílias se conscientizem e tentem seguir um caminho diferente do que havia até então. Porque o que que acontece? A grande maioria que nos chegam ao nosso conhecimento, **a condição financeira dessas famílias dependem basicamente da remuneração desse marido, deste padrasto, deste companheiro, desta pessoa que está cometendo esse delito**. E não é incomum **as mulheres**, eu até já mencionei isso rapidamente, um exemplo, **as mulheres** ficarem na situação de **convivência com a violência por conta da necessidade que elas tem, também é cultural, mas com a necessidade do dinheiro que vem desta pessoa, do mantenedor**, digamos assim.

Em contrapartida, outros motivos podem ser considerados igualmente importantes: em um estudo com mulheres que denunciaram situações de violência

sexual intrafamiliar, Santoucy *et al.* (2014) referem que um dos dilemas enfrentados pelas mães é optar por acreditar na palavra das crianças/adolescentes frente a preocupação com a obtenção de provas suficientes que justifiquem a denúncia, considerando que as violências sexuais muitas vezes não produzem provas materiais para além do depoimento da vítima (SANTOS, 2010). De acordo com Habigzang *et al.* (2006) outros fatores ainda concorrem entre as dificuldades para que a denúncia ocorra: a falta de capacitação dos técnicos em obter o relato da vítima mesmo havendo indicadores evidentes da situação abusiva e o desconhecimento acerca de fatores de risco e dinâmica do abuso sexual, bem como a exigência por parte de juristas de provas físicas que confirmem a ocorrência do abuso, por exemplo.

O sistema jurídico também responde a um ordenamento elaborado e aplicado de acordo com as normas patriarcais e, nesse sentido, costuma reproduzir violência com as minorias sociais submetendo mulheres, crianças e adolescentes a revitimização, sobretudo quando estas estão inseridas em outros recortes sociais como raça ou classe social, duvidando de seus relatos, fazendo-as passar por inúmeras instâncias onde as suas histórias são repetidas à exaustão, entre outras práticas que constituem enodamentos das redes de enfrentamento. Portanto, denunciar significa também submeter-se voluntariamente a passar por um processo que as implica nesse sistema do qual desconfiam sem a garantia de que se encontrem respostas eficazes para a solução de seus conflitos e com a possibilidade do agravamento das situações a partir dos efeitos da passagem pelo sistema jurídico-penal (MARTINS, 2021; MENEGHEL *et al.*, 2011).

Ou seja, se bem que a dependência econômico-financeira seja um impeditivo para que as denúncias ocorram, outros elementos também influenciam na impossibilidade de tomada de decisão acerca de identificar e dar prosseguimento para as denúncias de violência sexual, inclusive elementos que apontam para questões institucionais como a maneira com que são recebidas e avaliadas as denúncias. Considerando os repertórios anteriores que destacam a fragmentação e morosidade da rede na continuidade do cuidado e as dificuldades em fornecer respostas para o atendimento às situações de violência relatadas pelas trabalhadoras é plausível pensar sobre como as mães (e, neste sentido as enfatizo por força do repertório interpretativo) se sentem de fato amparadas por essa rede a ponto de expor a elas e suas famílias.

Em uma abordagem familiar que inclua as vítimas e seus responsáveis na atenção às situações de violência sexual, é preciso considerar a ampliação do olhar para além da mãe e das práticas a serem desenvolvidas na atenção especializada. A atenção básica, a assistência social e a educação são núcleos onde podem ser desenvolvidos laços comunitários que tirem as crianças e adolescentes do isolamento e que contribuam para que outros adultos sejam integrados ao cuidado a partir da construção de uma relação de confiança e diálogo. A fala da assistente social dá pistas sobre isso:

[...] Uma coisa legal **que a gente tem como fazer** são as **reuniões coletivas**. A gente pode falar **com um grupo de famílias** sobre uma temática. O ambiente traz isso. Alguns conseguem lidar com isto, até apontam que conhecem, que já passaram.

A aposta no coletivo, não como forma de responsabilização ou culpabilização das mães, mas como forma de desenvolvimento de redes de apoio informais, fortalecimento, troca de saberes, pode ser importante instrumento para favorecer que ocorram as denúncias e o rompimento com situações de violência ao tirarem as “mães”, as crianças e adolescentes do isolamento, porém, é preciso garantir que elas tenham para onde ir e como se proteger. Para que isso ocorra as políticas públicas devem estar menos comprometidas com o ajustamento do modelo familiar tido como ideal e mais encarregadas pela responsabilidade coletiva e solidariedade em relação às crianças e adolescentes enquanto cidadãos com direito à vida digna.

Ceccon e Meneghel (2019) se referem ao conceito de “fascismo de gênero” para analisar as relações sociais que produzem exclusões e vidas destituídas de valor, desejos ou possibilidades. Neste sentido, tomo emprestado o termo para nomear quando o atendimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes se restringe a culpabilizar as mães pelas dificuldades nas intervenções familiares. Esse repertório interpretativo é relevante em um momento em que há redução nos investimentos em políticas públicas, crescente cerceamento do debate em torno dos papéis de gênero na sociedade, supressão das discussões em torno de direitos sexuais e reprodutivos e propagação massiva do discurso de “família tradicional” e “proteção das famílias”, que nada mais é do que o fortalecimento de uma lógica de silenciamento das violências intrafamiliares.

