

O TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ATENDIDAS NA UNIDADE HOSPITALAR

GARCIA, Patrícia Andrade¹

MACIEIRA, Anna Paula²

OLIVEIRA, Daniela Emilena Santiago Dias de³

Resumo: O presente estudo analisou a atuação e o entendimento dos profissionais de saúde inseridos em um programa de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, implantado em uma unidade hospitalar do interior de São Paulo, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa procedeu-se a fim de verificar quais as dificuldades desses trabalhadores no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sua compreensão como membro inserido nesse contexto e levantar possíveis soluções e melhorias no tocante ao programa pesquisado. O referencial teórico contempla um breve resgate histórico da concepção na sociedade da criança e do adolescente até a contemporaneidade, posteriormente, traz a análise da pesquisa com base nos questionários estruturados que foram utilizados como instrumentos. Foi possível obter, por meio deste estudo, alguns apontamentos no que diz respeito à preparação desses profissionais no atendimento desse público-alvo. Os dados analisados e comparados revelaram a falta de capacitações para esses profissionais, bem como de espaço adequado para que eles sejam cuidados e ouvidos sobre a temática.

Palavras-chave: Violência Sexual. Equipe Multiprofissional. Unidade Hospitalar.

Abstract: In this study we analyzed the performance and understanding of health professionals involved in a program that takes care of children and teenagers victims of sexual violence. The program takes place in a hospital unit in São Paulo, in agreement with Brazil's Unified Public Health System (SUS). The research verifies the difficulties of

¹ Assistente Social do Hospital Regional de Assis, Especialização em Qualificação e Extensão sobre o Trabalho no CRAS, e-mail: patricia.andradegarcia@gmail.com, Trabalho de Especialização.

² Assistente Social do Hospital Regional de Assis, Pós-graduada em Gestão de Políticas Públicas e Terceiro Setor pela ITE Bauru e MBA em Gestão de Pessoas pelo Unopar, e-mail: annapaula.m@hotmail.com, Trabalho de Especialização.

³ Coordenadora do Curso de Pós-Graduação Multidisciplinar em Violência Doméstica contra Criança e Adolescente da UNIP, Mestre em Psicologia e Mestranda em História pela Unesp, campus Assis, e-mail: santiago.dani@yahoo.com.br, Trabalho de Especialização.

these workers in the treatment of these children and adolescents victims of sexual violence, their understanding as a member inserted in this context and the attempt to raise possible solutions and improvements regarding the researched program. The theoretical reference contains a brief historical rescue of the conception in the society of the child and the adolescent until the contemporaneity. Also, it brings the analysis of the research based on the structured questionnaires that were used as instruments. Therefore it was possible to obtain, through this study, some notes regarding the preparation of these professionals when dealing with this public. The data analyzed and compared revealed the lack of training for these professionals, as well as an adequate space for them to be cared and heard.

Keywords: Sexual violence. Multi professional team. Hospital Unit.

Introdução

O abuso sexual é um fenômeno universal de caráter social, histórico e cultural que, por sua elevada incidência e danos que determina, é considerado um problema complexo de saúde pública, tornando-se um desafio aos profissionais dessa área, exigindo preparo e capacitação para o manejo clínico e psicológico das vítimas, especialmente se esses abusos ocorrem quando a vítima está na infância ou adolescência. Nesse contexto, a opção por essa pesquisa, decorreu de todo o período de estudos que realizamos na pós-graduação, durante o qual foi abordado o tema da violência doméstica contra a criança e o adolescente, também partiu de nossa observação e vivência profissional, suscitando-nos a inquietação a respeito do preparo dos profissionais que atuam diretamente com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na unidade hospitalar.

Desse modo, realizamos a pesquisa em uma instituição pública ligada à administração direta da Coordenadoria de Serviço de Saúde (CSS), da Secretaria de Estado Saúde de São Paulo (SES-SP).

O local da pesquisa foi a cidade de Assis/SP, um município localizado na região oeste do Estado de São Paulo, a uma distância de 440 Km da capital, com uma população de 102.268 habitantes (IBGE, 2017). Essa Instituição hospitalar que é conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) atende casos de média e alta complexidade, sendo referência para 25 municípios que fazem parte da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS).

Como objetivo geral da pesquisa, destacamos: analisar como a Equipe Multiprofissional trabalha o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na Unidade Hospitalar. E, como objetivos específicos, propusemos: identificar como a Equipe Multiprofissional lida com crianças e adolescentes vítimas de violência

sexual; verificar as dificuldades da Equipe Multiprofissional ao atender crianças e adolescentes vítimas de violência sexual; e investigar as soluções possíveis dos problemas enfrentados pela Equipe Multiprofissional em face do atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

Para fins didáticos, organizamos este trabalho em três seções. A primeira seção faz um breve histórico da infância, da Idade Antiga ao Brasil Colônia e Império. A segunda aborda a violência sexual infantil no Brasil Contemporâneo. E a terceira traz a Metodologia da Pesquisa e análise dos dados por meio de questionários com perguntas estruturadas (Apêndice A). Após a análise, apresentamos as considerações finais do presente trabalho, com o intuito de contribuir com a Unidade Hospitalar pesquisada, com as vítimas atendidas e, sobretudo, com os profissionais que atendem essas vítimas.

Breve histórico da infância: da Idade Antiga ao Brasil colônia e império

Para compreendermos a infância e a adolescência nos dias de hoje, abordaremos brevemente alguns apontamentos do papel social da criança e do adolescente nos diversos períodos da história.

Na Idade Antiga, período em que alguns autores consideram a humanidade como selvagem, é um momento na história de suma importância, pois os homens passam por diversas fases em seu processo evolutivo. Na fase selvagem, os seres humanos eram nômades, sendo seu maior progresso obtido na área da comunicação, quando desenvolveram a linguagem articulada; ao utilizarem na alimentação, se tornaram independentes do clima e do lugar; começaram a explorar pedras para desenvolver ferramentas e, assim, sobreviveram da caça, frutos nativos e raízes nativas (ENGELS, 2002).

Nessa época, havia ausência de moral no que diz respeito ao comportamento sexual das tribos, de modo que um homem pertencia a todas as mulheres e uma mulher a todos os homens. Não havia nenhuma norma ou restrição, encontrando, nessa fase, união por grupos, poligamia, monogamia entre outras formas de se relacionar sexualmente (ENGELS, 2002).

