

ELIANA BORGES GONÇALVES RODRIGUES DA SILVA

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES A
CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL INTRAFAMILIAR

Assis
2010

ELIANA BORGES GONÇALVES RODRIGUES DA SILVA

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES A
CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL INTRAFAMILIAR

Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências e Letras de Assis – UNESP –
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita”
para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadores: Dr. José Luiz Guimarães (in memorian)
Dr. José Sterza Justo

Assis
2010

Silva, Eliana Borges Gonçalves Rodrigues da.

Análise da efetividade das intervenções a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual intrafamiliar / Eliana Borges Gonçalves Rodrigues da Silva. - Assis : [s.n.], 2010.

110 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: José Sterza Justo

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras

1. Psicologia. 2. Políticas Públicas - Brasil. 3. Violência Sexual Intrafamiliar. I. Justo, José Sterza. II. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras. III. Título.

CDD 150
301.4158

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do IBILCE
Campus de São José do Rio Preto - UNESP

*Dedico este trabalho, especialmente,
Ao meu professor e mestre, José Luiz Guimarães,
que partiu tão cedo.
E também às vítimas
da exclusão social e da insensibilidade
dos gestores públicos.*

AGRADECIMENTOS

- A Deus e aos Benfeitores Espirituais, onde busquei forças e proteção, quando da fadiga, do temor e das incertezas
- Ao meu amado marido, que me apoiou, incondicionalmente, nesta etapa de minha vida. Este homem de face singela e meiga é meu porto seguro nas intempéries e meu companheiro nas alegrias. Que nunca reclamou em deixar o aconchego da cama quente para me buscar na rodoviária após um dia exaustivo de aula e ou pesquisas.
- A minha mãe que mesmo sem compreender o significado que carrega o termo mestrado, sente orgulho desta filha que vence mais uma etapa da vida.
- Aos meus professores que muito mais que conhecimento que podiam ser adquiridos em livros, ensinaram-me a interpretá-los. Que aos poucos regou o desejo sincero de mudança através do conhecimento adquirido.
- Nas pessoas das funcionárias Sueli e Hiria, agradeço e homenageio a todos os funcionários da seção de pós-graduação pela paciência e orientação.
- Ao meu orientador Prof. José Sterza Justo pela bondade em me acolher na reta final. Em especial, agradeço, por auxiliar-me na construção da criticidade. Suas aulas provocantes muito contribuíram na reflexão sobre as práticas psi e a função dos programas sociais.
- À Profa. Dra. Renata Libório e à Profa. Dra. Maria de Fátima Araújo que compuseram a Banca do Exame de Qualificação, pelos apontamentos valiosos no prosseguimento da pesquisa.
- A SEADS – Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, representada pela DRADS SJRio Preto por liberar-me, semanalmente, para cursar o mestrado. Aos colegas de trabalho pelo auxílio e compreensão diante de minha ausência.
- Aos funcionários dos locais de pesquisa, pelo carinho, respeito e confiança a mim dedicados.
- A todos os sujeitos que aceitaram participar desta pesquisa.

HOMENAGEM ESPECIAL

Tomo a liberdade de acrescentar mais uma página a esta dissertação. Talvez, a folha mais difícil de escrever. Meus olhos marejam, a garganta se aperta e os dedos titubeiam. Quero homenagear meu querido professor e orientador Dr. José Luiz Guimarães, que já na reta final deste trabalho desencarnou. O que eu poderia dizer? Nada além de muito obrigada! Obrigada pelo acolhimento, pela liberdade de expressão. Obrigada por acreditar em meu potencial.

Este professor dedicado amava o conhecimento e tinha prazer em multiplicá-lo. Sacrificava horas de lazer junto à família e amigos em prol do bem coletivo. Sonhava com um mundo mais justo e cobrava de nós, acadêmicos, maior responsabilidade social. Enfrentou verdadeiras batalhas em prol da Universidade pública de qualidade.

Sua porta sempre estava aberta.

Tive a grata oportunidade de conviver com este homem singelo que muito contribuiu para a minha formação acadêmica e atuação profissional.

Não acredito na morte como o fim, mas, como mais uma etapa de nossa evolução. Tu subiste mais um degrau na escada evolutiva, mas tenho certeza, que não desampará aqueles que o ama.

Meu querido professor, obrigada por tudo e esteja em paz!

“Atrás de cada linha de chegada,

Há uma de partida.

Atrás de cada triunfo,

Há outro desafio.

Enquanto estiveres vivo,

Sinta- te vivo!”

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

SILVA, Eliana Borges Gonçalves Rodrigues. Análise da efetividade das intervenções a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual intrafamiliar. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis: 2010.

Esta pesquisa perpassa os campos de conhecimento do serviço social, política e gestão pública, direito e psicologia. O objetivo deste trabalho é analisar a efetividade da rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual intrafamiliar, especificamente, o impacto das intervenções de um Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual. Este serviço, respalda-se no ECA e faz parte da política pública destinada à criança e adolescente vítimas de violência sexual e recebe recursos financeiros do governo federal e municipal. Tem como objetivo atender crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias, sob o paradigma da proteção integral, garantindo-lhes o cuidado psicossocial, a promoção, defesa e garantia dos direitos. Foram construídos cinco indicadores de resolutividade das situações de violência que nortearam a coleta de dados e análise dos resultados. Nos Conselhos Tutelares da cidade pesquisada foram identificados 147 (cento e quarenta) casos denunciados de violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes no período de 01/08/2008 a 30/06/2009 e passou-se então, a monitorá-los e pesquisar as intervenções da rede protetiva de atendimento até janeiro/2010. Baseada nos procedimentos da avaliação por triangulação de métodos e do marco lógico selecionou-se 10 (dez) casos para aplicação de testes e escalas aos sujeitos para análise do impacto das intervenções e entrevistou-se os profissionais envolvidos nas intervenções.

Os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de adequações na implementação desta política pública e reformulação nas metodologias de intervenção e exercício das práticas intersetoriais.

Palavras-chaves: efetividade, violência sexual intrafamiliar, criança e adolescente.

ABSTRACT

SILVA, Eliana Borges Gonçalves Rodrigues. Analysis of the effectiveness of interventions on children and adolescents victims of sexual violence within the family. Dissertation - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis: 2010.

This research encompasses the fields of knowledge of social service, politics and public administration, law and psychology. The aim of this study is to analyze the effectiveness of the safety net for children and adolescents victims of sexual violence within the family, specifically the impact of interventions of a Service for Combating Violence, Abuse and Sexual Exploitation. This service draws upon the ECA and is part of public policy for the child and adolescent victims of sexual violence and receives funding from the federal and municipal government. It aims to assist children and adolescents victims of sexual violence and their families, under the paradigm of full protection, guaranteeing them the psychosocial care, promotion, protection and guarantee of rights. Were constructed five indicators of situations of violence that guided the data collection and analysis of results. In the Child Protection Council in the city surveyed were identified 147 (one hundred and forty) reported cases of sexual violence within the family against children and adolescents in the period from 01/08/2008 to 30/06/2009. It started then the monitoring of these cases and the search for the operations of the network of protective care until January/2010. Based on the evaluation procedures by triangulation methods and log frame, were selected ten (10) cases for application testing and scales to the subjects for analysis of the impact of interventions and were interviewed professionals involved in interventions.

The survey results point to the need for adjustments in the implementation of public policy and recast of the procedures for intervention and exercise of practices within sectors.

Keywords: effectiveness, sexual violence within the family, children and adolescents.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1. Localização do serviço de enfrentamento à violência sexual segundo a PNAS/2004.	33
Figura 2. Intervenções do SGDCA a vítimas de violência sexual.	35
Figura 3 Matriz Metodológica	48
Figura 4 Análise dos Indicadores de Resolutividade - Caso 1	71
Figura 5 Análise dos Indicadores de Resolutividade - Caso 2	74
Figura 6 Análise dos Indicadores de Resolutividade - Caso 3	77
Gráfico 1 - Violência sexual: dados segundo o gênero da vítima	56
Gráfico 2 - Violência sexual: gênero do agressor	57
Gráfico 3 - Violência sexual intrafamiliar: faixa etária da vítima	57
Gráfico 4- Primeiras medidas adotadas pela família após a revelação	58
Gráfico 5 – Medidas adotadas pelo CT após a denúncia	59
Gráfico 6 - Dinâmica da rede protetiva	61
Gráfico 7 - Justificativa de encerramento	63

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	12
2- REVISÃO LITERÁRIA	16
2.1 De que família, criança e adolescência se fala	20
2.2 A violência sexual contra crianças e adolescentes	24
2.3 Políticas Públicas e Fatores Protetivos na Rede de Atendimento	30
2.4 O dano secundário	34
2.5 Sobre a avaliação de políticas públicas	38
2.5.1 Indicadores de efetividade	42
3. MÉTODO	46
3.1. Delineamento da pesquisa	47
3.2 Técnicas de coleta e registros de dados.....	51
3.2.1 Análise documental	51
3.2.2 Entrevistas	52
3.2.3 Testes psicológicos	52
3.3 As instituições	54
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
4.1.1 Resultados da análise documental	56
4.2 Resultados dos testes psicológicos	66
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	86
7- ANEXOS	92
Anexo I.....	92
Serviço de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (Antigo Serviço de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil):	92
Anexo II.....	95
Anexo III.....	101
Anexo IV	104
Anexo V	106

1- INTRODUÇÃO

A necessidade de desenvolver este trabalho surgiu durante o meu exercício na função de Conselheira Tutelar. Desde o início, passei a conviver e partilhar da angústia de outros colegas no que referia a atuação dos programas psicossociais previstos nos arts. 101, IV e 129, I, III, VI da Lei 8069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente, uma vez que, as crianças/adolescentes, cujos, direitos haviam sido violados, e encaminhados a estes programas com objetivo de proteção, redução de danos e atendimentos psicológicos aguardavam por longo período (meses) em lista de espera para serem atendidos, não importando, a gravidade da situação psicossociofamiliar.

Dentre os poucos casos que recebiam o atendimento psicossocial estes perduravam por longo período, às vezes anos, sendo freqüente as famílias comunicarem ao Conselho Tutelar o desligamento unilateral alegando invasão à família por parte dos profissionais, donde estes estabeleciam normas, comportamentos a serem seguidos, além da emissão de julgamento dos padrões culturais familiares.

Por outro lado, em reuniões com os profissionais destes programas, estes reclamavam da ausência de modelos teóricos, padronização de instrumentais e procedimentos que os direcionassem na atuação profissional.

No centro destes questionamentos estavam crianças/adolescentes, cujos direitos básicos haviam sido violados e continuavam em situação de risco pessoal e social.

Após levantamento estatístico nos Conselhos Tutelares (Uberlândia, Araguari e Uberaba-MG), verificou-se que 70% dos casos encaminhados aos programas psicossociais, tinham reentrada nos Conselhos Tutelares com outros direitos violados ou então com a forma de violência agravada.