A desvalorização social das tarefas do cuidado e o entendimento destas como um problema individual ou restrito às famílias (majoritariamente atribuído às mulheres) culminando na desresponsabilização dos mecanismos públicos (BIROLI, 2014) propaga uma lógica de vulnerabilização de mulheres, crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência, sobretudo quando pobres e negras. Nos dizeres de Martins (2021, p. 59): “Se a violência de gênero é traço permanente numa sociedade patriarcal, não será através dos próprios modos totalizantes em que ela se constrói e se sustenta que será possível resistir e enfrentar radicalmente esta condição.”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste percurso de pesquisa objetivou-se compreender como se efetivam as políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em Porto Alegre tendo como premissa os discursos dos operadores das políticas a respeito de suas práticas. Os discursos foram analisados e constituíram repertórios interpretativos que materializam sentidos compartilhados entre diferentes setores que compõem a rede de enfrentamento. Ao final dessa trajetória se evidenciam as particularidades encontradas a cada ponto do caminho e que tornam visíveis os obstáculos a efetivação de políticas públicas na superação das violências sexuais contra crianças e adolescentes.

A partir de um levantamento da história da construção do entendimento de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direito e da maneira como a violência contra essa população passou a tornar-se um objeto de atenção para as políticas públicas, sobretudo para a saúde, passamos a perceber diferentes nuances que permearam os discursos a respeito do cuidado, intervenção e dos fatores que favorecem a emergência das situações de violência. Enfatizou-se a atenção às situações de violência sexual, com a preocupação, no entanto, de não tratar deste fenômeno enquanto isolado das demais violências, entendendo-se que em uma sociedade marcada por profundas desigualdades é preciso atentar-se para os aspectos políticos, sociais e ideológicos que influenciam na ocorrência, identificação e intervenção a essas situações. A violência sexual, o estupro, tem sido estudado enquanto um ato político e moralizador, que coloca as mulheres em seu “devido lugar” na sociedade (SEGATO, 2019; CECCON; MENEGHEL, 2019) isso se aplica de igual forma às crianças e adolescentes de ambos os sexos, submetidos à dominação e a autoridade.

O primeiro objetivo específico deste trabalho foi a análise dos discursos dos operadores das políticas públicas quanto ao enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes. Neste sentido, foi possível localizar os discursos a respeito do “encaminhamento”, termo que aparece enquanto disparador para justificar as dificuldades na maneira como se organizam e se relacionam os serviços e equipes em um fluxo que, embora esteja bastante afirmado, é tomado enquanto definidor de lugares de passagem para as pessoas, fragmentando-se as responsabilidades e cuidados. A rede de enfrentamento, que pensamos enquanto

potência para a construção de um cuidado integral, foi vista e falada enquanto lugar de esgotamento. Através do repertório interpretativo visibilizou-se a ausência de compartilhamento, bem como a precarização dos serviços consolidada pela falta de investimentos e fragilidade dos contratos de trabalho. Cada setor enfrenta dificuldades específicas, mas existe um discurso compartilhado que relega o atendimento à violência a um “não-lugar” uma vez que, após disparados os cuidados iniciais, grande parcela das vítimas é enviada a uma fila de “espera” para um atendimento individualizado que pode levar de alguns meses até um ano. Ressalto aqui a importância de pensarmos o cuidado às situações de violência sexual enquanto parte de um processo maior que não está restrito a unidade familiar e que expõe as dificuldades do Estado em prover a garantia de direitos para crianças e adolescentes bem como, gerir as políticas sociais para além do que está estruturado e previsto nas legislações.

O “medo” e a “impotência” apresentados no contexto do segundo repertório interpretativo expuseram a distância entre a prática cotidiana do trabalho no atendimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes e a gestão que orienta as ações das políticas públicas. Responsabilizadas de maneira individual pela garantia do cuidado, as equipes também se dirigem às situações enquanto fenômenos isolados ou relegados à dimensão do atendimento individual. Aqui aparece a contradição em relação ao papel desenvolvido pelo Estado nos territórios e a questão da privacidade das famílias como instâncias que reduzem as possibilidades de intervenção e tornam ainda mais difícil a identificação das violências, visto que há o sentimento de impotência frente a recorrência dos casos.

Por fim, o repertório da “culpa da mãe” apresentou como a abordagem familiar no atendimento às violências sexuais contra crianças e adolescentes ainda é restrita à responsabilização da mãe enquanto cuidadora. Temos reproduzido institucionalmente práticas que fomentam o silenciamento quanto às diversas formas de violência sexual, focados apenas na emergência das situações intrafamiliares como se elas não repetissem o que acontece estruturalmente no que diz respeito ao acesso ao corpo de mulheres, meninas e meninos. É necessária uma rede de apoio que sustente o cuidado de crianças e adolescentes para além da figura materna e o debate da violência sexual contra a infância como um fenômeno que extrapola a unidade familiar. Essa postura tem contribuído para o afastamento das denúncias e notificações ao culpabilizar as mulheres pelas violências que acometem seus filhos e

filhas e não oferecer um aparato de proteção e resolução de conflitos de maneira efetiva. Tendo como foco a denúncia e a punição, não parecemos estar preparados para o que vem depois, ou seja, para os seus efeitos nos sujeitos envolvidos.