A organização da estrutura chamada família começou a partir do momento que a forma de vida em um sistema de agrupamento tornou-se inviável, deu-se início, então, à estrutura de família monogâmica.

Idade Média

Na concepção de infância da Idade Média, as crianças eram vistas como animais, até a idade dos sete anos, uma miniatura dos adultos. Segundo Burke (2010), a infância foi descoberta na França, na altura do século XVII, foi nessa época que surge a confecção de roupas especiais para meninos e meninas e os adultos começam a se interessar pelo estudo do desenvolvimento das crianças.

Durante toda a Idade Média as crianças eram misturadas aos jovens, adultos e velhos. Isso ocorria após o período em que a criança não precisaria mais do apoio das amas de leite (aproximadamente aos sete anos de idade), as crianças participavam de jogos, brincadeiras e trabalhos como se fossem adultos, sem qualquer restrição. Isso possibilitava que os adultos tivessem muita liberdade nos relacionamentos com as crianças. No final do século XVI e início do século XVII, a exposição e o toque dos genitais das crianças por adultos chegam a ser comumente observados (LABADESSA; ONOFRE, 2010).

A noção de criança, não existia nessa época, porém não significa que ela era totalmente abandonada, partindo-se do pressuposto de que o entendimento de infância era diferente do sentido de afeição.

Constamos que, no período medieval, a criança sofria maus tratos em todos os aspectos, recebendo o mínimo de cuidado e atenção e por tamanha exposição era alvo de violência psicológica, física e alvo de investidas sexuais por parte dos adultos.

Um fato que estimulou o cuidado com a criança nesse período, que podemos considerar um progresso, foi que, em razão das grandes pestes e da fome, o índice de mortalidade era muito alto e isso ameaçava a mão de obra necessária aos senhores feudais. Assim, diante desta situação, a Igreja Católica incentivou o cuidado para com as crianças, investindo em pensamentos de que deviam cuidá-las e protegê-las. Com a família voltada para seu núcleo, conseqüentemente o sentimento de afetividade para com as crianças aflorou (OLIVEIRA, 2006).

Idade Moderna

No início da modernidade, a criança tinha unicamente como objetivo a continuação do futuro da linhagem, isso se tratando de famílias abastadas; já nas famílias pobres, além desta nova mentalidade, as crianças, ainda continuavam sendo tratadas com a mentalidade feudal, o coletivismo entre crianças e adultos, mas agora era dentro da mesma família, pois a finalidade era encher a casa de crianças, uma tentativa de superar a morte precoce e dar continuidade à linhagem.

A partir de então, o homem passa a ter noção da brevidade da vida. E que era necessário ele preservar os bens familiares por intermédio de seus filhos, aqueles que irão ajudar a perpetuar o nome e o patrimônio da família. É nessa situação que a criança ocupa um lugar central no seio da família, a qual, por sua vez, apresenta-se, neste momento, como um lugar de afetividade, em que se estabelecem relações de sentimento entre o casal e os filhos, lugar de atenção à infância (bom ou mau).

Ao caminharmos por essa análise histórica, deparamo-nos com o século XVIII, no qual a consolidação do sistema capitalista e o advento da revolução industrial trouxeram outra forma de violência à criança e ao adolescente, pelas extensas horas de trabalho nas fábricas. Neste período é que a família se constitui e se consolida na composição nuclear de família e/ou modelo burguês. A criança era meramente uma força braçal, somente no século XIX surge o interesse em investir nos filhos, no campo afetivo, econômico, educativo e existencial (MACHADO; SANCHES, 2014).

Foi no final desse século XIX que explodiu a exploração do trabalho infantil na Inglaterra, com crianças de quatro anos de idade com jornadas de até dezesseis horas.

Relato sobre o abuso sexual infantil da Idade Média à Idade Moderna

Na Idade Média, a associação das crianças a práticas sexuais era comum, fazendo parte do cotidiano daquela sociedade, não chocando, assim, o senso comum da época. O pensamento que reinava era de que a criança era indiferente à sexualidade, por não possuir malícia e, por essa razão, era socialmente aceitável tais comportamentos; tudo era permitido na frente das crianças. Na família não existia privacidade, as crianças eram

expostas a tudo, elas ouviam e viam tudo, essa exposição tamanha as deixava vulneráveis aos abusos sexuais.

No final da era medieval houve um movimento de mudança gradativa no modo de educar. O colégio torna-se, então, uma instituição fundamental para a sociedade, tendo em vista que ele se tornou o elemento formador do adulto. Esse poder disciplinador posteriormente transcenderá dos colégios para o Estado que passa a legislar e punir os sujeitos, determinando por suas leis o que é “certo” e o que é “errado”, sendo um agente controlador e formador de opinião.

Na Idade Moderna, observa-se que a noção de sexualidade na infância se modifica, surge uma nova visão da infância, na qual a criança deveria ser resguardada de qualquer exposição imoral e sem pudor a que antes era submetida. Diante dessa nova direção, em que o poder antes concentrado nas mãos do senhor feudal passa para as mãos do Estado, a sexualidade começa a ser discutida, perceptível nas obras de literatura do século XVIII – o que antes era um assunto encoberto pela sociedade começa a ser discutido.

Brasil Colônia e Império

“Miúdos”, “infantes”, “ingênuos” são as expressões encontradas em documentos do Brasil Colônia que se referem à criança.

No Brasil, a situação não diferenciava muito, em relação à exploração da criança, desde os primeiros momentos de colonização, na então colônia de Santa Cruz: observa-se a tentativa de adestramento físico e mental a que foram submetidas às crianças indígenas pelos jesuítas.

O abandono também era comum nessa época no Brasil, também chamado de exposto. Essa prática tornou-se tão corriqueira que alguns seguimentos da sociedade, entre eles a Igreja Católica, eram mais empenhados, mobilizando-se para ajudar essas crianças e adolescentes que não tinham nenhuma perspectiva de vida, encontrando-se em situação calamitosa, sendo maltratadas e até mesmo abusadas sexualmente.

Com o final do sistema escravista e o início da mão de obra imigrante no Brasil, houve uma grande mudança no país que, de um grande produtor rural, passou a ser invadido pelo sistema de produção fabril.

Nesse contexto do século XIX, a infância e a adolescência começam a ser associadas com a criminalidade, os crimes caracterizados na época eram relacionados com

o conceito de “vadiagem”, “desordem”, embriaguez, furto e roubos. A infância, que sempre era vista como “semente do futuro”, era alvo de preocupação. Os criminalistas, diante do elevado índice de “delinquência”, buscavam na infância a origem do problema.