A escolha pelo tema da violência sexual intrafamiliar está intimamente relacionada com minha impotência diante dos sofrimentos psíquicos daquelas pessoas que buscavam ajuda no Conselho Tutelar. Notadamente este fenômeno assume novas dimensões perante a mídia e a sociedade, porém, continua a encobrir-se na impunidade do agressor devido a leis retrógradas ou pela proteção de seus pares.

Diante das tragédias que presenciava e acompanhava nas vidas de crianças, adolescentes e familiares, expostos a um ambiente marcado pela violência, hostilidade e opressão, comecei a me indagar sobre as iniciativas do Estado e o efeito das mesmas no enfrentamento de tal situação.

O ponto de partida situava-se nas seguintes considerações:

a) os programas psicossociais integram a rede protetiva a crianças e adolescentes preconizado pelo ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente e normatizado pela PNAS/2004 – Política Nacional da Assistência Social e NOB/SUAS - Norma Operacional Básica da Assistência Social;

b) o Serviço de Enfrentamento a Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescente é uma política pública destinada ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, bem como, a suas famílias;

c) este serviço deve oferecer por meio de equipe multidisciplinar um conjunto de procedimentos técnicos especializados para atendimento e proteção imediata às crianças e aos adolescentes vítimas de abuso ou exploração sexual, bem como seus familiares, proporcionando-lhes condições para o fortalecimento da auto-estima, superação da situação de violação de direitos e reparação da violência vivida.

Comecei, então, a indagar se as intervenções deste serviço de enfrentamento a violência tem sido efetivo na reparação da violência vivenciada, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, e na promoção da potencialização da autonomia e resgate da dignidade. Efetividade compreendida como a relação entre os objetivos do serviço e o impacto produzido no seu público alvo.

Para examinar a efetividade de tal serviço optei pela metodologia da avaliação por triangulação de métodos que combina e cruza múltiplos pontos de vista com variedade de coleta de dados com técnicas da metodologia do marco lógico utilizada para avaliação de políticas públicas e consiste na identificação dos objetivos gerais e específicos do programa, construção de indicadores pelos quais o programa será avaliado e identificação das fontes de dados utilizadas para as mensurações e análises.

Através da análise de prontuários nos Conselhos Tutelares mapeou-se 147 (cento e quarenta e sete) casos de violência sexual intrafamiliar a crianças e adolescentes no período de 01/08/2008 a 30/06/2009. Todos estes casos foram monitorados na rede protetiva e acompanhado as intervenções no Serviço de Enfrentamento a Violência Sexual que é oferecida no âmbito do CREAS – Centro de Referencia da Assistência Social até o mês de janeiro/2010. Deste total de casos identificados selecionou-se 10 (dez) para entrevista, aplicação de escalas e testes psicológicos em duas fases: antes da intervenção e decorridos 9 (nove) meses de encaminhamento ao serviço de enfrentamento a violência sexual. Também foram entrevistados os profissionais que atuaram na intervenção e os conselheiros tutelares que compõem os Conselhos Tutelares no município.

Os resultados obtidos indicam que há casos nos quais o Serviço consegue dar um bom suporte de atendimento às vítimas, porém, na maioria deles, se constata um total fracasso chegando até mesmo a produzir prejuízos secundários.

Foi possível constatar a necessidade de mudanças na metodologia de intervenção e revisão do processo de implementação desta política pública e

investimentos em demais políticas públicas que formam a base de execução desta, tais como: mudanças curriculares nos cursos de formação dos profissionais, alterações legislativas que permitam romper com excessos de burocracias, investimento de recursos financeiros que garantam a capacitação contínua da equipe multidisciplinar, dentre outros.

2- REVISÃO LITERÁRIA

O objetivo deste trabalho é analisar o impacto da rede de proteção à criança e adolescente vítimas de violência sexual intrafamiliar, especificamente, o impacto das intervenções de um programa psicossocial concebido para atender a este público.

Considerando o caráter multidisciplinar deste trabalho faz-se necessário introduzir alguns conceitos utilizados e que são frutos de um movimento histórico. Inicialmente abordar-se-á sobre o caráter das políticas públicas brasileiras, especificamente, as políticas públicas sociais e qual o lugar ocupado pela infância e adolescência nestes contextos.

Política (polis), termo grego ligado a noção de organização e governo de cidade (polis), do Estado e da Sociedade é uma terminologia de longa tradição na cultura ocidental. Policy (política), terminologia cunhada nos EUA pode ser conceituado como uma teia de decisões interrelacionadas, com seleção de metas e meios para alcançá-las. Refere-se aos conteúdos e configurações dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas (FREY, 2000).

Políticas públicas como campo de conhecimento e disciplina acadêmica surgiu nos EUA como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado, notadamente, o governo produtor por excelência de políticas públicas (SOUZA, 2006). Teve como pressuposto analítico norteador o princípio afirmativo de que em democracias estáveis aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser formulado e analisado cientificamente por pesquisadores independentes.

As políticas públicas são conjuntos de ações voltados para a garantia de direitos sociais assumidos como compromisso público e objetiva atender determinada demanda. Claramente são ações que buscam resolver, de forma

pacífica, alguns conflitos. Cada política pública implantada esconde sob um véu ideologias e muitas vezes interesses de uma elite. Um bom exemplo foram as garantias trabalhistas no governo Vargas que em nome de um Estado Desenvolvimentista procurava proteger as atividades econômicas nacionais e promover a acumulação de capital colocando-as a salvo de qualquer forma de luta social capaz de colocar em xeque tais objetivos. Além disto, tratava-se também de fortalecer os ideários e o modelo político liberal num momento em que disseminavam-se as idéias socialistas. Para erradicar qualquer possibilidade de revolta e sob o lema “façamos a revolução antes que o povo a faça”, o Estado garante, por meio de políticas trabalhistas, condições e benefícios mínimos para os trabalhadores (PINHEIRO, 1995).

No campo político, a introdução do conceito de política pública como ferramenta de decisões governamentais é resultante da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas conseqüências.

As políticas sociais têm grande avanço após a II Guerra Mundial assentadas na equação Keynesiana que propõe um estado forte e sua intervenção na economia como forma de se obter o equilíbrio global frente às demandas de crescimento econômico e às exigências de maior equidade social.

Entretanto, o Estado do Bem Estar Social ¹, nos meados dos anos 70, entra em declínio em conseqüência da crise do capitalismo e da derrocada do Leste Europeu. Estes eventos abrem espaço para o resgate das idéias liberais sob nova roupagem, o neoliberalismo. Nos países capitalistas a questão social rende-se a agenda de ajustes econômicos ditados pela globalização dos mercados mundiais, bem como, do próprio sistema político. O foco maior era distribuir os gastos públicos seguindo os padrões de eficiência preconizados pelo setor privado (ALMEIDA e REBELATTO, 2002).

¹ Ou *Welfare State* pode ser definido por garantia de pleno emprego, serviços sociais universais.

A implantação dos ideários neoliberais tem como consequência o acirramento das desigualdades sociais, perda de direitos sociais e trabalhistas, aprofundamento dos níveis de pobreza e exclusão social, aumento da violência e agravamento, sem precedentes, da crise social, nas sociedades, como a brasileira, onde a democracia ainda não havia se consolidado e tampouco a universalização de direitos básicos, tais como, saúde, educação, alimentação.

No Brasil, a política social teve desenvolvimento tardio e lento. Primeiramente, a questão social foi tratada como questão filantrópica e caritativa vinculada a Igreja Católica e àqueles que buscavam a salvação de suas almas. O assistencialismo do período colonial não tem pretensões de mudanças sociais, ao contrário, ideologicamente procura-se manter a situação e preservar a ordem através de idéias conformistas (MARCÍLIO, 2006).

No que refere à criança, a roda dos expostos foi a primeira instituição oficial de assistência à criança abandonada no país, seguida das Casas de Recolhimento para meninas pobres.

Até meados do séc.XIX, a assistência e as políticas sociais destinadas às crianças abandonadas configuravam-se, preponderantemente, sob a égide caritativa com o hábito de criar filhos alheios que foi amplamente valorizado e divulgado. O Estado, a todo custo, buscou eximir-se de suas responsabilidades. Diante das exigências legais repassava poucos recursos às Santas Casas de Misericórdia para assumir tal incumbência, estabelecendo assim, as primeiras parcerias público\privado. (MARCÍLIO, 2006; CRUZ e GUARESCHI, 2005).

No período compreendido entre o fim do século XIX e início do século XX, a infância ganha visibilidade sendo definida como objeto de intervenções públicas. Este período também é caracterizado pela introdução das idéias higienistas e eugênicas. O termo “menor” torna-se corrente e remete à concepção de infância enquanto menoridade, relacionada à questão penal: abandonado, delinquente, desviado e viciado. As intervenções públicas voltadas para o atendimento da criança

e do adolescente circunscreviam-se à gestão e tutela dos chamados perigosos, instituindo assim, a noção de periculosidade. Deste modo, conforme, Foucault (1996) os indivíduos passam a ser julgado pela virtualidade de seus comportamentos e não pela infração cometida. Em nome de um projeto político que conduziria o Brasil ao ideal de nação, a infância devia ser “docilizada” e “disciplinada” (FOUCAULT, 1982, 1996). A infância era o futuro da nação, portanto, entendia-se que era dever do Estado conceber soluções para salvar a infância pobre e enquadrá-la socialmente (RIZZINI, 2008).

Medicina, psicologia e pedagogia, associadas ao direito, se voltam para o grande número de crianças que perambulam pelas ruas, visto que, foi estabelecida uma correlação direta entre a pobreza, a rua como lugar de risco e aumento da criminalidade.

Sob o discurso de que todos os problemas tinham origem na família (imoral e viciosa) que incutia nos filhos os germens do vício, o campo jurídico indicava como solução a prevenção social através de legislação que permitisse ao Estado a livre tutela sobre a infância e o controle da ação social, pública e privada, capazes de garantir a assistência e proteção à infância e à sociedade.

A ação do Estado baseava-se na doutrina da Situação Irregular que perdurou até a implantação do ECA, cujas diretrizes eram: “recuperar” e “reintegrar” os jovens ao meio social. Nos dois Códigos de Menores não houve distinção entre crianças e adolescentes. Não eram caracterizados como sujeitos de direitos, bem como, não havia previsão de penalidades para quem cometesse atos de violência contra a criança e o adolescente.

Na década de 80 a tônica sobre a infância e adolescência domina as discussões internacionais com produção de normativas mais humanizadas. O Brasil não fica incólume a este novo processo. Com a abertura política, após o período da ditadura militar no país, inicia-se uma série de críticas e denúncias sobre as políticas públicas voltadas para a criança e o adolescente. Fruto de pressões interna e

internacionais, em 1990 é sancionada a Lei 8069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente que concebe a criança e o adolescente como sujeitos de direito, beneficiários de políticas públicas que garantam o seu pleno desenvolvimento e estabelece os parâmetros mínimos para a intervenção Estatal.