Um segundo objetivo específico foi entender as potências e fragilidades na efetivação das políticas no atendimento e cuidado às crianças, adolescentes e suas famílias. Embora não se tenha chegado a um repertório interpretativo específico a respeito das potências, destaco o conhecimento das trabalhadoras acerca do fluxo de atendimento e a importância dada ao vínculo constituído com as pessoas em atendimento. Vínculo este que é mencionado e valorizado pelas trabalhadoras como uma de suas ferramentas mais importantes para a efetivação do cuidado.

Almeida (2021) ao explicar as diferentes concepções do racismo, faz a distinção entre a compreensão individual, institucional e estrutural do problema. Com essa distinção ele explicita que as formas de enfrentamento se distinguem a depender de como abordamos o racismo. Em relação às violências sexuais é possível verificar essas distinções também. Ao considerarmos a violência sexual enquanto uma questão individual a nossa resposta se dará unicamente no campo jurídico-punitivo e assistencial, ao entendermos as dimensões institucionais e estruturais procuraremos atuar em torno de práticas e políticas que se direcionem à eliminação da cultura do estupro, ao enfrentamento das desigualdades de gênero e hierarquias de poder que permeiam as construções sociais de família e ao entendimento de que crianças e adolescentes são sujeitos de direito, cidadãos, que fazem parte da sociedade, em condição especial de desenvolvimento, e por isso, devem ser representados, ouvidos e atendidos em suas necessidades a partir de mecanismos efetivos. Levando-se em conta que as instituições reproduzem e protegem uma ordem social que mantém os privilégios de uma classe hegemônica em detrimento às minorias sociais, é preciso estar atento sobre como naturalmente temos reproduzido os interesses do patriarcado em nossas práticas de cuidado às situações de violências sexuais contra crianças e adolescentes e na assistência às suas famílias.

Sendo “a pesquisa e a escrita um processo de luto, seja por tudo aquilo que jamais se tenha encontrado, seja por aquilo que se encontra e que não se dá conta” (MARTINS, 2021, p. 33) e tendo sido conduzida ao longo da pandemia de COVID-19 em um contexto de distanciamento social, observa-se como lacuna a ausência do trabalho presencial de campo, para que se ampliasse a visão sobre os diferentes

territórios e sobre o cotidiano das equipes. Necessário também seria a ampliação da participação de outras trabalhadoras e trabalhadores que constituem a rede, sobretudo, o campo da Educação e do atendimento especializado em Saúde Mental, os CAPS. Outras ampliações possíveis seriam as discussões a respeito do atendimento às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes em outros contextos para além dos serviços públicos e o atendimento em contextos de exploração sexual ou outras vitimizações não descritas neste trabalho. O silêncio a respeito desses aspectos é fruto da ausência de informações obtidas nas entrevistas, a razão mencionada é que são situações que acabam por não aparecer para as equipes, salvo raríssimas exceções ou que correm apenas na esfera penal. Uma outra interpretação possível é que com relação à infância, a exploração sexual é mais facilmente identificável nos contextos de turismo sexual, prostituição ou comercialização de pornografia, sendo pouco identificadas as situações em que a troca material envolvida seja considerada de pequeno valor. Esses casos são mais facilmente atribuídos às esferas jurídicas e de segurança pública sendo praticamente invisíveis nos relatos das entrevistadas.

A maneira de construir esse estudo pretendeu levar à reflexão sobre as nossas práticas profissionais no campo do enfrentamento às violências sexuais bem como, incentivar a discussão e o engajamento na luta pela afirmação de políticas sociais que atendam amplamente às necessidades da população e que se constituam enquanto campo de trabalho que ofereçam possibilidades para que trabalhadoras e trabalhadores exerçam suas funções em condições dignas e valorizadas. A violência sexual contra crianças e adolescentes precisa ser discutida para além de uma perspectiva moralizadora que se esvazia no argumento de “proteção”, argumento este que não passa de falácia ao não se materializar em ações concretas que reverberem em mudanças profundas nos contextos de vulnerabilidade e que revertam um cenário de recrudescimento das políticas sociais, empobrecimento da população e exposição cada dia maior de crianças e adolescentes às violências estruturais como a fome, por exemplo. Concluo essa dissertação no mesmo momento em que ocorre o fim do programa Bolsa Família, um dos maiores programas de transferência condicional de renda do mundo. Criado no Brasil em 2003, o Bolsa Família se consagrou pelo seu impacto na redução da pobreza e desigualdade (SOUZA et al., 2019) e pelo efeito no combate à mortalidade infantil (SILVA; PAES, 2019), seu encerramento em 2021, durante a

pandemia de COVID-19, não prevê uma definição programática sobre como a população assistida irá se manter daqui por diante, o que muito provavelmente resultará em crianças e jovens ainda mais expostos às diversas violações de direitos. O atual Bolsa Família condicionava o recebimento da renda ao acompanhamento de saúde e frequência escolar de crianças e adolescentes, ainda não se sabe se o novo programa anunciado adotará essas mesmas diretrizes.