No regime republicano foi instaurado pelos juristas o novo Código Penal da República, em 1890, que coincidissem com a realidade brasileira. O código não considerava menores de nove anos como criminosos, dos nove aos quatorze anos, pegos na “vadiagem”, deveriam ser recolhidos em estabelecimentos disciplinares industriais, pelo tempo em que o juiz achasse necessário, não ultrapassando os dezessete anos de idade (DEL PRIORE, 2000).

Houve um movimento internacional importante, posteriormente, referente à infância e adolescência, cujas reuniões ocorreram em Genebra e Viena, respectivamente nos anos de 1924 e 1952. Sobre a proteção e os cuidados com a criança, em 1959, a ONU aprovou a Declaração dos Direitos da Criança, documento contendo dez princípios que são válidos mundialmente.

No Brasil, o Código de Menores de 1979, consolidou a Política Nacional de Bem-Estar do Menor. Por intermédio desse Código, a criança e o adolescente tornaram-se alvo de medidas judiciais, assim, quando eram encontrados em “situação irregular” ou “envolvidos em casos previstos em lei”, eram colocados à disposição da justiça e o Juiz de Menores decidiria, em nome da criança ou do adolescente, qual a melhor conduta para resguardar a formação física, psíquica e moral.

Dessa forma, esse Código preconizava a intervenção do Estado sobre a família, dando pleno poder ao Estado de internar “menores em situação irregular” até a maioridade, advertindo os responsáveis, colocando em lares substitutos, abrigando em instituições educacionais, hospitalares, psiquiatrias, retirando, assim, dos pais, o pátrio poder.

Em 1988, foi promulgada a atual Constituição Federal (BRASIL, 1988), uma conquista muito significativa tanto para toda a sociedade como para a criança e o adolescente brasileiro, colocando-os não somente como objeto de intervenção do Estado, mas como sujeitos de direito, independente do contexto sociocultural em que estão inseridos.

A violência sexual infantil no Brasil contemporâneo

Foi no século XX, no cenário internacional, que a elaboração e a disseminação de documentos voltados para os avanços no sistema de proteção à infância tiveram grande ênfase. No Brasil não foi diferente, diante das transformações políticas e sociais, das falhas visualizadas de intervenção aplicadas pelo Estado perante a criança e o adolescente, vários setores da sociedade se mobilizaram com o intuito de solidificar uma política voltada para a garantia dos direitos deste público. Sendo assim, esses movimentos organizados da sociedade para a garantia dos direitos tiveram grande participação na elaboração da Constituição Federal de 1988 (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007).

A Constituição Federal, em seu art. 227, refere-se aos direitos da criança e do adolescente e estabelece que:

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

O§4º do art.227 assevera que “A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”(BRASIL, 1988).

É possível afirmarmos, de acordo com Amorim (2005), que a violência sexual mostra-se, na sua maioria, pelo abuso e exploração sexual.

Sendo assim, o abuso sexual de crianças e adolescentes acontece quando estes sujeitos em formação são utilizados para bonificação sexual de pessoas, em sua grande maioria mais velhas, em um estágio de desenvolvimento psicosssexual mais avançado, ou seja, contempla

[...] todo ato, exploração, jogo, relação hetero ou homossexual, ou vitimização, de crianças e adolescentes por um adulto, por um adolescente, ou por uma criança mais velha que, pelo uso do poder, da diferença de idade, de conhecimento sobre o comportamento sexual, age visando o prazer e a gratificação própria (CORDEIRO, 2006, p.3).

A exploração sexual, por sua vez, “caracteriza-se pela relação mercantil, mediada pelo comércio do corpo/sexo, por meios coercitivos ou não, e se expressa de quatro

formas: pornografia, tráfico, turismo sexual e prostituição” (FLORENTINO, 2015, p. 139).

Após a Constituição Federal de 1988, que deixa claro que não será mais admissível o abuso, a violência e a exploração sexual, o Brasil passa por um redesenho das políticas sociais para a criança e o adolescente, sendo sancionando, em 13 de julho de 1990, a Lei Federal nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente– ECA(BRASIL, 1990), estabelecendo seus direitos e deveres, além de fixar as responsabilidades do Estado, da sociedade e da família com o futuro das novas gerações, trazendo uma nova visão e postura frente à infância e à adolescência.

Fica claro que, com a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a implantação dos Conselhos Tutelares, muitos foram os avanços na garantia dos direitos da criança e do adolescente, trazendo à tona a punição de uma prática tão enraizada advinda de todo um processo histórico, em que crianças e adolescentes tinham lugar de pouca atenção e visibilidade.

No ano de 2000 foi aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil.

Mediante a criação desse Plano Nacional, o País desenvolveu progressos importantes na área do enfrentamento e reconhecimento da violência sexual contra crianças e adolescentes, oferecendo condições teóricas e metodológicas para a reorganização de serviços, programas e políticas de enfrentamento à violência sexual (BRASIL, 2013a).

O setor público de saúde passou a se envolver formalmente, por meio da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que aponta a violência como um problema de saúde pública e traça diretrizes para ações em diversos níveis, abrangendo os mais diversos setores, com destaque para a importância de ações conjuntas e articuladas, por intermédio da Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001, publicada no DOU nº 96 seção 1E de 18 de maio de 2001, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a).

Também em 2001, o Ministério da Saúde instituiu a obrigatoriedade da notificação, para todas as entidades de saúde integradas ao Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria nº 1.968/GM, de 25 de outubro de 2001, publicada no DOU nº 206 de

26 de outubro de 2001, em sua determinação de que casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra a criança e o adolescente devem ser comunicados ao Conselho Tutelar (BRASIL, 2001b).

Com a Portaria nº 1.968/GM, de 25 de outubro de 2001, foi possível padronizar as ações dos serviços de saúde de todo território nacional, mediante comunicação/notificação ao Conselho Tutelar, ampliando a obrigatoriedade de todos os profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, estabelece a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser inserida em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, avaliando a situação de morbimortalidade no Brasil, visando à melhoria da ampliação e qualidade dos atendimentos pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalares das vítimas relacionadas a traumas e violência (BRASIL, 2003).

A Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004 (BRASIL, 2004), dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.