2.1 De que família, criança e adolescência se fala

Considerando que no recorte desta pesquisa optou-se por pesquisar apenas crianças e adolescentes vítimas de violência sexual intrafamiliar, a primeira pergunta que surge é: Qual o conceito de família adotado? Não se pretende aqui fazer uma revisão da rica literatura sobre o tema, no entanto, é necessário apresentar as premissas básicas consideradas nesta pesquisa, uma vez que, a seleção dos dados a serem coletados está diretamente relacionada com o conceito adotado.

Poster (1979), ao longo do clássico livro *Teoria Crítica da Família*, revela que o desenvolvimento de uma teoria crítica sobre a família é uma tarefa árdua, principalmente, devido às dificuldades em explicar suas mudanças estruturais no decorrer da história. Enfatiza que não se pode pretender chegar a uma definição capaz de captar uma única essência da família. Propõe que o tema deve ser estudado sob a perspectiva interdisciplinar reconhecendo que a família é definida por diferentes sociedades sob perspectivas divergentes que lhe conferem diversos graus de importância.

Anos depois, Bilac (2005), corrobora a tese de Poster e acrescenta que a variabilidade histórica da instituição família é um desafio a qualquer conceito da terminologia. Lembra que o termo família é derivado de *famulus* (escravo doméstico) e foi cunhado pelos romanos para designar um novo organismo social surgido entre as tribos latinas, quando da introdução da agricultura e escravidão legal. Caracterizava-se pela presença de um chefe que mantinha sob seu poder a mulher, os filhos e escravos, detendo sob estes o direito à vida e à morte.

Apesar da dificuldade de conceituar o que é família, é consenso entre diversos autores (BILAC, 2005, FROMM, 1987, PÔSTER, 1979, ROUNET, 2001) que a família é o lugar onde se forma as estruturas psíquicas duráveis e onde ocorrem experiências emocionais básicas. É o espaço social onde gerações se defrontam e onde os sexos definem suas diferenças e relações de poder.

Ainda sob a perspectiva de funções e papéis da família, Fromm (1987) enfatiza que, não obstante as variações individuais entre as famílias, existe uma unidade básica entre todas elas, em cada momento histórico, que advém de sua função social. O autor considera a família a “agência psicológica da sociedade”, tendo como função precípua modelar o caráter individual conforme as exigências do caráter social. A família

(...) representa, antes de mais nada, certos conteúdos sociais, e sua tarefa básica é a de transmitir esses conteúdos. Não se trata, no entanto, de transmitir opiniões e pontos de vista, mas de produzir as estruturas psíquicas socialmente desejadas. (FROMM ² in ROUANET, 2001, p. 63).

Concomitantemente às variações de modelos nos diferentes grupos sociais há que se observar também variações que existem no interior de cada modelo familiar. Ao buscar a perspectiva de gênero para compreender os novos padrões familiares verifica-se que as mudanças nos padrões familiares estão se dando, fundamentalmente, a partir das mudanças da condição feminina que terminam por afetar os papéis masculinos desempenhados (BILAC, 2005).

Ressalta-se que as implicações e significados das separações, recasamentos, concepções familiares e de parentesco faz emergir novos papéis e denominações que carecem de classificações, entretanto, influenciam sobremaneira a formação psicossocial dos filhos. Este fato teve grande peso ao levantarmos os dados relativos ao agressor. Como veremos na apresentação dos dados, muitas crianças e adolescentes têm como agressor o namorado da avó ou os parentes do padrasto (filhos, irmãos, pais) que, na ausência de uma denominação melhor, os considerei como parte de uma família ampliada. Optei por considerar como

² Refere-se ao texto: FROMM, *Autoritaet und Familiaee*, p.260

pertencentes à família, visto que, apesar de não estarem ligados pelos laços consangüíneos, gozam do mesmo status conferido pelo parentesco. Esta decisão baseou-se nas tentativas de conceituação de família feitos por Ackerman como sendo:

“uma unidade composta de todos aqueles que vivem sob o mesmo teto ou que se submetem à autoridade de um chefe supremo – um grupo de pessoas unificadas com o propósito de um regulamento social afetivo.” (ACKERMAN,1986:30).

Neste trabalho buscou-se enxergar a família em seu movimento de organização-reorganização que permite a emergência de novos arranjos familiares e reforça a necessidade de acabar com quaisquer formas de estigmas sobre formas familiares diferenciadas (CARVALHO, 2005).

No imaginário coletivo muitas são as expectativas em relação à família sendo as maiores as que referem a cuidado e proteção, além, do aprendizado de afeto, construção de identidade e vínculos relacionais. Entretanto, todas estas expectativas são possibilidades e não garantias. Deve-se considerar que “a família vive num dado contexto que pode ser fortalecedor ou esfacelador de suas possibilidades e potencialidades” (CARVALHO, 2005, P.15).

Frequentemente, no bojo dos esfacelamentos encontra-se a presença da violência intrafamiliar. Violência aqui concebida além da transgressão de normas, regras ou leis, como uma relação assimétrica nas relações de desigualdades com fins de exploração, opressão e a percepção do outro como objeto transformado em coisificação (CHAUÍ, 1985).

Propositadamente, utilizo a terminologia violência intrafamiliar em detrimento de violência doméstica por considerar que esta última designa apenas o que ocorre na dimensão privada como contraponto ao público, independentemente do sujeito, objeto ou vetor da ação, enquanto violência intrafamiliar, conforme, define o Ministério da Saúde,

“é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser

cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra.” (Ministério da Saúde, 2002, p.15).

Especificamente sobre a violência praticada contra crianças e adolescentes, pode-se afirmar que esta acompanha a trajetória da humanidade e tem no grupamento familiar o espaço privilegiado. Através da historiografia é possível apreender que os maus-tratos infantis não são um fenômeno exclusivo da sociedade moderna, muito ao contrário, a violência contra a criança existe desde os primórdios da civilização. Nas civilizações antigas o infanticídio era considerado um meio para eliminar todos aqueles pequenos que nasciam com defeitos físicos ou genéticos, prática que perdurou por séculos e ainda persiste em algumas comunidades brasileiras.

O século XVI se caracterizou como a época das agressões e violências contra crianças, tendo no infanticídio e no abandono de bebês, a forma mais rápida para controle da natalidade, preservação da herança e manutenção da honra. Nesta época, surgiram os colégios que abrigavam estudantes pobres e sem famílias, indesejados pela sociedade, submetendo-os aos piores maus-tratos e humilhações deliberadas (ARIÈS, 1986; FREITAS, 2003 E MARCÍLIO, 2006).

Até o século XVII a criança não tinha papel de relevância na sociedade (ÁRIES, 1986) e somente no século XX, chamado também de século da criança, é que esta passa a ser notada, descrita e aceita (em termos) como fazendo parte da humanidade. É exaltada e a família responsabilizada por tudo que lhe aconteça. São ressaltadas as necessidades dos cuidados maternos e a infância e a adolescência passam a ser caracterizadas como períodos básicos do desenvolvimento. Entretanto, o reconhecimento da criança como categoria social, não impediu que esta continuasse a sofrer violências. A superação da violência praticada contra a criança e o adolescente somente será possível através da desconstrução da naturalização da cultura adultocêntrica, dominadora e patriarcal.

2.2 A violência sexual contra crianças e adolescentes

O primeiro registro de investigação do abuso sexual foi feito pelo professor de medicina legal, Auguste Ambrose Tardieu, em 1860, na cidade de Paris. Este estudou 339 casos de tentativas de estupro a crianças menores de 12 anos e chegou à seguinte conclusão:

“ ... os laços de sangue, longe de opor uma barreira a essas culpáveis seduições, em geral só as favorecem: os pais abusam das filhas, os irmãos abusam das irmãs.” (MARQUES, M.S. 2006, p.56).

Entretanto, a violência sexual contra crianças e adolescentes é inserida na agenda da Organização Mundial de saúde a partir das discussões do movimento feminista sobre violência doméstica que favoreceram a criação de programas sociais de atenção à problemática.

Em 1999 a WHO Recognizes Child Abuse as a major Public Health Problem, oficializa que o abuso sexual é um problema de saúde pública mundial e propõe a intervenção no espaço privado da família e treinamento de pais para cuidarem de seus filhos. Tal intervenção fundamenta-se nos direitos da criança e do adolescente. O posicionamento da OMS amplia e solidifica as discussões e estimula o debate que emerge da ordem privada.

A literatura descreve quatro formas de violência praticadas contra à crianças e adolescentes que podem ocorrer concomitantemente ou de forma isolada: violência física, sexual, psicológica e negligência, sendo estas duas últimas pouco reconhecidas e estudadas.

Neste trabalho nos deter-se-à no estudo da violência sexual. A literatura sobre o tema é vasta e tem contribuído para o reconhecimento da temática como problema do cotidiano e que exige da sociedade, em especial, do mundo acadêmico, discussões permanentes. É necessária a qualificação de profissionais que promovam debates e intervenções que superem o extremismo ou a indiferença,

evitando, assim, que o tema da violência sexual infanto-juvenil fique deslocado à margem da sociedade, sob o risco de neutralização do assunto e reforço da lei do silêncio. (FELIZARDO ET ALL, 2006).

Diante da diversidade de conceituação sobre violência sexual contra crianças e adolescentes, adotarei a definição proposta por Azevedo e Guerra que a denomina como:

(...) todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outrem. (AZEVEDO E GUERRA, 2000, p.42).

O Comitê de La Protection de la Jeunesse completa a definição, direcionando-a para o núcleo familiar.

“qualquer contato abertamente sexual entre pessoas que tenham um grau de parentesco ou acreditem tê-lo. Esta definição incluiria padrasto, madrasta, meio-irmãos, avós por afinidade e até mesmo amantes que morem junto com o pai ou a mãe, caso eles assumam o papel de pais. Se a confiança especial que existe entre a criança e um parente ou uma figura de pai e mãe for violada por qualquer ato de exploração sexual, trata-se de incesto”. (COMITÊ DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE, 1989 apud AZEVEDO e GUERRA 2000, p.17)

As definições acima estão de acordo com o movimento histórico do grupamento familiar; reconhece como violência sexual os incestos, as explorações sexuais, e demais formas de violências sexuais, inclusive, aquelas praticadas sem a violência física e/ou penetração tais como, o voyerismo, sedução, sexo oral e toques íntimos.

A violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes é um fenômeno bastante comum, sub-notificado aos órgãos públicos de proteção e repressão que não encontra privilégios em grupos econômicos, raciais, religiosos ou culturais. Todavia, tem como variáveis privilegiadas o gênero e geração com reprodução da sociedade patriarcal adultocêntrica. Várias são as pesquisas que comprovam que a violência sexual intrafamiliar tem no feminino criança as principais vítimas do adulto

homem que utiliza do papel de protetor para exercer delinquentemente sua sexualidade através da violência física ou psicológica, com o uso de ameaças ou sedução tanto para a prática do ato ou manutenção do segredo.

Considerando que a família é o locus privilegiado para a ocorrência da violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes, buscou-se na literatura pesquisas e ou teorias sobre o modo de funcionamento destas famílias. Entretanto, aí se mostra uma grande lacuna. Pouquíssimos são os trabalhos publicados e alguns carregam em si diversos preconceitos sociais.

Em uma visão sistêmica, a violência sexual intrafamiliar pode ser considerada um sintoma da crise familiar que pode culminar no rompimento da integridade das relações familiares (DELL'AGLIO E SANTOS, 2008 e 2009).

Amazarray e Koller (1998) apontam algumas características que são consideradas fatores de riscos e podem trazer situações sugestivas de violência sexual intrafamiliar, tais como: violência doméstica, pai/mãe com histórico de violência ou negligência; pai/mãe alcoolista; pai autoritário ou excessivamente moralista; homens que apresentam baixo limiar a frustrações e que mascaram o comportamento agressivo fora do âmbito familiar; mãe demasiadamente passiva, submissa e impotente; cônjuges com relação sexual inadequada; famílias reestruturadas (presença de padrasto ou madrasta); filhas desempenhando papel de mãe. Habitualmente vivem isolados, fazem pouco uso dos recursos da comunidade e assumem atitudes de hostilidade impedindo a entrevista de um profissional a sós com a filha (AMAZARRAY e KOLLER, 1998).

Furniss (1993) corrobora tal diagnóstico e acrescenta que a concomitância de tais fatores dificulta a revelação da violência e contribui para situações de extrema confusão apresentada pela vítima.

Entretanto, não pode-se estabelecer relação causal entre estes fatores e a violência sexual intrafamiliar (AMAZARRAY e KOLLER, 1998).

Furniss (1993) dedica um capítulo de seu livro para tratar dos padrões familiares, donde defende que o “abuso sexual” tem a função de regulador ou evitador dos conflitos ocultos emociosexuais nas relações familiares. Conflitos emociosexuais, aqui, compreendido como confusão entre conflitos nos níveis emocionais e sexuais. São nestes níveis que as famílias abusadoras se diferenciam dos padrões das demais famílias.

Pais são descritos como emocionalmente imaturos nas famílias agressoras em que o tabu sexual se prolonga.

“(...)as dificuldades dos pais de lidar com a confusão específica entre seus problemas sexuais e emocionais e a introdução de um tabu contra o reconhecimento dessas tensões e conflitos na família estabelece o cenário que pode manter o abuso sexual da criança por longo tempo na família uma vez que tenha começado. (...)”

Muitas vezes, uma das crianças assume o papel de organizador da família e cuidador emocional dos pais e irmãos. Como consequência da mútua dependência e privação emocional de ambos os pais, essas famílias não reconhecem fronteiras emocionais intergeracionais adequadas.” (FURNISS, 1993, p.50).

Outro aspecto a ser pontuado é a transgeracionalidade da violência sexual. Na leitura dos prontuários ou no contato com a principal figura protetiva, por diversas vezes, deparou-se com os relatos de que também foram vítimas de violência intrafamiliar, na infância ou adolescência.

No estudo intitulado Vulnerability or resilience to intergeneration sexual abuse, Leifer et al (2004) sustentam que o maior sofrimento emocional apresentado pelas mães, cujas filhas foram vítimas de violência sexual intrafamiliar, está associado ao sentimento de culpa por não terem conseguido proteger seus filhos. Além disto, podem re-experenciar sua própria vivência ao tomar conhecimento da violência perpetrada aos filhos.

Estudos (FURNISS, 1993, SANTOS e DELL' AGLIO, 2008) mostram que mães que sofreram violência sexual podem ser ambivalentes na busca de ajuda. Quando da fase aguda da crise querem, urgentemente, o tratamento, entretanto, após intervenções iniciais numa reação defensiva manifestam o desejo de abandonar o tratamento. Entram num círculo vicioso de evitação, visto que, não conseguem lidar com os papéis de mães de filhos agredidos sexualmente e com o de mulher que fora vítima. E é neste contexto frequentemente carregado de culpa que têm que lidar com o fato de que sua filha também passa pelo mesmo sofrimento.

Portanto, para o sucesso da atuação dos profissionais que trabalham diretamente com acolhimento e intervenção faz-se necessário o conhecimento e manejo adequados das variáveis transgeracionais da violência sexual intrafamiliar e o conseqüente desajuste emocional da figura protetiva.

Quanto às conseqüências da violência sexual para o desenvolvimento psicossocial da vítima esta pesquisa adota o posicionamento de que, dentre todas as formas de violência praticada contra crianças e adolescentes, esta é a experiência que possui maiores chances de danificar o desenvolvimento psicoemocional, independentemente da revelação do segredo, da presença da violência física ou da penetração.

Tal posicionamento tem amplo respaldo na literatura científica ((KAPLAN E SADOCK, 1990 e GRASSI-OLIVEIRA et al, 2006) e na experiência profissional da pesquisadora como Conselheira Tutelar, e posteriormente, como psicóloga do Programa Saúde da Família. Durante a pesquisa, quando da autorização do Termo de Livre Consentimento Esclarecido, diversas mães relatavam as violências sexuais inframiliares sofridas na infância ou adolescência, a dor de estar revivendo este período traumático, e após convulsões de choro, comumente terminavam com as seguintes frases ou outras com significados muitos semelhantes.

“ (...) sei que minha neta nunca vai esquecer o que aconteceu, eu nunca esqueci (...)” (sic) – Relato da avó da adolescente do caso 3.

Diante disto, adotou-se o posicionamento de Ana Freud que assim postula,

(...) no que respeita às chances de danificar o desenvolvimento infantil, o incesto e outras formas de abuso sexual praticados por uma figura de autoridade estão em posição mais elevada que o abandono, a negligência, o maltrato físico ou outras formas de abuso (ANA FREUD, 1981 apud AZEVEDO e GUERRA 2005, p.202) .

e acrescenta

(...) no abuso sexual da criança, esta não pode evitar ficar sexualmente estimulada e essa experiência rompe desastrosamente a seqüência normal da sua organização sexual. Ela é forçada a um desenvolvimento fálico e genital prematuro, enquanto as necessidades desenvolvimentais legítimas e correspondentes expressos mentais são ignorados e deixados de lado. (ANA FREUD (1981, apud FURNISs, 1993, p.14) .

As conseqüências do abuso sexual são múltiplas sendo que seus efeitos físicos e psicossociais podem ser devastadores e permanentes (KAPLAN E SADOCK, 1990 e GRASSI-OLIVEIRA et al, 2006). As principais reações iniciais das vítimas são: medo, depressão, ansiedade, raiva, hostilidade e comportamento sexual hostilizado. (AMAZARRAY e KOLLER, 1998; FORWARD, S. & BUCK, C.A., 1989; HABIGZANG, I.F et al, 2005 e HABIGZANG, I.F, 2006). No curto prazo são descritas dificuldades de adaptação interpessoal, dificuldades de adaptação sexual e dificuldades de adaptação afetiva desdobradas em três tipos principais: sentimento de culpa, suicídio (ideação e/ou tentativas) e fixação em idéias de morte (AZEVEDO e GUERRA, 2005). Outra conseqüência importante associada ao comportamento social e que pode perdurar por longo prazo é a dificuldade em confiar em outras pessoas.

Em crianças com idade escolar os sintomas mais comuns são: medo, distúrbios neuróticos, agressão, pesadelos, problemas escolares, hiperatividade e comportamentos regressivos. Na adolescência são citados como sintomas:

depressão, isolamento, comportamento suicida, auto-agressão, queixas somáticas, atos ilegais, fugas, abuso de substâncias psicoativas, comportamento sexual inadequado, baixa auto-estima e percepção distorcida de si mesma (ADED et all 2006).

Recentemente, alguns autores têm descrito a presença do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) como uma consequência de curto prazo muito comum na violência sexual. O TEPT está relacionado a um evento traumático tendo como características a revivência da experiência, com recordações e pesadelos, causando uma extrema excitabilidade emocional e fisiológica, esquiva e entorpecimento, interpretados como tentativas para controlar ou proteger-se do afeto negativo. (BARLOW, 1999 , PADILHA e GOMIDE, 2004).

Diante destes fatos, compreende-se que a violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes é um fenômeno que precisa emergir para a esfera pública como contraponto ao privado e ser alvo de políticas públicas que atendam as seguintes necessidades: proteção e tratamento da vítima e da família e responsabilização do agressor.

2.3 Políticas Públicas e Fatores Protetivos na Rede de Atendimento

A Constituição Federal de 1988, no art. 227, em direção à proteção à criança e ao adolescente, determina que o tripé família, sociedade e Estado têm o dever de assegurar com absoluta prioridade, todos os direitos da criança e do adolescente. Posteriormente, em 1990, O Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8069/90 – regulamenta o referido artigo e avança atribuindo a todos a obrigatoriedade de prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente. (art.70). Delineia o Sistema de Garantia e Proteção Integral que são os Conselhos Tutelares, Conselhos municipais, estaduais e nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, órgãos - responsáveis por traçar as políticas públicas voltadas à criança/adolescente – as Varas da Infância e Juventude e o

Ministério Público. Soma-se a estes os órgãos do sistema educacional, de saúde e os programas de apoio e orientação psicossociofamiliar.

Em 1993 o relatório da CPI, cujo foco inicial era a exploração sexual, deu maior visibilidade ao fenômeno e diante da comoção iniciou-se uma mobilização entre diferentes atores sociais e segmentos da sociedade civil, poderes legislativo, executivo, judiciário, mídia e organismos internacionais que pressionaram por políticas públicas para garantir: a prevenção de situações de risco; discussões aprofundadas junto à sociedade sobre a temática; a proteção e tratamento da vítima; a responsabilização dos agressores e a formação de agentes sociais capacitados para atuar com a temática.

Neste mesmo ano é regulamentada a LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social – que estabelece uma nova matriz para a Assistência Social brasileira, iniciando um processo que tem como perspectiva torná-la visível como política pública de garantias e de promoção de direitos do cidadão que, dentre outros, traz no seu bojo a obrigatoriedade de proteção às pessoas e famílias vulneráveis ou vitimizadas. Mais um passo foi dado na direção da implantação do ECA e dos programas psicossociais delineados na ação da política de atendimento, da Lei 8069/90 art.87 III que prevê “ serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão”

Quando da comemoração do ECA, é aprovado o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil que tinha como pretensão constituir-se em diretriz nacional no âmbito das políticas de enfrentamento da violência sexual contra a criança e o adolescente.