O tema não se esgota aqui, pelo contrário, é necessário que ele siga sendo falado nas diferentes formações da área da saúde, educação, assistência, direito, etc. de forma que a capacitação, tão citada pelas equipes, seja parte essencial da graduação nos diferentes cursos e que auxilie no desenvolvimento de um olhar crítico para o atendimento das situações de violência e na compreensão destas como questões de saúde pública enraizadas em uma estrutura social profundamente desigual, que não se resolve de uma única vez mas com as quais não se pode compactuar através do silenciamento ou se isentar na não-ação. Como falamos e como calamos a respeito dos problemas sociais diz muito sobre as práticas que almejamos, que efetivamos ou sobre as quais nos ausentamos. Já diria Audre Lorde: “Nosso trabalho tem se tornado mais importante do que o nosso silêncio” (LORDE, 2020, p. 131).

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Vitor Silva et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes: para além do direito penal. **Espaço Jurídico**, v. 13, n. 2, p. 269-282, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://unoesc.emnuvens.com.br/espacojuridico/article/view/1403/1114>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2021. 264 p. (Feminismos Plurais).
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 34-41, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68425>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- ARAÚJO, Ana Paula. **Abuso**: a cultura do estupro no Brasil. Rio de Janeiro: Globo Livros, 2020. 320 p.
- ARAÚJO, Maria de Fátima. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, v. 7, n. 2, p. 3-11, dez. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/QJpLxjnNg6J3H4skJLgW3mf/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- ARIÑO, María Vilellas. **La violencia sexual como arma de guerra**. Quaderns de construcció de pau. Barcelona: Escola de Cultura de Pau, 2010. Disponível em: <http://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/cd2/index/assoc/ecp0024-1.dir/ecp0024.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. ISBN 978-85-7541-353-1. Disponível em: <https://books.scielo.org>. Acesso em: 27 maio 2021.
- AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de. Violência doméstica: reflexões sobre o agir profissional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 25, n. 1, p. 4-13, mar. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932005000100002> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/rjyZbwcF9K6t6NS7r8WhW7r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Pele de asno não é só história**: um estudo sobre vitimização sexual de crianças e adolescentes em famílias. São Paulo: Roca, 1988. 151 p.
- AZNAR-BLEFARI, Carlos *et al.* Atuação de Psicólogos em Alegações de Violência Sexual: boas práticas nas entrevistas de crianças e adolescentes. **Psico-USF**, v. 25, n. 4, p. 625-635, out. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413/82712020250403>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/Wy5gyg9ZXh5hrwSyyQyS5Nw/?lang=pt> Acesso em: 05 nov. 2021.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1997.

BIROLI, Flávia. Justiça e Família. *In*: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. **Feminismo e política: uma introdução**. São Paulo: Boitempo, 2014. 48-61 p.

BRAGA, Claudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 401-410, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 102, 13 jun. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Disponível em: Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica** 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de Cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em**

situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: MS, 2014. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA:** instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: MS, 2016. 92 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_au_toprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. de 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 129, 04 abr. 2017b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 27, jun. 2018. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Disque Direitos Humanos:** relatório de 2019. Brasília, DF: MDH, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

BUENO, Samira *et al.* **Visível e Invisível:** a vitimização de mulheres no Brasil. 3. Ed. Rio de Janeiro: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; DATAFOLHA, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CAMARGO, Climene Laura de; ALVES, Eloina Santana; QUIRINO, Marinalva Dias. Violência contra crianças e adolescentes negros: uma abordagem histórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 608-615, dez. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072005000400019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/5JTcg8MHgGsZrzfZBvnHbTf/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CAMPOS, Rosana Onocko *et al.* Saúde Coletiva e Psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes. *In:* CAMPOS, Rosana Onocko. **Psicanálise & Saúde Coletiva – Interfaces**. São Paulo: Hucitec, 2014. 17-38 p. (Saúde em Debate).

CARLOS, Diene Monique; PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. Violence against children and adolescents: the perspective of primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 511-518, jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YHwJfcYnKH5g3Tr9pBrWHCD/?lang=en#>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. *In*: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. **Pensamento Feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 313-321. Texto originalmente publicado em *Racismos Contemporâneos*, Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003, p 49-58.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth. Fascismo de gênero: controle, opressão e exclusão de mulheres. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 19, n. 46, p. 449-458, dez. 2019. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2021.

CERQUEIRA, Daniel Ricardo de Castro; COELHO, Danilo Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde** (Nota técnica). Brasília, DF: Ipea, 2014. Disponível em:

http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5780?locale=pt_BR Acesso em: 05 nov. 2021.

CHAUÍ, Marilena. **Sobre a violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. 320 p. (Escritos de Marilena Chauí, v. 5). ISBN: 9788551300848.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CSN. **CSN recomenda que governo cancele campanha de abstinência sexual**. Brasília, DF: CNS, 2020. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1005-cns-recomenda-que-governo-cancele-campanha-de-abstinencia-sexual>. Acesso em 02 de outubro de 2021.