Vale ressaltarmos que esta Portaria nº 936 (BRASIL, 2004), leva em consideração a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e a Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, de modo a contemplar as medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção de agravos externos.

Durante o “I Seminário Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle de DANT”, em 2005, ficou estabelecido e acordado com as secretarias estaduais e municipais de saúde e inserido na pauta política do Ministério da Saúde a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, que teve como intuito o aperfeiçoamento, a concretização e ampliação da vigilância e do sistema de informação sobre violências e acidentes nos três níveis de gestão (BRASIL, 2006a).

Sendo assim, a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b), avaliando a precisão de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em conformidade com os princípios do SUS e levando em consideração o Pacto pela Saúde, suas diretrizes operacionais e seus componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS –, estabelecidos entre as três esferas de

governo para a consolidação do SUS, aprova a Política de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b).

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

Em 2009, o sistema VIVA é agrupado ao Sinan Net, adaptando-se às suas normas específicas, no que tange à padronização de coleta e envio de dados (BRASIL, 2009b).

Em agosto de 2009, é sancionada a Lei nº 12.015 (BRASIL, 2009c), que altera o Código Penal Brasileiro no que diz respeito aos crimes de natureza sexual, adotando o procedimento de ação penal pública incondicionada se o crime for cometido contra menores de 18 anos ou pessoas vulneráveis.

Vale ressaltarmos que é a partir dessa lei que o sexo masculino também pode ser considerado vítima do crime de estupro, havendo agravante de pena quando o crime for praticado por pessoas das relações familiares ou de proximidade da criança ou adolescente.

Entretanto, somente em novembro de 2009, a Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo estabeleceu, no âmbito do Estado, o mecanismo de atendimento especial às mulheres e crianças vítimas de violência sexual, por meio da Lei nº 13.813, de 13 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009a).

Esta Lei determina que o atendimento à vítima de violência sexual acontecerá pela assistência médica emergencial e assistência médica legal em um hospital ou unidade de pronto atendimento pública ou conveniada pelo SUS. Desta forma, a vítima de violência sexual tem o direito de ser atendida na unidade hospitalar para realização de exames médicos periciais com especialista do Instituto Médico Legal (IML), bem como registrar Boletim de Ocorrência informando a violência sofrida.

Também fica preconizado na Lei que essas vítimas terão, nas unidades de atendimento, o acompanhamento de psicólogos, assistente social e assistência jurídica para responsabilização do agressor.

O Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013 (BRASIL, 2013b), instituiu diretrizes para o atendimento das vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, bem como estabeleceu as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação.

De acordo com o Art. 2º do Decreto supracitado, o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS deve cumprir as diretrizes estabelecidas. Visando ao atendimento dessas vítimas, os profissionais da rede do SUS deverão seguir os procedimentos indicados no Art. 4º do Decreto nº 7.958 (BRASIL, 2013b). Sendo assim, o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde também possuem as suas competências, sendo do Ministério da Justiça, de acordo com o Art. 5º e do Ministério da Saúde, de acordo com o Art.6º do Decreto nº 7.958 (BRASIL, 2013b).

Em agosto de 2013, a Presidente da República Dilma Rousseff junto ao Congresso Nacional, decretou e sancionou a Lei nº 12.845 que delinea sobre o atendimento integral e obrigatório de indivíduos vítimas de violência sexual em todos os hospitais integrantes da rede SUS, bem como a assistência multidisciplinar e encaminhamentos à rede de serviços socioassistenciais, se for necessário.

Em abril de 2014, por meio da Portaria nº 485, o Ministério da Saúde reestabelece o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, no âmbito do Sistema Único de Saúde e deixa claro que os serviços agregam as redes intersetoriais de enfrentamento da violência, seja ela: “contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípuas preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede” (BRASIL, 2014).

Nesta mesma Portaria, o Ministério da Saúde estabelece que as redes intersetoriais de enfrentamento da violência terão suas ações desenvolvidas de acordo com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual e estabelece, pela primeira vez, no Art. 7º, a composição da equipe de referência para esse tipo de atendimento.

Outro ponto positivo desta Portaria é o seu Art. 11, que discorre sobre a obrigatoriedade da notificação compulsória dos Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e suas mais várias classificações, “[...]através da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)”(BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que, na referida Portaria, é novamente mencionado sobre o que compete ao Ministério da Saúde, porém, as competências explanadas nesta Portaria não se assemelham às informadas no Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013.

No entanto, podemos visualizar nesta Portaria que também as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios ficaram corresponsáveis por algumas ações. Em 25 de março de 2015, o Ministério da Saúde instituiu orientações para a organização e consistência do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS, quanto à humanização do atendimento, bem como nota de informações e coleta de vestígios, pela Portaria Interministerial nº 288(BRASIL, 2015a).

Esta portaria vem considerando todas as Leis, Decretos e Portarias citados até o momento neste trabalho, porém, com o diferencial de oferecer meios para a responsabilização dos autores de violência, trazendo o que é de competência da Secretaria de Políticas para Mulheres, da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República e dos Ministérios da Justiça e da Saúde.

Em 02 de outubro de 2015, o Ministro de Estado da Saúde determinou critérios para capacitação para efetivação de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no SUS, assim, incluiu a habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e determinou procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.

Diante de Leis, Decretos e Portarias tão recentes, propusemos realizar a pesquisa de campo em um Hospital Público do Estado de São Paulo, a fim de identificar se o atendimento desta instituição a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual se encontra dentro das legislações aqui explanadas.

Metodologia da pesquisa e análise dos dados

Por motivos éticos não será possível divulgarmos o nome da instituição, desta forma somente apresentaremos a sua caracterização geral. A pesquisa foi realizada em uma instituição pública ligada à administração direta da Coordenadoria de Serviço de Saúde (CSS), da Secretaria do Estado de São Paulo.

O local da pesquisa foi na cidade de Assis/SP, um município localizado à região oeste do Estado a uma distância de 440 Km da capital. Possui uma população de 102.268 habitantes (IBGE, 2017). Essa instituição hospitalar é conveniada ao SUS atende casos de média e alta complexidade, sendo referência para 25 municípios que fazem parte da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Marília.

A Instituição hospitalar pesquisada dispõe de 138 leitos operacionais distribuídos em onze unidades de internação diferentes: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica de Especialidades, Clínica Psiquiátrica, UTI-Adulto, UTI-Neonatal, UTI-Pediátrica, Clínica Obstétrica, Cuidados Intermediários, Alojamento Canguru e Clínica de Pediatria.