Em 2001, o governo federal, visando cumprir as metas estabelecidas pelo Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil, implantou o Serviço de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil dentro do âmbito da Política da Assistência Social. As ações do programa são desenvolvidas como

política de alcance nacional de atendimento integral, especializado e multiprofissional, às crianças e aos adolescentes vitimizados pela violência sexual.

Em 2004 e 2005 são aprovadas consecutivamente a PNAS – Política Nacional da Assistência Social - e NOB/SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social – que delineiam os eixos estruturantes do atendimento e dá as bases para sua efetivação. O atendimento foi organizado de acordo com a situação de risco e vulnerabilidade social, presença de violência e qualidade dos vínculos familiares e comunitários. Resumidamente, foram estruturados os seguintes serviços:

- Proteção Social Básica – conjunto de ações e serviços que atuam na prevenção da ocorrência de situações de violência, risco e vulnerabilidade social;
- Proteção Social Especial – subdividida em: proteção especial de média complexidade e proteção especial de alta complexidade que se destinam a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

O Serviço de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil é um serviço que se localiza dentro da proteção social especial, especificamente, de média complexidade, hoje, denominado CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social – abaixo a definição da PNAS/2004,

“são aqueles serviços que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, e, ou, acompanhamento sistemático e monitorado.”(PNAS/2004 p.32, grifo nosso).

Para maior compreensão, vide figura 1 abaixo:

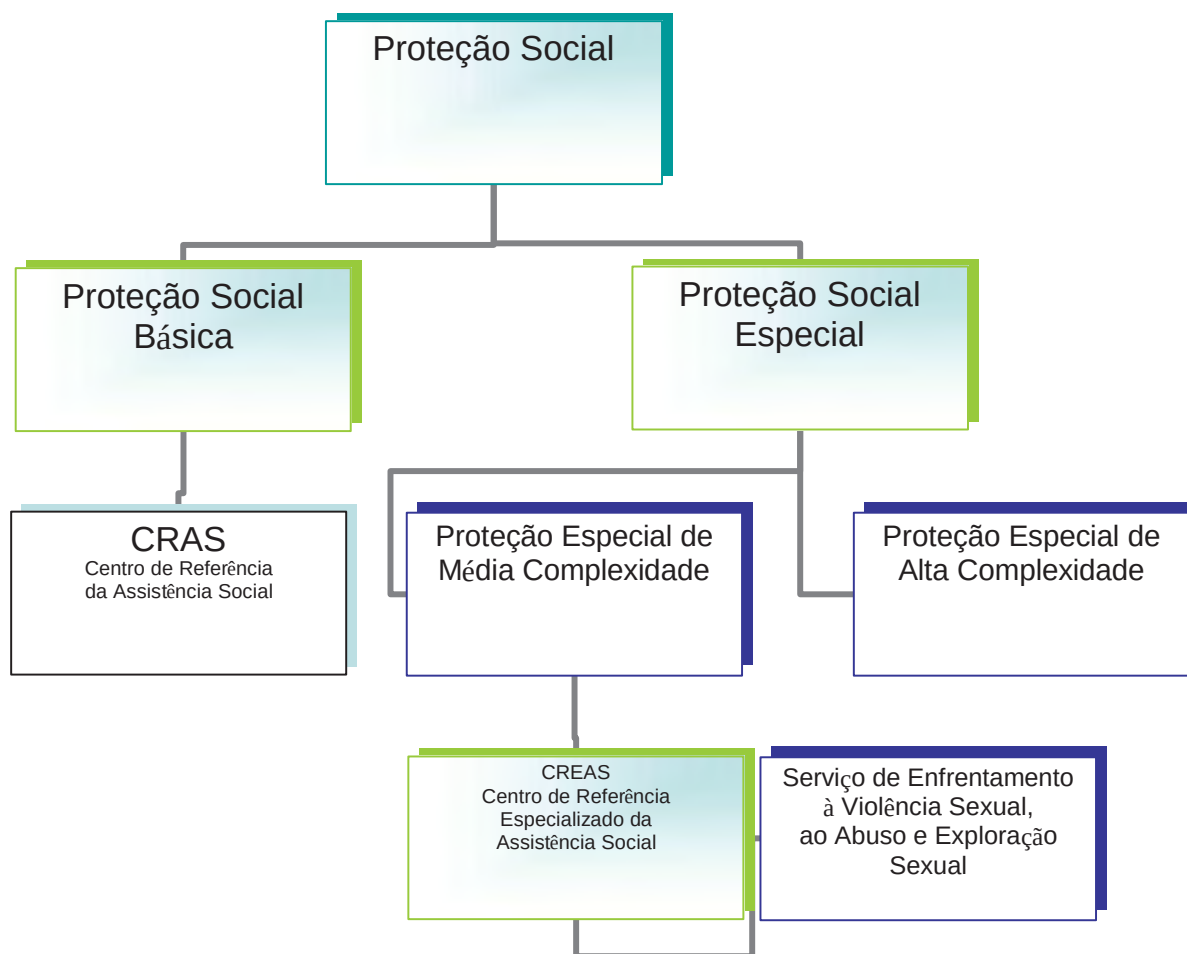


Figura 1. Localização do serviço de enfrentamento à violência sexual segundo a PNAS/2004.

Recentemente, o governo federal, através do MDS ³, elevou o Serviço de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil à categoria de Serviço de Enfrentamento à Violência Sexual, ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Deu-se um passo importante, visto que, significa que foi assumido como política pública com destinação de recursos federais e que sua execução não está a mercê da política partidária. Os programas são executados pelo município com estreita articulação com a rede de serviços socioassistenciais e com as demais políticas públicas. Dentre os objetivos propostos destacam-se:

³ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

- Proporcionar atendimento psicossocial e jurídico por meio de procedimentos individuais ou grupais;
- Promover a interrupção do ciclo de violência;
- Prevenir o agravamento da situação;
- Favorecer a superação da situação de violação de direitos, a reparação da violência vivida, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, a potencialização da autonomia e o resgate da dignidade . (vida Anexo 1).

2.4 O dano secundário

Dano secundário é uma terminologia proposta por Furniss (1993) e reconhecida por diversos autores (AMAZARRAY e KOLLER, 1998, HABIZANG et al, 2006, SANTOS e DELL'AGLIO, 2008 e 2009) refere-se diretamente à intervenções profissionais precitadas ou desqualificadas que podem causar um dano ou traumatismo nas relações familiares ou na vítima maior ou igual à violência original.

Antes de iniciar a discussão sobre os aspectos relativos às intervenções construiu-se um esquema baseado no ECA, Código Penal e de Processo que delineiam o longo caminho percorrido pela vítima e família após a revelação da violência sexual intrafamiliar.

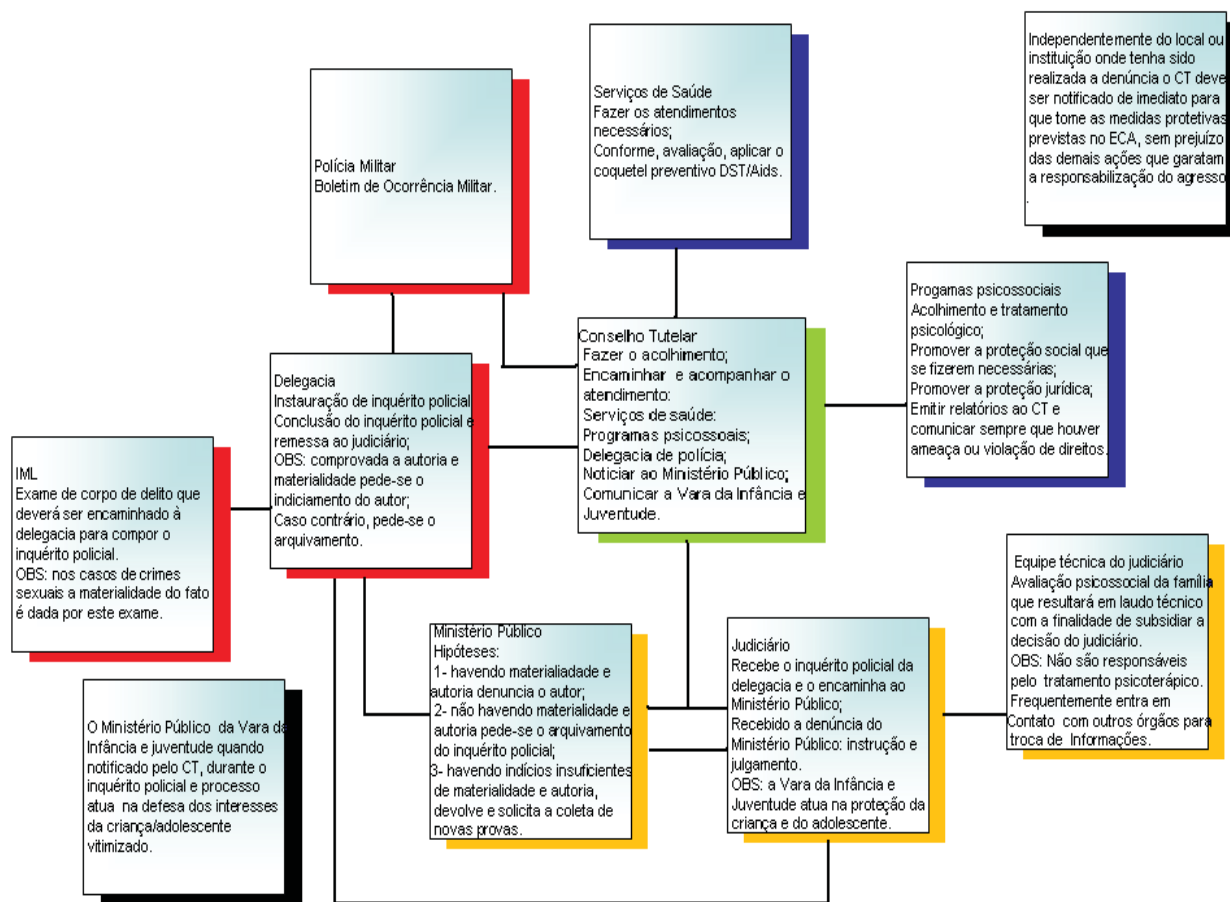


Figura 2. Intervenções do SGDCA a vítimas de violência sexual.

A figura 2 ilustra o caminho percorrido pela vítima caso decidam por denunciar o crime de violência. Os órgãos inseridos nos quadros vermelhos estão diretamente encarregados da responsabilização do agressor. Mesmo que o Conselho Tutelar faça a denúncia, dependerá dos responsáveis legais manifestar a vontade de denunciar criminalmente o agressor. Exceção faz-se quando o responsável legal é co-participe no crime, como por exemplo, no caso 2, apresentado nos resultados. Os de cor laranja atuam nas duas vertentes, responsabilização do agressor e proteção da vítima sempre que se fizer necessário, por exemplo, nos pedidos de afastamento do agressor do convívio familiar.