CORRÊA, Fernanda; VON HOHENDORFF, Jean. Atuação da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em casos de violência sexual. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 20, n. 1, p. 09-29, maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2020.50787>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/50787>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CORRÊA, Mariza. Repensando a família patriarcal brasileira: notas para o estudo das formas de organização familiar no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, p. 5-16, maio 1981. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br//index.php/cp/article/view/1590>. Acesso em: 05 nov. 2021.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 282 p.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 01, n. 16, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16suppl1/1029-1042/#ModalArticles> . Acesso em: 01 mar. 2021.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2021.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2012.v28n2/357-366/pt> . Acesso em: 05 nov. 2021.

DESLANDES, Suely Ferreira *et al.* Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 865-877, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0405>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dCLcp8cQmptMKXhPt789Zpg/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

DESLANDES, Suely Ferreira; BARCINSKI, Mariana. Família contemporânea e violência: significados e práticas de atendimento. *In*: TRAD, Leny A. Bonfim (org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, 291-309 p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

DESLANDES, Suely Ferreira; MENDES, Corina Helena Figueira. Violências sexuais na perspectiva do campo da saúde. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de (org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 397-416.

EGRY, Emiko Yoshikawa; APOSTOLICO, Maíra Rosa; MORAIS, Teresa Christine Pereira. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 83-92, jan. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f8d5HrVPXxxTHD33PJQJV4B/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

FALEIROS, Vicente de Paula. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. **SER Social**, n. 2, p. 37-56, 2009. DOI: 10.26512/ser_social.v0i2.12842. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12842 . Acesso em: 05 nov. 2021.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. *In*: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco (org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 33-96.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP, 14. **Anuário brasileiro de segurança pública**, n. 14, 2020. São Paulo: FBSP, 2020. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP, 15. **Anuário brasileiro de segurança pública**, n. 15, 2021. São Paulo: FBSP, 2021. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

FONSECA, Evirlene de Souza da. **Equidade na atenção às mulheres em situação de violência na atenção básica de saúde**. 2018. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/202566>. Acesso em: 05 nov. 2021.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do saber**. 8. Ed. Tradução: Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 17, n. 1, p. 69-84, mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-47142014000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/Lz5jfWb83DWPs7prFwC4XXL/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

GIUGLIANI, Camila *et al.* **Violência Sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. 101 p. (Temas em Saúde).

GONZÁLEZ, Rodrigo Stumpf. Políticas públicas para a infância no Brasil: análise do processo de implementação de um novo modelo. **Pensamento Plural**, Pelotas, n. 16, p. 25-45, jan./jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.15210/pp.v0i16.5409>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/pensamentoplural/article/view/5409>. Acesso em: 05 nov. 2021.

GZH. Em junho, 2,9 mil pessoas aguardavam atendimento psicológico na Capital. **Gaúcha Zero Hora**, Porto Alegre, 28 ago. 2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2021/08/em-junho-29-mil-pessoas-aguardavam-atendimento-psicologico-na-capital-cksv1ns5f000s013b9kn38cae.html>. Acesso em: 05 nov. 2021.

HABIGZANG, Luísa F. *et al.* Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102->

[79722006000300006](https://www.scielo.br/j/prc/a/mkmzQRTLrhQzxk5hnmKhVrn/?lang=pt) Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/prc/a/mkmzQRTLrhQzxk5hnmKhVrn/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílio contínua** (PNAD Contínua). Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE.

Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101681>. Acesso em: 05 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE)**: 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 162 p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 05 nov. 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS - INESC. **Balço semestral do orçamento geral da união janeiro a junho de 2021**. Brasília: INESC, 2021.

Disponível em: https://inesc.org.br/wp-content/uploads/2021/07/BGU-1o-Semestre-2021_Versao-Final-1.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

MILLETT, Kate. **Política Sexual**. Traducción: Ana María Bravo García. Madrid: Ediciones Cátedra, 1970.

LAURENTIS, Teresa de. A tecnologia de gênero. *In*: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). **Pensamento feminista**: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. 121-157 p.

LEVANDOWSKI, Mateus Luz *et al.* Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 1-15, 2021. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00140020>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/w9xDc35gk53mDz9MrX4nFfr/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

JORNAL DO COMÉRCIO. Liminar proíbe demissões no IMESF até dezembro em Porto Alegre. **Jornal do Comércio**. Porto Alegre, p. 01-01. 15 out. 2020. Disponível em: <https://www.jornaldocomercio.com/ conteudo/geral/2020/10/761504-liminar-proibe-demissoes-no-imesf-ate-dezembro-em-porto-alegre.html>. Acesso em: 05 nov. 2021.

KISS, Lúgia Bittencourt; SCHRAIBER, Lília Blima. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 1943-1952, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000300028>. Acesso em: 05 nov. 2021.

LONGO, Cristiano da Silveira. A permanência no Brasil de discursos ético-pedagógicos-disciplinares favoráveis às punições corporais domésticas na infância.

Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 22, n. 2, p. 09-21, 2004. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/14284>. Acesso em: 05 nov. 2021.

LORDE, Audre. **A Unicórnica preta**. Tradução: Stephanie Borges. Belo Horizonte: Relicário Edições, 2020, 300 p.

MARTINS, Fernanda. **Feminismos criminológicos**. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2021. 327 p.