Sendo assim, no ano de 2005, um grupo de profissionais elaborou um processo de reconhecimento para que o Hospital, por intermédio do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, começasse a atender vítimas de violência sexual, sendo estabelecido, no decorrer deste programa, um fluxo de atendimento para as vítimas de violência sexual.

O atendimento à vítima de violência sexual na instituição ocorre da seguinte forma: Chegada da vítima no Hospital; abertura de prontuário; encaminhamento da vítima ao 2º andar- Clínica Obstétrica; acolhimento da vítima pela equipe de enfermagem, se a vítima está na pré-menarca quem atende é a equipe do Materno Infantil (enfermeiro e médico), se a vítima está na pós-menarca quem atende é a equipe da Clínica Obstétrica (enfermeiro e médico). Em ambos os casos, o atendimento da vítima é realizado mediante avaliação médica, durante a qual o profissional prescreve medicação, faz anamnese, colhe exames, administra medicação, realiza contato com a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) e com o IML e encaminha para o serviço social, psicólogo e médico Infectologista.

Vale salientarmos que o objetivo principal desta pesquisa é analisar como a Equipe Multiprofissional trabalha o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na Unidade Hospitalar. Estabelecemos, ainda, os seguintes objetivos específicos: identificar como a Equipe Multiprofissional lida com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual; verificar as dificuldades da Equipe Multiprofissional ao atender crianças e adolescentes vítimas de violência sexual; e investigar as soluções possíveis para problemas enfrentados pela Equipe Multiprofissional em face do atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

O problema que colocamos consiste na dificuldade da Equipe Multiprofissional ao atuar com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na Unidade Hospitalar.

Para identificar se os objetivos e o problema propostos foram alcançados, seguimos as recomendações da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do MS, bem como solicitamos autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, a fim de validar a proposta de trabalho e ter possibilidades de divulgar as informações.

Durante a realização deste estudo, a Equipe de atendimento de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes (Clínica Obstétrica e Materno Infantil) era composta por 56 profissionais, dos quais dois estavam de licença médica no período da pesquisa e dois estavam de férias. Sendo realizada a amostragem com base em 52 profissionais.

Desta forma, entregamos o questionário para 60% dos profissionais que atendem esses casos, ou seja, para 31 profissionais, porém somente 54% devolveram o questionário para análise, ou seja, 28 profissionais.

Participaram, portanto, do estudo, 28 profissionais integrantes da Clínica Obstétrica e do Materno Infantil, entre eles: Assistente Social, Enfermeiros, Médicos, Psicóloga.

Todos os integrantes do estudo participaram voluntariamente da pesquisa, sendo assim, foram esclarecidos os seus objetivos e processos utilizados, bem como, asseguramos o direito ao profissional participante de acesso aos dados. Além disso, elaboramos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com o propósito de utilizar as informações, garantindo que a identidade se mantivesse em sigilo e fosse assegurada a liberdade de qualquer integrante ter o livre arbítrio para deixar de participar da referida pesquisa a qualquer momento.

Após esta etapa, demos início à pesquisa de campo, na qual foram utilizados os instrumentais como a identificação de categorias e os questionários estruturados (Apêndice A), ou seja, com perguntas abertas. Deste modo, aplicamos os questionários, que levaram em média 30 a 40 minutos para serem respondidos por cada participante, em um local apropriado. Na sequência, os questionários respondidos foram acondicionados em um envelope sem identificação para que o seu sigilo fosse mantido.

Com o término desta etapa, procedemos às análises dos dados coletados e elencamos as categorias profissionais. Porém, somente um profissional, dos 28 que

participaram da pesquisa, não identificou o seu cargo profissional. Ficando os demais cargos assim definidos: 11 enfermeiros, um assistente social, um psicólogo e 14 médicos.

Destes 28 profissionais que responderam à identificação, seis deles desistiram de responder o questionário. Três deles relataram que não atendem vítimas de violência sexual há muito tempo, não ficando à vontade para responder o questionário. Um deles respondeu que não se sentia parte dessa Equipe Multiprofissional, outro ainda asseverou que, apesar de compor a equipe, nunca atendeu nenhum caso e, para finalizar, um último respondeu que iria se aposentar e não iria mais compor essa equipe, sentindo-se no direito de não responder o questionário. Desta forma, totalizamos 22 questionários para serem analisados.

Também registramos a idade desses profissionais e obtivemos os seguintes dados: um profissional com idade de 20 a 30 anos; três profissionais com idade de 31 a 40 anos; oito profissionais com idade de 41 a 50 anos; quatro profissionais com idade de 51 a 60 anos, três profissionais com idade de 61 a 70 anos e três profissionais que não informaram a sua idade.

Analisamos, também, o tempo de profissão, sendo: de 1 a 10 anos, cinco profissionais; de 11 a 20 anos, cinco profissionais; de 21 a 30 anos, cinco profissionais; de 31 a 40 anos, cinco profissionais e dois não informaram o tempo de profissão.

Para finalizar a análise da identificação, perguntamos há quanto tempo esses profissionais compõem a Equipe e obtivemos o seguinte resultado: de 1 a 10 anos, nove profissionais; de 11 a 20 anos, seis profissionais; de 21 a 30 anos, um profissional; de 31 a 40 anos, um profissional; e cinco profissionais não informaram esse tempo.

Após a finalização da análise da identificação dos profissionais, procedemos à análise das perguntas.

Quando questionamos, na pergunta de número 1 – “Qual o sentido da Equipe Multiprofissional para você no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?” –, a maioria entendeu que é ofertar um apoio mais completo a essas vítimas. Em suas palavras: *“Dar um atendimento melhor, mais completo”*; *“para melhor atendimento da vítima dando todo suporte necessário, seja na questão de notificação, medicação e intervenção na violência, sendo cada um de acordo com a sua especialidade”*.

Na pergunta de número 2 – “Qual a sua preparação para fazer parte dessa Equipe Multiprofissional?” –, a maioria dos profissionais ficou dividida em duas

respostas, sendo a primeira o conhecimento técnico adquirido na formação acadêmica, a vivência profissional e a orientação/apoio de colegas de trabalho. Em suas palavras: *“formação acadêmica e leituras que tenho feito por conta própria”*; *“conhecimento técnico da especialidade e aprendizado na vivência dos casos com as crianças e adolescentes que procuram o serviço e com os colegas da equipe”*; *“não obtive capacitação para exercer”*.