Finalmente, os órgãos tarjados nas cores azuis são responsáveis pela proteção da vítima e família, de acordo com sua demanda, sendo que o Serviço de Enfrentamento de Abuso e Exploração Sexual é localizado dentro dos programas

psicossociais e lhe cabe a tarefa de tratamento psicoterápico da vítima e dar suporte à família.

O Conselho Tutelar, propositadamente, foi colocado no centro. Cabe a este promover à proteção integral desta vítima sem perder a dimensão família que também é afetada quando da revelação. É o responsável por provocar o funcionamento da rede e intervir sempre que falhas no atendimento.

Ressalta-se que a legislação atual classifica o crime de violência sexual como sendo de ordem privada, portanto, depende do responsável pela vítima empreender a denúncia. Não são raros os casos em que o responsável legal recusa-se a seguir com processo. Porém, mesmo nestes casos, a denúncia deve ser feito ao Conselho Tutelar para que este garanta a proteção integral desta vítima encaminhando-a aos serviços de saúde, tratamento psicológico, suporte social e outros atendimentos necessários.

A figura 2 ilustra o espinhoso caminho que a criança ou adolescente vítima de violência sexual percorre se sua família optar por denunciar o crime e desejar a responsabilização do agressor. Apesar deste longo processo que pode perdurar em anos, isto não é, em absoluto, garantia da aplicação de pena do agressor.

Considerando que a revelação da violência sexual intrafamiliar conduz geralmente ao envolvimento de um grande número de diferentes profissionais e agências, as intervenções não coordenadas podem conduzir a um dano e traumatismo maior nos relacionamentos familiares e nas crianças individualmente do que a violência original (FURNISS,1993). A falta de preparo dos profissionais somada à enorme carga de ansiedade mobilizada, quiçá de curiosidade, frequentemente, pioram os sintomas em curto prazo e podem ser fatores determinantes que fazem a família desistir da continuidade do processo e às vezes do tratamento.

Outro fato comum é após a revelação da violência sexual a família sofrer uma invasão de instituições e profissionais que querem lhe impor comportamentos, cultura e modo de funcionamento, segundo suas concepções, sob a alegação de que a referida família é incapaz de manter comportamentos protetivos. Este comportamento é freqüente quando as instituições pautam suas intervenções na punição em detrimento do cuidado terapêutico.

Por vezes, podem vítima e família, encontrar-se no centro de conflitos institucionais da rede de atendimento, donde todos se eximem de suas responsabilidades, sob acusação de que o outro não fizera o que lhe cabia. Tais comportamentos indicam que a rede não está preparada para as intervenções que garantam a proteção dos direitos humanos e as necessidades psicológicas deste sujeito. Durante a pesquisa, na análise dos prontuários, por diversas vezes, me deparou-se com relatórios, onde profissionais alegavam que não poderiam fazer as intervenções psicossociais porque o Conselho Tutelar ou o judiciário não haviam providenciado o afastamento do suposto agressor.

Também concorre para a traumatização secundária, quando, na escuta ou acolhimento, os profissionais duvidam do relato da criança ou adolescente, sugerindo, inclusive, a teoria da fantasia, da sedução ou conflitos geracionais quando trata-se de adolescente.

Não é redundante frisar que a intervenção profissional deve ter como objetivo principal evitar o dano secundário causado pela intervenção profissional equivocada, antes de se dedicarem à tarefa terapêutica primária de tratar o trauma decorrente da própria violência sexual.

Toda intervenção em crianças e adolescentes, para ter resultados efetivos, deve considerar três aspectos concomitantemente: legais, protetivos e terapêuticos. Alguns autores (AMAZARRAY e KOLLER, 1998; ARAÚJO, 2002), chamam a atenção para o fato de que uma intervenção legal desconhecendo os aspectos psicológicos da violência sexual e as necessidades terapêuticas da criança e das

famílias disfuncionais acaba acarretando um dano psicológico à vítima. Por outro lado, os profissionais da saúde mental, negligenciando os aspectos legais da violência, também contribuem para o aumento do dano psicológico sofrido pela criança/adolescente e caso não denunciem a ocorrência do crime ou desconsiderem sua possível existência, estarão perpetuando a violência sexual, colaborando com a síndrome do segredo e levando adiante uma terapia que não tem valor para minimizar o impacto físico e psicológico da violência sexual na criança/adolescente.

2.5 Sobre a avaliação de políticas públicas

Com a implantação de políticas públicas, a alta demanda social contrapondo-se com poucos recursos financeiros fizeram surgir, após a II Guerra Mundial, inicialmente nos EUA, a demanda por avaliação de políticas públicas (COSTA e CASTANHAR, 2003, FARIA, 2005, SOUZA, 2006, TREVISAN e BELLEN, 2008).

No Brasil esta tendência ainda caminha a passos vagarosos, muito em parte, porque a não avaliação garante políticas fisiologistas e desvios de recursos públicos. Além disto, infelizmente, vários gestores em mudança de mandatos utilizam-se deste instrumento apenas para acusarem adversários e justificar a interrupção e descontinuidade de políticas públicas através do fechamento de programas sociais, para daí alguns meses, re-implantá-los sob nova denominação. É o que popularmente chamamos de reinventar a roda.

Atualmente, no cenário mundial, tem-se cobrado dos governos uma postura ética nos gastos do dinheiro público. Não basta apenas investir, é necessário saber onde e como investir e, em contrapartida, analisar os impactos gerados e continuamente propor intervenções que garantam a qualidade dos serviços. Numa sociedade com grande demanda resultante das situações de pobreza, miserabilidade, violência, desigualdade social e oferta insuficiente de serviços, as políticas públicas de seguridade e proteção social devem ser entendidas muito além de um dever, mas, como um princípio ético. A avaliação tem importância estratégica

para acompanhar o comportamento das ações psicossociais e realimentar decisões e opções políticas com escolha adequada de prioridades a serem atendidas.

Subjacente à avaliação encontra-se os procedimentos técnico-gerenciais identificados, primariamente, no setor privado, cujo, locus da tríade eficiência/eficácia/efetividade exige o máximo de competência dos operadores de seus próprios capitais – humanos e financeiros.

Partindo do mesmo pressuposto a reforma gerencial brasileira, implementada na década de 90, inaugura uma nova relação com seus pares e com a sociedade civil. Com base na Constituição Federal e aprovado pelo Congresso Nacional mapeou-se os serviços exclusivos do Estado e delegou os demais à sociedade civil e à iniciativa privada.

Entretanto, financiadores exigiram mais! Diante da escassez dos recursos contrapondo-se à desigualdade o Estado deveria adotar uma postura político-metodológica que garantisse a qualidade dos serviços prestados.

Ainda não há um consenso entre os pesquisadores sobre o conceito de avaliar, por isto, adota-se o conceito proposto por Pabon (1985 apud MINAYO, 2006) que afirma que avaliação “ é a sistemática para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos e fazer uma análise crítica, considerando-se a magnitude da direção da diferença”. (PABON, 1985 apud MINAYO, 2006, p.165).

O conceito acima refere-se a avaliação numa perspectiva ampla que carrega consigo vários sentidos sendo o “mais nobre o de fortalecer o movimento de transformação em prol da cidadania e dos direitos humanos “ (MINAYO , 2008). Ao restringir aos programas e projetos sociais esta pode ser definida como:

Utilização de metodologias de pesquisa social para investigar, de forma sistemática, a efetividade de programas de intervenção social, que foi adaptada para ao seu ambiente político e organizacional e planejada para conformar a ação social, de maneira que contribua para a melhoria das condições sociais (ROSSI et al., 1992 apud MINAYO, 2006).

Vários autores (RAPOSO, 1999; CARVALHO, 1999 e BATISTA, 2003) distinguem como critérios mais usuais em avaliação os relacionados com a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação. De acordo com esses autores, uma intervenção que se propõe a realizar mudanças efetivas no contexto geral tem que desenvolver formas de ação competentes ante as diferentes dimensões da problemática em foco.

A avaliação da eficácia de um programa, se dá através da análise da relação entre a aplicação de recursos (financeiros, materiais, humanos) e os benefícios derivados de seus resultados, (CARVALHO,1999), enquanto a avaliação da eficiência incide diretamente sobre a ação desenvolvida e tem por objetivo reestruturar a ação para obter, ao menor custo e ao menor esforço melhores resultados. Traça como critérios de eficiência aqueles relacionados com rendimento técnico e administrativo da ação: a otimização dos recursos disponibilizados, os padrões de qualidade dos resultados e a capacidade de atender à demanda. (BAPTISTA, 2003). A avaliação da eficiência é bastante necessária no âmbito das políticas e programas públicos devido à escassez de recursos que pressiona por uma maior racionalização do gasto e paralelo a escassez de recursos públicos, há um imenso universo populacional a ser coberto pelos programas.

Devido ao curto período para a realização da pesquisa, este projeto visa analisar apenas o princípio da efetividade, inclusive, previsto no art. 37 caput da Constituição Federal, que diz respeito ao atendimento das demandas reais, ou seja, à relevância de sua ação, à sua capacidade de alterar as situações encontradas. A efetividade remete-se ao impacto das intervenções em seu público alvo. Considera a quantidade de mudanças efetivas e duradouras na qualidade de vida ou no desenvolvimento do público beneficiário da ação. Estuda os efeitos da ação sobre o objeto da intervenção e questiona a proposta, os objetivos e a ação desenvolvida, não em termos de sua capacidade de execução, mas sim, em sua capacidade de dar respostas adequadas ao desafio posto pela realidade. Nela confronta-se a proposta com o contexto objeto da intervenção, visto que, uma ação pode ter sido

eficiente e eficaz e, ao mesmo tempo, não ser efetiva, em termos do enfrentamento da questão objeto da intervenção.

Para Carvalho (2003), a avaliação de impacto é aquela que focaliza os efeitos ou impactos produzidos sobre a sociedade ou público alvo. Portanto, seu alvo está além dos beneficiários diretos da intervenção pública, pois, avalia sua efetividade social. Segundo esta autora, dois pressupostos orientam a avaliação de impacto: o primeiro reconhece o propósito de mudança social na política de análise e, dessa forma, configura a investigação para mensurar seus impactos; o segundo prevê a análise mediante a comparação entre o programa e a mudança social provocada. Por sua natureza avaliativa ela é considerada *ex post facto*, ou seja, após a implementação do programa.

Carvalho (1999) afirma que avaliar políticas e programas sociais tornou-se um desafio tanto para os centros de pesquisas quanto para os governos.