MATA, Natália Teixeira, SILVEIRA, Liane Maria Braga da e DESLANDES, Suely Ferreira. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2881-2888, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13032017>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. suppl, p. 113-120, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2002000700012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700012&lang=pt. Acesso em: 05 nov. 2020.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 27, p. 743-752, abr. 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27n4/743-752/pt/#>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MENEGHEL, Stela Nazareth; MARGARITES, Ane Freitas. Feminicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, p. 1-11, 18 dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00168516>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MENEGHEL, Stela Nazareth; PORTELLA, Ana Paula. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 3077-3086, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SxDFyB4bPnxQGpJBnq93Lhn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MENEZES-SANTOS, Jalileia de Araújo; RIOS, Luis Felipe. Conduitas, posicionamentos e práticas de enfrentamento: desnaturalizando a violência sexual contra crianças e adolescentes *In*: MENEZES-SANTOS J., RIOS L. (org.). **Violência sexual contra crianças e adolescentes**: reflexões sobre condutas, posicionamentos e práticas de enfrentamento. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2009.

MIGUEL, Luis Felipe. A igualdade e a diferença. *In*: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. **Feminismo e política**: uma introdução. São Paulo: Boitempo, 2014. 63-77 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 1, n. 2, p. 91-102, ago. 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292001000200002>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mQqmmSTBf77s6Jcx8Wntkqg/abstract/?lang=pt>

Acesso em: 05 nov. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. ISBN 978-85-7541-380-7. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/NBbqRGwcv7R7XcZSVvKQsL/?lang=pt> Acesso em: 05 nov. 2021.

MOREIRA, Lisandra Espíndula; NARDI, Henrique Caetano. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 2, n. 17, p. 569-594, abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/zVjmyrs7XY6WrJNtbB66PnM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MOREIRA, Renata Leite. Aguiar; RASERA, Emerson. Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 529-537, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000300013> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/g6GKZ34HxwXknhzHpjCnPVH/?lang=pt> Acesso em: 05 nov. 2021.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 49-55, abr. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822006000100007>. Acesso em: 05 nov. 2021.

NASCIMENTO, Maria Lívia do; JASHAR, Paloma Lima Ramos; BARBOSA, Marianne de Camargo. Proteção e escuta no espaço do Conselho Tutelar: relações com a judicialização da vida. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, p. 92-104, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672018000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2021.

NASCIMENTO, Maria Lívia do; SCHEINVAR, Estela. De como as práticas do Conselho Tutelar vêm se tornando jurisdicionais. **Aletheia**, n. 25, p. 152-162. jan/jun, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n25/n25a12.pdf> Acesso em: 05 nov. 2021.

NASCIMENTO, Maria Lívia. Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização. **Psicologia & Sociedade**, v.24. n. spe., p. 39-44, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000400007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Cj3wKXhg7xYxhtgFjwclZMf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

NOGUEIRA, Conceição. Análise(s) do discurso: diferentes concepções na prática de pesquisa em psicologia social. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 235-242, jun. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000200014>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/JL4Cq5QbhqzQzjc3B7Ygh6g/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

NUNES, Brasilmar Ferreira. **Sociedade e infância no Brasil**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2003. 174 p.

OLIVEIRA, Dennis de. A violência estrutural na América Latina na lógica do sistema da necropolítica e da colonialidade do poder. **Revista Extraprensa**, v. 11, n. 2, p. 39-57, 31 ago. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/extraprensa2018.145010>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/extraprensa/article/view/145010>. Acesso em: 05 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. Tradução: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. São Paulo: OMS, 2014. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf> Acesso em: 05 nov. 2021.

PAIXÃO, Ana Cristina Wanderley da; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 114-126, mar. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000100009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/vFM7S55FWZPvzL57QP6CWmd/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. 3. ed. Tradução: Marta Avancini. Rio de Janeiro, São Paulo: Paz & Terra, 2021.

PEREZ, José Roberto Rus; PASSONE, Eric Ferdinando. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 140, p. 649-673, maio/ago. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-15742010000200017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n140/a1740140.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

PIERUCCI, Antônio Flávio. **Ciladas da diferença**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PIRES, Ana Lúcia Donda; MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**. São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 42-49, jan./mar. 2005. Disponível em: <https://repositorio-racs.famerp.br/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA)**. Documento de Referência. Porto Alegre, RS: SMS, 2015.

POTTER, Jonathan; WETHEREL, Margaret. Discourse Analysis. *In*: SMITH, Jonathan A.; HARRÉ, Rom; VAN LANGENHOVE, Luk. **Rethinking Methods in Psychology**. Londres, UK: Sage Publications, 1995. 80-92 p.

PRANDI, Luiz Roberto *et al.* Conselho tutelar: características, funções e estrutura do órgão. **Akrópolis**, Umuarama, v. 27, n. 1, p. 93-100, jan./jun. 2019. ISSN 1982-1093. Disponível em:

<https://revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/viewFile/7623/3820>. Acesso em: 05 nov. 2021.

PRIORE, Mary del. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2002.

RASERA, Emerson F. A psicologia discursiva nos estudos em psicologia social e saúde. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 815-834, dez. 2013. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2021.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE – RFS. **Estupro presumido no Brasil:**

caracterização de meninas mães no país, em um período de dez anos (2010-2019), com detalhamento pelas cinco regiões geográficas e estados brasileiros. Curitiba: RFS, jun./ago. 2021. Disponível em: <https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Estudo-meninas-maes.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

RIQUINHO, Deise Lisboa *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p.163-182, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>. Acesso em: 05 nov. 2021.