E a segunda resposta, com igualdade de aderência, foi que esses profissionais não tinham preparação nenhuma. Em suas palavras: *“não tive nenhuma preparação para fazer parte dessa equipe”*; *“não passei por nenhum tipo de treinamento, apenas me foi apresentado o fluxo e informações básicas”*; *“minha preparação foi nula, foi avisado do novo programa, quando já estava implantado”*.

Quando questionamos, na pergunta de número 3 – “Como você foi escolhido para compor a Equipe Multiprofissional no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual” –, a maioria respondeu que foi algo imposto pela instituição por intermédio do fluxograma, sendo estabelecido mediante uma escala de plantão. Em suas palavras: *“Escala de serviço”*; *“foi imposto pelo programa, pois faço parte da clínica obstétrica”*; *“não fui escolhida, esta condição me foi imposta como plantonista da UTI pediátrica, foi feita uma determinação pela diretoria anterior de que deveria ser os plantonistas da UTI pediátrica a atender o Programa”*; *“diante de uma escala, por fazer parte da UTI neo”*.

Na pergunta de número 4 – “Qual a sua aderência a essa Equipe Multiprofissional?” –, a maioria respondeu que é em razão da escala de plantão. Em suas palavras: *“Aderência? Quem está de plantão é que atende”*; *“atender os casos que chegam aos meus plantões”*; *“só quando estou de plantão”*; *“faço meu atendimento conforme demanda, pois sou obrigada a atender quando chega ao meu horário de trabalho”*.

Quando questionamos na pergunta de número 5 – “Você recebe algum apoio ou retorno financeiro para fazer parte dessa Equipe Multiprofissional? Se sim, qual?” –, todos responderam que não.

Ao questionarmos, na pergunta de número 6 – “Qual o seu olhar enquanto profissional que compõe a Equipe Multiprofissional para com a criança e adolescente vítima de violência sexual?” –, apesar da grande divergência de opinião, a maioria respondeu que sente compaixão, tristeza, sofrimento e dor. Em suas palavras: *“Acho uma situação de muito sofrimento e dor”*; *“compaixão”*; *“Sinto realmente muito pelas crianças vítimas de violência. Procuro ser bastante carinhosa, muitas vezes não há abuso físico importante, mas a criança*

acaba sendo imposta como objeto de problemas conjugais, abandono, estas são agredidas e/ou negligenciadas de muitas maneiras”.

Na pergunta de número 7 – “Quais as dificuldades encontradas por você enquanto profissional que compõe a Equipe Multiprofissional no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual? –, a maioria respondeu como dificuldade a falta de local adequado para o atendimento, a falta de treinamento/capacitação, preparação psicológica e a imposição do atendimento. Em suas palavras: *“Falta de capacitação e treinamento, deixar a assistência, muitas vezes com o RN grave para atender as ocorrências, dificuldade perante o plantonista que, na maioria das vezes também não recebeu orientação e treinamento”;* *“Despreparo psicológico e abandonar por horas o setor que trabalha, pois depende do caso, demanda muito tempo”;* *“Sendo a Clínica Obstétrica um polo de atendimento às vítimas de violência sexual, encontramos dificuldades com os pediatras de plantão, muitos recusam atendimento alegando a falta de treinamento”;* *“falta de capacitação para trabalhar com a violência sexual, dificuldade de enfrentar casos tão tristes sem preparo psicológico e imposição desse tipo de serviço sem ter preparo”;* *“falta de local adequado, falta de prática e treinamento específico, não tenho preparo psicológico para esta situação, e não me agrada a imposição deste atendimento”;* *“Falta de equipe fixa e com respaldo, treinamento contínuo e reuniões”;* *“o atendimento fica prejudicado, pois somos assistenciais em unidades de atendimento”;* *“falta de treinamento, querer fazer parte da equipe”.*

Quando questionamos, na pergunta de número 8 – “Qual a sua opinião para melhorar o trabalho da Equipe Multiprofissional em face do atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?” –, a maioria respondeu que o atendimento melhoraria se houvesse uma Equipe de atendimento específica, que gostasse de atender essas vítimas, sem ter que abandonar o plantão, com capacitação/ treinamento e recebendo por isso. Em suas palavras: *“Que fosse formada uma equipe específica para atendimento, com escala independente da escala de serviço. Plantão à distância? Não sei, mas deveria ser pensando uma forma para um atendimento voltado exclusivamente à vítima, que não fosse dividido com a rotina das unidades”;* *“Que houvesse uma equipe específica e treinada (qualificada) e que esse atendimento ocorresse em um lugar reservado para não expor ainda mais a vítima”;* *“Equipe específica, voluntária e com treinamento adequado a esta situação e não retirar o plantonista da UTI ped para quebrar galho no momento em que a vítima chega no hospital”;* *“Montar uma equipe interdisciplinar e apoiar tanto financeiramente quanto no aperfeiçoamento desta equipe com reuniões e estudos”;* *“Ser composto por profissionais de diversas áreas treinadas, esses profissionais devem receber pelo serviço e também devem querer trabalhar nessas situações”.*

Visão e perspectivas dos profissionais da Clínica Obstétrica e do Materno Infantil no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

Ao observarmos a realidade por meio da leitura das informações coletadas junto aos profissionais da Clínica Obstétrica e do Materno Infantil, salientamos alguns elementos – tanto do ponto de vista positivo como negativo – sobre o trabalho da Equipe Multiprofissional à criança e ao adolescente vítima de violência sexual atendidos na Unidade Hospitalar.

Em relação ao elemento positivo encontrado nas respostas, destacamos o olhar da Equipe em relação às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual. Como informado anteriormente, a Equipe não tem o olhar de culpabilização destes indivíduos, mas sim como sujeitos vitimados.

Também podemos ressaltar como ponto positivo, o sentido que a Equipe Multiprofissional dispensa ao atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, entendendo que a Equipe Multiprofissional é constituída por todos os profissionais que atendem a vítima de violência sexual, trabalhando de acordo com as suas especificidades da formação e necessitando conhecer a ação individual de trabalho de cada profissional que compõe esta Equipe, como foi dito pela maioria dos sujeitos pesquisados, ofertando um atendimento mais completo para essas vítimas. Porém, enquanto profissionais do serviço social, com uma visão de totalidade, entendemos que a melhor forma para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual seria por meio de Equipe Interdisciplinar, conforme Rodrigues (1998, p.156):

[...] a interdisciplinaridade, favorecendo o alargamento e a flexibilização no âmbito do conhecimento, pode significar uma instigante disposição para os horizontes do saber. [...] Penso a interdisciplinaridade, inicialmente, como postura profissional que permite se pôr a transitar o “espaço da diferença” com sentido de busca, de desenvolvimento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer.