“Hoje, a demanda dos pesquisadores por rastrear e inovar conceitos/metodologias avaliativas pauta-se pela rejeição crescente aos modelos tradicionais, que não conseguem apreender a totalidade dos fluxos e nexos inerentes à tomada de decisões, à implementação, à execução, aos resultados e aos impactos produzidos e que, em consequência, não oferecem informações substantivas para influir nos fatores institucionais e processuais geradores de ineficiências crônicas no desempenho das políticas e programas sociais. Por outro lado, diante da complexidade que a questão social assume no mundo contemporâneo e particularmente no Brasil, a avaliação de políticas e programas sociais torna-se igualmente um imperativo ético” (CARVALHO, 1999, p.147).

Finalmente, os programas sociais devem assumir a avaliação como procedimento que lhes permita aprimorar suas ações e, mais que isso, manter uma relação de transparência com seu público-alvo, parceiros, financiadores e com a sociedade em geral, no que tange a seus propósitos, processos e resultados.

2.5.1 Indicadores de efetividade

Esta pesquisa parte do pressuposto de que a avaliação é uma função da gestão que contribui para o processo de decisão com vistas a beneficiar ao maior número de usuários com resultados mais qualitativos. Reconhece a dimensão política imbricada no processo, porém, defende que o objetivo pode ser a identificação dos elementos que impedem o bom desenvolvimento dos trabalhos e a consecução de objetivos. Ao optar por esta direção, a avaliação contribui para o mapeamento destes elementos e para a criação de estratégias visando à correção e o conseqüente redirecionamento e amadurecimento das ações.

Neste trabalho propõe-se uma avaliação focada nos resultados com vistas a compreender em que medida os resultados finais estão compatíveis com os resultados esperados e diagnosticar os efeitos desta intervenção nos sujeitos. Claro que os dados que respondem por estes questionamentos remetem ao processo de implementação e sucintamente serão discutidos nas considerações finais.

A efetividade é o conceito que revela em que medida a correspondência entre os objetivos traçados para um programa e seus resultados foram atingidos. A efetividade aponta para a dimensão dos resultados que visam a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Considerando a escassez de material sobre a temática no campo de programas sociais, utilizou, por semelhança, o campo teórico proposto por Donabedian (REIS et al, 1990; FERREIRA e SOUZA, 2008). Principal referência nos estudos sobre avaliação no campo da saúde, Donabedian, concebe a tríade estrutura/processo/resultados como níveis de a avaliação nesta área.

Para o teórico, estrutura refere-se às características relativamente estáveis que dizem respeito aos recursos humanos, físicos e financeiros. Por processo compreende-se um conjunto de atividades que são realizadas por profissionais e pacientes. Finalmente, os resultados são as alterações do estado de saúde, atuais e

vindouras, que podem ser atribuídas à atenção médica antecedente. Bowling (apud FERREIRA e SOUZA, 2008) também admite como resultado a possibilidade da manutenção do paciente numa condição estável. Refere-se ao resultado como a efetividade das atividades em relação ao alcance das metas.

Para funcionar adequadamente, as avaliações devem ser pautadas em indicadores que no entender de Cardoso apud WCF/Brasil, 2009:

“ são construções teóricas elaboradas para compreender melhor a realidade. Indicadores recortam certos aspectos da realidade sobre o qual o programa intervém, expressando-os a partir de uma definição elaborada pelo responsável pela ação (ou pela avaliação), com objetivo de torna-la mensurável. Desta forma o indicador é uma estatística direta válida que informa sobre a situação do fenômeno social considerado importante e as mudanças de amplitude e de natureza que, ao longo do tempo este fenômeno sofre” (CARDOSO apud WCF/Brasil, 2009, p.26).

Indicador é derivado da palavra latina *indicare* que significa tornar patente (COSTA e CASTANHAR, 2003). Um indicador faz parte da metodologia de avaliação e deve ser compreendido como um parâmetro ou valor derivado de parâmetros que forneçam informações sobre o estado de um fenômeno com uma extensão significativa.

Os indicadores são medidas estatísticas que se fundamentam numa análise teórica e servem para descrever o estado da sociedade e a eficácia/eficiência/efetividade das políticas sociais (FALEIROS, 1998). O caráter quantitativo dos indicadores distingue-se de uma simples análise estatística por estar articulado com determinada concepção teórica.

A construção, uso e análise de indicadores avaliativos em programas sociais, especificamente, que atendem crianças e adolescentes em situação de violência, é ainda incipiente apesar da importância que o tema merece (MINAYO et al, 2008; FERREIRA e SOUZA, 2008). Os primeiros estudos com análise de indicadores foram no campo da educação e saúde e timidamente expandem-se para a avaliação de programas sociais.

Esta pesquisa buscou compreender a efetividade da intervenção nos casos de violência sexual intrafamiliar, no nível resultados sob o paradigma da proteção integral à criança e ao adolescente que considera como violência qualquer violação dos direitos resguardados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Os indicadores de efetividade dos resultados da intervenção foram construídos considerando os objetivos esperados traçados pelo Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual, pactuado entre o município e o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, que são: contribuir para a promoção, defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso ou exploração sexual, buscando:

1. identificar o fenômeno e riscos decorrentes;
2. prevenir o agravamento da situação;
3. . promover a interrupção do ciclo de violência;
4. contribuir para a devida responsabilização dos autores da agressão ou exploração; e
5. favorecer a superação da situação de violação de direitos, a reparação da violência vivida, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, a potencialização da autonomia e o resgate da dignidade (vide anexo 1).

Tem como público alvo crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual, bem como, suas famílias. No recorte desta pesquisa, restringi a análise somente aos casos de violência sexual intrafamiliar.

Com base na literatura que descreve as conseqüências psicossociais da violência sexual intrafamiliar, bem como, os fatores de risco e de proteção que envolvem a dinâmica familiar e atendimento às vítimas, traçou-se os seguintes indicadores.

Indicadores que avaliam a resolutividade das situações de violência:

1. Indicador de reincidência da violência sexual: este avalia se o ciclo da violência sexual foi interrompido após a revelação. A reincidência deve ser aferida em três momentos a saber:
 - Reincidência após ser encaminhado ao Serviço de Enfrentamento a Violência, Abuso e Exploração Sexual, porém, anterior ao primeiro atendimento;
 - Reincidência durante o atendimento do Serviço de Enfrentamento a Violência, Abuso e Exploração Sexual;
 - Reincidência após alta do Serviço de Enfrentamento a Violência, Abuso e Exploração Sexual.
2. Indicador de revitimização – refere-se à presença de outras formas de violências após ser encaminhado para atendimento:
 - Violência física – intra e extrafamiliar;
 - Violência psicológica – intra e extrafamiliar;
 - Negligência – intra e extrafamiliar;
3. Indicadores de dano secundário: busca investigar, se o sofrimento psíquico foi agravado devido a intervenções inapropriadas da rede de atendimento;
4. Indicadores de proteção: busca informar se houve alterações nos fatores de risco (inclui-se neste item o afastamento e/ou responsabilização do agressor), bem como, o fortalecimento e inclusão da figura protetiva e construção ou fortalecimento da rede de apoio social e afetivo.
5. Indicadores de superação e/ou reparação da violência vivida: este é o indicador que apresenta maior limitação na coleta de dados, entretanto, é o que melhor retrata a superação dos problemas desencadeados pela violência sexual, tais como: Ideação suicida, isolamento social, presença de TEPT, depressão, comportamento sexual inadequado, percepção distorcida de si mesma.

3. MÉTODO

Esta é uma pesquisa baseada nos procedimentos da Avaliação por Triangulação de Métodos que, no Brasil, tem como um de seus expoentes a professora e pesquisadora Maria Cecília Minayo. Utilizou-se também a metodologia do marco lógico que é usual nas avaliações de políticas públicas e endossada pelo BID (1994) e UNICEF (1990).

Compreende-se que tais metodologias são complementares e norteiam os pesquisadores nas coletas e cruzamentos de dados. A metodologia do marco lógico desenha um planejamento consistente da pesquisa estabelecendo as relações causais possíveis nas avaliações. A construção da matriz lógica começa pela identificação dos objetivos gerais e específicos do serviço/programa e dos indicadores de performance – anteriormente apresentados – pelos quais o serviço/programa será avaliado seguido da indicação das fontes de dados utilizadas nas mensurações e análises (BID, 1994 e COSTA e CASTANHAR, 2003).

Apesar de não ser o foco desta pesquisa, é importante citar que num passo seguinte a metodologia da matriz lógica volta-se para a identificação dos recursos financeiros, humanos e infra-estrutura alocados, as atividades previstas, os resultados previstos e as relações causais que podem ser assumidas.

Utilizando como complementaridade a metodologia de avaliação por triangulação de métodos, conforme, Minayo (2006 e 2008) que é uma metodologia que se aplica na avaliação de políticas públicas e no Brasil, inicialmente, aplicou-a na avaliação de programas de saúde.

Busca superar as dicotomias muito presentes no meio acadêmico, tais como: qualitativo x quantitativo e objetividade x subjetividade. Defende a interdisciplinaridade ao reconhecer que nenhuma disciplina encerra em si todos os

conhecimentos e arcabouços críticos e contribuições teórico-metodológicas sobre o fenômeno.

O termo triangulação advém do interacionismo simbólico e significa

(...) a combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação. (MINAYO, 2008, p.29).

Junto à integração subjetiva e objetiva no processo de avaliação essa proposta inclui os atores envolvidos no programa não apenas como objetos de análise, mas, principalmente, como sujeitos da auto-avaliação.

Didaticamente pode-se dividi-la em oito passos, a saber (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2008):

1. Formulação da pergunta referencial que guiará o planejamento e execução da avaliação.
2. Elaboração dos indicadores.
3. Escolha da bibliografia de referência e das fontes de informações.
4. Construção dos instrumentos para a coleta de dados.
5. Organização e coleta de dados.
6. Análise dos dados.
7. Elaboração do informe final.
8. Devolução e discussão com os atores interessados visando a implementação de mudanças.

3.1. Delineamento da pesquisa

Esta pesquisa busca avaliar a efetividade do atendimento prestado pelo Serviço de Enfrentamento à Violência praticado a crianças e adolescentes em situação de violência sexual inframiliar. A principal pergunta que norteou a pesquisa foi: As intervenções deste Serviço de Enfrentamento a Violência Sexual têm contribuído para a reparação da violência vivida, para a potencialização da

autonomia e resgate da dignidade, para a superação da situação de violação de direitos e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitário?

Para tentar responder a essas questões construiu-se a matriz lógica que orientou a elaboração dos indicadores de resultados, anteriormente, apresentados e a seleção das fontes de informações – análise documental, entrevistas com os técnicos do serviço de enfrentamento a violência e com os conselheiros tutelares e aplicação de escalas e testes psicológicos em um grupo selecionado de usuários - com base nos objetivos e metas do serviço. Vide quadro abaixo.