RODRIGUES, Herbert. **A pedofilia e suas narrativas: uma genealogia do processo de criminalização da pedofilia no Brasil**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Multifoco, 2017.

ROSA, Cristiano Eduardo da; SOUZA, Jane Felipe de. Violência/abuso sexual contra meninos: masculinidades e silenciamentos em debate. **Pesquisa em Foco**, São Luís, v. 25, n. 2, p. 144-167, jun-dez 2020. DOI:

<https://doi.org/10.18817/pef.v25i2.2480> Disponível em: https://ppg.revistas.uema.br/index.php/PESQUISA_EM_FOCO/article/view/2480.

Acesso em: 05 nov. 2021.

ROSA, Maria Virgínia de Figueiredo Pereira do Couto; ARNOLDI, Marlene Aparecida Gonzales Colombo. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 112 p.

SAFFIOTI, Heleieth L. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 115-136, 2001. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-83332001000100007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/gMVfxYcbKMSHnHNLrqwYhkL/?lang=pt#>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SAFFIOTI, Heleieth L. B. **Gênero patriarcado violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo, 2015. 160 p.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos. Por uma escuta da criança e do adolescente social e culturalmente contextualizada: concepções de infância e de adolescência, universalidade de direitos e respeito às diversidades. *In*: SANTOS, B. R. *et al.* (org.).

Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual - aspectos teóricos e metodológicos: guia para capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes. Brasília: EDUCB, 2014. 27-42 p. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/3683/7/ISBN-9788560485703.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SANTOS, Cristiane Andreotti. **O enfrentamento da revitimização de crianças vítimas de violência sexual**: o caso da inquirição judicial de crianças. 2010. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17396>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALÉSSIO, Renata Lira dos Santos; SILVA, Juliana Maria Moura do Nascimento. Os adolescentes e a violência na imprensa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 447-452, set. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722009000300020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/bZX5d63HXd6BNcnPZZ4GkWt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021

SANTOS, Samara Silva dos; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 328-335, ago. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822010000200013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/q39qMLgvCyXGjKYkVmijTDh/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SANTOUCY, Luíza Barros *et al.* Mulheres que denunciam violência sexual intrafamiliar. **Revista Estudos Feministas**, v. 22, n. 3, p. 731-754, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000300002>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 1019-1027, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000400009>. Acesso em: 07 de nov. 2021

SCOBERNATTI, Gisele. **Psicologização e judicialização no sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes**: a armadilha da individualização. 2018. 173 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/189026>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para uma análise histórica. *In*: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). **Pensamento feminista**: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. 49-76 p.

SEGATO, Rita. **Las estructuras elementales de la violencia**: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. 1. ed. Buenos Aires: Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, 2003. 264 p.

SEGATO, Rita. 'O estupro não é um ato sexual, é de poder, de dominação', diz Rita Segato, a feminista que inspirou 'O esturador é você'. [Entrevista cedida a] BBC. **G1**, Rio de Janeiro, 21 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2019/12/21/o-estupro-nao-e-um-ato-sexual-e-de-poder-de-dominacao-diz-rita-segato-a-feminista-que-inspirou-o-esturador-e-voce.ghtml>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SEIFERT, Ruth. **War and Rape: analytical approaches**. Geneva: Women's International League for Peace and Freedom, 1993.

SELL, Mariléia. "Minha mãe ficou amarga": expectativas de performances de maternidade negociadas na fala-em-interação. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 20, p. 153-172, jan-abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/Pd5C8qPhs8J5xD8mRcSBFdw/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 05 nov. 2021

SELL, Mariléia; OSTERMANN, Ana Cristina. A construção da significação da experiência do abuso sexual infantil através da narrativa: uma perspectiva interacional. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, v. 31, n.2, p. 307-332, jun./ dec. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/delta/a/H59YMrC3Qj5pdJ9DJCsqsRv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SETUBAL, Cassio Bravin *et al.* "Não pode ser abuso... eu sou a mãe": ofensa sexual materna. **Revista de Psicologia (Santiago)**, v. 28, n. 1, p. 1-12, jul. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2019.53956>. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812019000100092 Acesso em: 05 nov. 2021.

SILVA, Everlane Suane de Araújo da; PAES, Neir Antunes. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p. 623-630, fev. 2019. Mensal. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7DQsCT6mv7rrFhySLCd3cgt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2021

SOUZA, Pedro Herculano Guimarães Ferreira de *et al.* Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. **Texto Para Discussão**: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, n. 2499, ago. 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34948&Itemid=444. Acesso em: 19 nov. 2021.

SOUZA, Rafaela Assis de; SOUZA, Lídio de. Os dilemas da nomeação: prostituição infanto-juvenil e conceitos relacionados. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 2, n. 26, p. 247-256, abr-jun. 2009. Disponível em: https://web.archive.org/web/20170820180959id_/http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n2/12.pdf. Acesso em: 19 nov. 2021

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – UNICEF. **A familiar face**: violence in the lives of children and adolescents. New York, UNICEF, 2017. ISBN: 978-92-806-4919-2. Disponível em: https://www.unicef.org/media/48671/file/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf Acesso em: 05 nov. 2021.