Sendo assim, podemos dizer que o trabalho interdisciplinar vem para integrar os conhecimentos das diversas áreas, de modo e visualizar o indivíduo em sua forma global e não mais fragmentada.

Em relação aos aspectos negativos, os sujeitos pesquisados apontaram que não houve um processo de capacitação/treinamento e que desenvolvem esse atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual com base em sua formação profissional e orientações de colegas.

No entanto, de acordo com o Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013, em seu Art. 6 (BRASIL, 2013b) compete ao Ministério da Saúde, no inciso “II - capacitar os profissionais e gestores de saúde do SUS para atendimento humanizado”.

Podemos considerar que o Ministério da Saúde não vem cumprindo com sua responsabilidade, deixando os profissionais sem capacitação adequada e colocando as vítimas em situação de vulnerabilidade.

Outro ponto negativo que gerou bastante desconforto nos sujeitos pesquisados foi à forma como foram escolhidos para compor a Equipe. Como relatamos nesta pesquisa, essa foi uma situação imposta pelo Hospital.

Após avaliada a parte legal, podemos visualizar que a Equipe, de fato, tem razão quando relata que a situação foi imposta, mediante Lei nº 13.813 de 13 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009a) que instituiu, no âmbito do Estado, o procedimento de atendimento especial às mulheres e crianças vítimas de violência sexual. Porém, a lei não menciona quais são os setores responsáveis por este atendimento, ficando esta definição a critério dos serviços públicos do Estado, por meio de um fluxograma de atendimento.

Em relação à aderência dessa Equipe, a maioria respondeu que é de acordo com a escala de plantão e de fato essa informação procede, pois a Portaria nº 485 de 1 de abril de 2014, em seu Art. 5, § 2º traz:

Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta dos serviços de referência dispostos no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação(BRASIL, 2014).

Sendo assim, a instituição vem cumprindo com este atendimento, porém deixando seus profissionais bastante descontentes.

Quando questionamos sobre algum apoio ou retorno financeiro para fazer parte dessa Equipe Multiprofissional, os profissionais foram unânimes em afirmar que não recebem nem apoio, nem retorno financeiro. Porém, pudemos identificar, por intermédio da pergunta de número oito, a opinião destes profissionais para melhorar o trabalho da Equipe Multiprofissional. Muitos profissionais apontaram a necessidade de receber por esse serviço prestado, mas não de forma isolada, ou seja, mediante alteração na escala de atendimento.

Os pontos negativos não param por aqui, pois quando questionamos sobre as dificuldades encontradas no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, muitos pontos negativos foram salientados como mencionamos anteriormente.

Desta forma, mais uma vez, deparamo-nos com o descaso do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, pois, de acordo com a Portaria nº 485 de 1 de abril de 2014 (BRASIL, 2014), em seu Art. 14, consta: “a) a qualificação periódica de equipes multiprofissionais”, o que não conseguimos visualizar nesta instituição.

Outra questão que foi levantada pelos profissionais relacionada a esta mesma pergunta consiste na falta de lugar adequado para o atendimento a essas vítimas de violência sexual, porém, de acordo com a referida Portaria, em seu Art. 13, consta como competência do Ministério Público:

[...] financiar, de acordo com a sua disponibilidade orçamentária e financeira, a adequação dos espaços físicos, equipamentos e insumos para atendimento às pessoas em situação de violência sexual com coleta de informações e vestígios (BRASIL, 2014).

Também pudemos identificar, com base nesta mesma pergunta, que os formuladores de políticas públicas de enfrentamento à violência não possuem um olhar direcionado para os profissionais que realizam o atendimento dessas vítimas, pois, de acordo com a legislação e os trabalhos pesquisados, pouco se fala sobre o profissional, o foco está voltado para as vítimas. Esta situação torna-se mais fácil de visualizar pelas respostas dos pesquisados que destacaram não ter preparo psicológico para esse atendimento.

De acordo com Felizardo, Zurchere e Melo (2006), os profissionais que atendem essas vítimas de violência também precisam ser cuidados, pois lidar com a violência sexual

traz um desgaste emocional muito grande e quase que diário. Essa situação não pode ser negligenciada pelos formuladores de políticas públicas de enfrentamento à violência.

E, para finalizar, na resposta de número oito, os apontamentos feitos pelos profissionais deixam claro que eles também querem ser olhados, ou seja, desejam ser cuidados. Pois, manifestaram em suas repostas que necessitam de uma equipe específica para o atendimento dessas vítimas, que tenha perfil, que receba uma remuneração por isso e também treinamento e capacitações, de modo a diminuir a suas angústias e anseios e conseguindo, assim, se instrumentalizar para um atendimento adequado.

Considerações finais

Este trabalho teve por objetivo analisar como a Equipe Multiprofissional trabalha o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na Unidade Hospitalar.

O atendimento às vítimas de violência sexual, em especial a criança e o adolescente, como verificamos no decorrer deste estudo, tornou-se um direito resguardado pelas legislações vigentes, mas nem sempre foi assim, muitos tiveram que sofrer no anonimato e sem nenhum tipo de proteção por simplesmente serem considerados menores, menos importantes, não dignos de atenção, pois o próprio conceito de criança e adolescente como seres em fase de desenvolvimento é contemporâneo, tendo como marcos legais principais, no Brasil, a promulgação da Constituição Federal (1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

A análise dos dados permitiu-nos destacar que os profissionais acreditam que é necessário mais apoio a essas vítimas de violência sexual e que necessitam de um atendimento mais especializado, por equipe própria e lugar específico para o atendimento e acolhimento dessas vítimas. Em relação ao seu preparo ambos relataram não ter passado por nenhum tipo de treinamento específico para atuar junto a essas vítimas e que a prática e formação acadêmica são seus suportes para a atuação. Esse ponto é bem importante, pois conforme constatamos neste trabalho, para o atendimento às vítimas de violência sexual, o SUS preconiza, em lei, a contemplação desses profissionais com treinamentos periódicos.

Outro aspecto importante a relatar é que os profissionais se sentem obrigados a atender as vítimas, não possuindo escolha, e sua atuação fica centralizada basicamente em atendimentos pontuais, determinados de acordo com a escala de plantão.

Outra dificuldade abordada pela equipe no atendimento dessas vítimas que chegam à Unidade Hospitalar é ter que abandonar a assistência, ou seja, deixar os pacientes internados, muitas vezes em estado grave nas UTIs, para priorizar o atendimento a essas vítimas, porém, nem sempre é possível no momento em que a vítima chega ao hospital.

Esta pesquisa também nos permitiu observar que, mesmo em meio a tantas dificuldades no seu cotidiano, os profissionais conseguem apontar possíveis soluções para a melhoria no atendimento e se esforçam com as “armas que possuem”, ou seja, o seu conhecimento na área, para melhor atender essa vítima, porém, isso não é o suficiente e para mudar essa realidade é necessário mais que isso, esses profissionais precisam ser ouvidos, capacitados por meio de treinamentos específicos sobre o tema, a fim de promover uma melhor abordagem e atendimento. É preciso, também, espaços onde possam trabalhar as questões subjetivas, sobretudo quando se deparam com o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

A vítima de violência sexual precisa de acolhimento e de um olhar em sua totalidade, em que a equipe não trabalha de forma interdisciplinar e sim multiprofissional.

Porém, é preciso esclarecermos que esse formato de atuação não é, de forma alguma, “culpa” dos trabalhadores, pois, assim como as vítimas, eles também estão sendo negligenciados, uma vez que, como mencionamos anteriormente, o trabalho com vítimas de violência sexual é muito desgastante em razão de suas complexidades e é de extrema importância o devido preparo desses profissionais.

De modo geral, avaliamos que este atendimento apresenta aspectos positivos e potencialidades a serem trabalhadas. Constatamos que instituição detém uma quantidade considerável de profissionais competentes para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, porém, de forma multiprofissional, por não ser trabalhado com eles o tema em questão.

Sendo assim, conseguimos atingir os três objetivos propostos por este estudo.

Referências bibliográficas

AMORIM, Sandra Maria Francisco. **Reflexões sobre o enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes.** In: SILVA, A. S.; SENNA, E.; KASSAR, M. (Orgs.). Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e tráfico para os mesmos fins: contribuições para o enfrentamento a partir da experiência de Corumbá-MS. Brasília, DF: OIT, 2005. cap. 5, p. 89-109.

BIDARRA, Zelimar Soares; OLIVEIRA, Luciana Vargas Netto. **Um capítulo especial na história da infância e da adolescência:** o processo de construção do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade. In: LAVORATTI, Cleide (Org.). Programa de capacitação permanente na área da infância e adolescência: o germinar de uma experiência coletiva. Ponta Grossa, PR: UEPG, 2007. p. 163-187.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 15 abr. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria **MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001.** Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília, n.96, Seção 1E, 18 maio 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001.** Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n. 206, Seção 1, p. 86, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 936, de 19 de maio de 2004.** Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde.** Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde. 2006b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. Assembléia Legislativa. **Lei nº 13.813, de 13 de novembro de 2009.** Institui, no âmbito do Estado, o procedimento de atendimento especial às mulheres e crianças vítimas de violência sexual. Brasília, DF, 2009a. Disponível em:<<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2009/lei-13813-13.11.2009.html>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde.** VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, DF, 2009c. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2009/Lei/L12015.htm#art2>. Acesso em: 28 abr. 2017

_____. Ministério do Turismo. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.** Brasília, DF, 2013a.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2013b. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e

integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF, 2013c. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014**. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html>. Acesso em: 28 abr. 2017

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015**. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, DF, 2015a. Disponível em:<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Portaria-Interministerial-n---288.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Portaria nº 1.662, de 2 de outubro de 2015**. Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS. Brasília, DF, 2015b. Disponível em:<http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.10.2015-II.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

CORDEIRO, Flávia de Araújo. **Aprendendo a prevenir: orientações para o combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília: Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, 2006.

DEL PRIORE, Mary. **O Cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império**. In: _____ (Org.). História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto, 2000. p. 84-106.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. 2. ed. São Paulo: Escala, 2002.

FELIZARDO, Dilma; ZURCHER, Eliane; MELO, Keilla. **Violência Sexual: conceituação e atendimento**. In: LIMA, Cláudia Araújo de et al. (Coord.). Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 69-80.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérghamo. **As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes**. Fractal: Revista de

Psicologia, Niterói, RJ, v. 27, n. 2, p.139-144, maio/ago. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/805>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades:** São Paulo - Assis. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=350400>>. Acesso em: 3 maio 2017.

LABADESSA, Vanessa Milani; ONOFRE, Mariangela Aloise. **Abuso sexual infantil:** Breve histórico e perspectiva dos direitos humanos. Revista Olhar Científico, Ariquemes, RO, v. 1, n. 1, p. 4-17, jan./jul. 2010.

MACHADO, Josiel Artigas; SANCHES, Mario Antônio. **A gênese da violência infantil.** Caderno Teológico de PUCPR, Curitiba, v.2, n.1, p.173-189, 2014.

RODRIGUES, Maria Lucia. **O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar.** In: MARTINELLI, Maria Lúcia et al.(Orgs). O Uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. São Paulo: Cortez/Educ, 1998.p. 152-158.

APÊNDICE - QUESTIONÁRIO

Identificação

Função/ Cargo:

Idade:

Tempo que compõe a Equipe:

Tempo de profissão:

- 1) Qual o sentido da Equipe Multiprofissional para você no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?
- 2) Qual a sua preparação para fazer parte dessa Equipe Multiprofissional?
- 3) Como você foi escolhido para compor a Equipe Multiprofissional no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?
- 4) Qual a sua aderência a essa Equipe Multiprofissional?
- 5) Você recebe algum apoio ou retorno financeiro para fazer parte dessa Equipe Multiprofissional? Se sim, qual?
- 6) Qual o seu olhar enquanto profissional que compõe a Equipe Multiprofissional para com a criança e o adolescente vítima de violência sexual?
- 7) Quais as dificuldades encontradas por você enquanto profissional que compõe a Equipe Multiprofissional no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?
- 8) Qual é a sua opinião para melhorar o trabalho da Equipe Multiprofissional em face do atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?