VERGÈS, Françoise. **Um feminismo decolonial**. Tradução: Jamille Pinheiro e Raquel Camargo. São Paulo: Ubu, 2020. 144 p.

VILLELA, Denise Casanova. Centro de referência ao atendimento infanto-juvenil – CRAI: como estruturar um centro de referência para avaliação de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Revista do Ministério Público do RS**, Porto Alegre, n. 79, p. 31-54, jan./abr. 2016. Disponível em: http://www.amprs.com.br/public/arquivos/revista_artigo/arquivo_1504547121.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

VON HOHENDORFF, Jean; PATIAS, Naiana Dapieve. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. **Barbarói**: Revista do Departamento de Ciências Humanas, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 49, p. 239-257, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9474/6913>. Acesso em: 05 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Report of the consultation on child abuse prevention**. Geneva: WHO, 1999.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ZANELATTO, Priscila França et al. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia de saúde da família. **Ciencia y Enfermería**, v. 23, n. 2, p. 41-49, ago. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441810005>. Acesso em: 05 nov. 021.

ANEXOS

ANEXO A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Essa entrevista tem por objetivo a contribuição com informações a respeito da atuação das políticas públicas de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. Esse projeto está vinculado ao projeto de pesquisa de número 33517 intitulado “Estudo sobre o atendimento a vítimas de violência sexual no Brasil”, coordenado pelas professoras Stela Nazareth Meneghel e Fernanda Souza de Bairros”, cujo objetivo é mapear e avaliar os serviços de saúde que realizam atendimentos às vítimas de violência sexual no RS. As informações obtidas serão utilizadas para embasar a pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva intitulada O Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: Um estudo de caso sobre as políticas de proteção à infância. Este trabalho está vinculado ao Programa de Saúde Coletiva- PPGCOL da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A entrevista será gravada para posterior transcrição com a sua autorização no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao longo da entrevista, fique à vontade para acrescentar outras informações que podem contribuir com o estudo e/ou questionar quando achar necessário.

1. Diga seu nome completo, sua área de atuação e a sua função na área.
2. Quais são as principais ações/responsabilidades do departamento/serviço em relação ao enfrentamento às violências sexuais praticadas contra a infância e adolescência? Há interlocuções/trocas/discussões do seu departamento/serviço com outros setores?
3. Qual é o fluxo do atendimento, incluindo os encaminhamentos pertinentes – das situações de violência sexual contra crianças e adolescentes no estado e/ou em Porto Alegre? Você pode citar um caso que tenha sido marcante para você ou que possa exemplificar o atendimento?
4. Quais as principais dificuldades do serviço em relação ao enfrentamento às violências sexuais contra crianças e adolescentes?

5. Há atendimento aos agressores? Se sim, como é realizado? E em relação às famílias, o que é possível observar nas potencialidades e dificuldades dos serviços no atendimento?
6. Como você avalia as atuais políticas de proteção à infância? Avanços e retrocessos? Que outras ações de prevenção/proteção seriam importantes para uma efetividade maior do enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes?
7. Como é trabalhar com esse tema com as crianças, adolescentes e suas famílias?
8. Gostaria de acrescentar alguma informação a mais ou indicar outros serviços ou outros profissionais que poderiam contribuir com o estudo?

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está realizando uma pesquisa em Serviços de Saúde Especializados do Rio Grande do Sul Rio Grande do Sul que prestam atendimentos às vítimas de violência sexual. A pesquisa é intitulada “Estudo sobre o atendimento a vítimas de violência sexual no Rio Grande do Sul – protocolo de intenções”. Trata-se de um estudo avaliativo combinando metodologias qualitativas e quantitativas, com o objetivo de mapear e avaliar os serviços que realizam atendimentos às vítimas de violência sexual no Rio Grande do Sul.

Gostaríamos de convidar você para participar do estudo. A participação na pesquisa consiste na realização de uma entrevista individual sobre os atendimentos realizados às vítimas de violência sexual. Essa atividade terá duração de cerca de uma hora, ocorrerá em local privativo e será conduzida por um(a) entrevistador(a) previamente treinado(a), que anotará o que você falar. Essas entrevistas serão gravadas em áudio, transcritas e posteriormente guardadas em local seguro (na Universidade) por cinco anos. Os dados da pesquisa não serão identificados, isto é, seu nome não irá aparecer em nenhum momento. Os resultados serão utilizados para fins de estudo e apresentados sem que seja possível identificar individualmente os participantes.

A participação na pesquisa é voluntária e você tem toda a liberdade para aceitar ou recusar este convite, sem nenhum constrangimento. Você também pode se recusar a responder alguma pergunta ou desistir da participação em qualquer momento do estudo. Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá contatar a pesquisadora responsável, a professora Fernanda Bairros pelo telefone 33085353, ou o presidente do comitê de ética da UFRGS, no telefone (51) 3308-3738.

Eu, _____

pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa.

Data: ___/___/___

Assinatura do(a) Participante

Profª Drª. Fernanda Souza de Bairros
Coordenadora de Pesquisa