Matriz Lógica					
Serviço de Enfrentamento a Violência Sexual, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes					
Público alvo	Metas	Objetivos	Ações esperadas	Indicador que avalia	Fonte de coleta de dados
Crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias.	Atender crianças e adolescentes vítimas de violência sexual sob a perspectiva da proteção integral	Identificar o fenômeno da violência sexual e riscos decorrentes	Ações de prevenção e busca ativa, atendimento médico, jurídico, social e psicológico às vítimas de violência sexual	Indicador de proteção Indicador de danos secundários	Análise dos prontuários nos CTs, entrevistas com os conselheiros tutelares e técnicos do CREAS responsáveis pelo atendimento.
		Prevenir o agravamento da situação de violência	Atendimento e acompanhamento médico, jurídico, social e psicológico às vítimas de violência sexual e suas famílias. Articulação com a rede protetiva e SGDCA	Indicador de proteção Indicador de danos secundários	Análise dos prontuários nos CTs, análise dos prontuários no CREAS
		Promover a interrupção do ciclo de violência	Atendimento imediato às vítimas de violência sexual e articulação com a rede protetiva e SGDCA.	Indicador de revitimização Indicador de reincidência Indicador de proteção	Análise dos prontuários nos CTs e CREAS, aplicação de escalas e testes psicológicos nos sujeitos vítimas de violência sexual antes e após intervenção do CREAS.
		Favorecer a superação da situação de violação de direitos, a reparação da violência vivida, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, a potencialização da autonomia e o resgate da dignidade	Atendimento psicoterápico, acompanhamento psicossocial, atendimento jurídico e inserção em demais programas psicossociais	Indicador de superação e/ou reparação da violência vivida	Análise dos prontuários nos CTs e CREAS, aplicação de escalas e testes psicológicos nos sujeitos vítimas de violência sexual antes e após intervenção do CREAS.

Figura 3 Matriz Lógica

A pesquisa realizou-se numa cidade de porte grande, segundo classificação do IBGE, com aproximadamente 700mil/hab. Após autorização do Comitê de Ética, solicitou-se autorização aos dois Conselhos Tutelares existentes na cidade, à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e à coordenação do CREAS, local onde é desenvolvido o Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual Infanto-juvenil.

Optou-se por analisar nos Conselhos Tutelares da cidade os casos de violência sexual intrafamiliar denunciados no período de 02/01/2008 a 30/06/2009. Considerando que os Conselhos Tutelares não dispõem de sistema informatizado que identifica os prontuários por tipo de violação, foi necessário pesquisar todos os prontuários e identificar aqueles que tinham como violação de direitos a violência sexual intrafamiliar. Foram pesquisados 4510 (quatro mil quinhentos e dez) prontuários referentes à violação de direitos da criança e adolescentes ocorridos no período e identificados 147 (cento e quarenta e sete) casos de violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Para a coleta de dados todos estes casos foram acompanhados na rede protetiva, Conselhos Tutelares e CREAS, até o dia 15/01/2010.

O acompanhamento dos casos incluiu uma avaliação psicológica das vítimas de violência antes e depois do ingresso no Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual. Optou-se pelo modelo de comparação intra-grupo no qual se realiza uma medição da variável dependente antes e depois da introdução de uma variável independente, no caso, o atendimento psicossocial.

Cohen e Franco (2007) considera este o melhor método quando não for possível a comparação da população alvo com um grupo de controle. Este modelo caracteriza-se por trabalhar com um único grupo - o público alvo do serviço/programa - diante da impossibilidade de comparar com sujeitos que estão expostos a situações que deram origem ao serviço/programa.

Pode ser representado da seguinte forma:

$D = x' - x$, donde D são as diferenças produzidas após as intervenções, x representa o estado do sujeito antes da intervenção e x' o estado do sujeito após encaminhamento, intervenções intermediárias ou etapa finalizada.

Nos meses de fevereiro, março, abril e maio/2009, foram selecionados 10 (dez) casos cuja revelação da violência sexual intrafamiliar ocorrera nos 30 (trinta) dias anteriores, para serem submetidos aos testes e escalas antes de iniciar o atendimento no Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual Infanto-juvenil. Nesta primeira etapa, um responsável recusou a permitir a participação da adolescente na pesquisa e 2 (dois) não compareceram ao pré-agendamento. Em dia, horário e local previamente agendado, explicou-se a pesquisa e pediu-se autorização ao responsável legal e à adolescente. Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os testes e escalas foram aplicados gastando em média 1h20min. Todas as aplicações foram gravadas com a anuência dos sujeitos.

Em 15/01/2010 os mesmos testes foram reaplicados para efeito comparativo. Nesta oportunidade, tanto os sujeitos quanto os responsáveis legais relataram sobre o atendimento recebido na rede. Nesta etapa, um dos sujeitos participantes recusou-se a participar. Entretanto, esta recusa é um dado muito significativo que melhor discutido será quando da análise qualitativa.

Também foram entrevistados os Conselheiros Tutelares e técnicos responsáveis pelo Serviço de Enfrentamento a Violência Sexual no CREAS. Outras fontes de dados consideradas foram o diário de bordo da pesquisadora e os relatos espontâneos dos responsáveis pela adolescente quando do pedido de autorização para participação da pesquisa.

3.2 Técnicas de coleta e registros de dados

3.2.1 Análise documental

A análise documental consiste numa técnica exploratória que permite identificar informações factuais a partir de materiais escritos. Esta pesquisa analisou dados dos prontuários nos Conselhos Tutelares e no Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual. Para coleta dessas informações desenvolveu-se um instrumento de coleta de dados (vide anexo) que contém as seguintes informações:

- a- análise dos prontuários no Conselho Tutelar:
 - Dados da vítima, possível agressor, média de duração da violência até a revelação, demais irmãos vitimizados e breve descrição do fato;
 - Comportamento adotado pela família diante da revelação da violência sexual;
 - Medidas adotadas pelo Conselho Tutelar;
 - Relatórios encaminhados pelo Sistema de Garantia de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente;
 - Reentradas no órgão que indiquem a revitimização ou reincidência da violência sexual.
- b- Análise dos prontuários de atendimento no Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual:
 - Período decorrido entre o recebimento do encaminhamento e o primeiro atendimento;
 - Procedimento adotado, dinâmica do atendimento e profissionais envolvidos;
 - Duração do tratamento;
 - Demais violências associadas à violência sexual;
 - Revitimizações ou reincidência da violência sexual;
 - Demais instituições envolvidas na proteção e tratamento;
 - Registros que revelem se são feitos monitoramentos dos casos atendidos, após, encerramento;

- Justificativa do encerramento.

3.2.2 Entrevistas

A entrevista, especificamente, a entrevista semi-estruturada utilizada neste estudo, configura-se como um recurso privilegiado para a apreensão da perspectiva do informante ou, segundo Minayo (1994), num meio de coleta de fatos relatados pelos sujeitos da pesquisa.

Sujeitos

Foram entrevistados 20 Conselheiros Tutelares que relataram em que situações encaminhavam a vítima para o Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual, quais eram os resultados esperados e quais eram as percepções dos resultados apresentados. No município onde a pesquisa foi realizada tem em funcionamento, dois Conselhos Tutelares e durante a pesquisa houve mudança de mandato em ambos, justificando, assim, o número elevado de sujeitos entrevistados.

Foram entrevistados, também, a coordenadora, vice-coordenadora, assistente social e psicóloga envolvidos nos atendimentos. O objetivo foi conhecer a dinâmica de instalação; conhecer os objetivos do serviço, as principais queixas na execução das ações e os resultados obtidos.

3.2.3 Testes psicológicos

Com base na sintomatologia descrita pela literatura em que a vítima de violência sexual apresenta em curto e médio prazo, foram selecionados testes diretivos e escalas para avaliação da vítima antes e após a intervenção.

Considerando que os programas psicossociais atuam com a família e que a reparação da violência vivida está intrinsecamente relacionada com a capacidade de

apoio da figura responsável protetiva, bem como, com mudanças dos padrões familiares de educação, utilizamos alguns testes diretivos e escalas padronizados para a população brasileira.

A escolha por testes diretivos e escalas é devido a rapidez de aplicação e facilidade na correção, proporcionando uma economia de tempo ao pesquisador e menos desconforto ao sujeito.

a- testes e escalas aplicáveis às crianças e aos adolescentes:

- Inventário de Depressão Infantil – CDI – é uma adaptação do Inventário de Beck. Foi proposto por Kovacs e propõe mensurar sintomas depressivos em jovens de 7 a 17 anos. Posteriormente, foi adaptada para a população brasileira por Gouveia et al (1995), e convalidada por outros estudos (GOLFETO, 2002; COUTINHO, 2008).
- Escala de Stress para Adolescentes – ESA: auxilia como medida de sintomas de estresse.
- Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS): foi desenvolvido para mensurar questões específicas do abuso em crianças sexualmente abusadas (MANNARINO, COHEN, & BERMAN, 1994). O instrumento é uma entrevista semi-estruturada constituída por 18 itens e são avaliados quatro aspectos em quatro subescalas: sentimentos de diferença com relação aos pares; confiança nas pessoas; auto-atribuição dos eventos negativos (auto-culpabilização pelo abuso); e, percepção de credibilidade dos outros em si. Os itens da entrevista foram traduzidos para o português por um pesquisador bilíngüe e depois traduzidos de volta para o inglês por outro. As versões foram comparadas, ajustadas e aplicadas em cinco meninas com idade entre 10 e 13 anos para verificar a compreensão do instrumento (vide anexo).
- Entrevista estruturada com base no DSM IV/SCID para avaliação de transtorno do estresse pós-traumático. Os critérios diagnósticos estabelecido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos

Mentais (DSM) são utilizados para identificação da presença dos sintomas que compõem o transtorno (re-experienciação do evento traumático; esquiva de estímulos associados com o trauma; e, sintomas de excitabilidade aumentada). Além de verificar a presença dos sintomas, a entrevista avalia a intensidade e a frequência de cada um deles. A tradução para o português desta entrevista foi desenvolvida por Del Ben, Vilela, Crippa, Hallak, Labate, e Zuardi (2001), (vide anexo).

Todos os testes foram corrigidos e analisados pela pesquisadora e submetido a uma segunda análise por psicólogo especialista em psicometria.

Sujeitos

Foram selecionados 10 adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos cuja revelação da violência sexual intrafamiliar ocorrera nos 30 (trinta) dias anteriores para serem submetidos aos testes psicológicos. Do total de 10 convites, 2 (dois) não compareceram e (um) o responsável não autorizou a participação da adolescente na pesquisa.

3.3 As instituições

A pesquisa ocorreu nos dois Conselhos Tutelares existentes no município e no Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual Infanto-juvenil.

- Os Conselhos Tutelares: são órgãos permanentes e autônomos, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Neste município tem 02 (dois) Conselhos Tutelares, com 5 membros cada, conforme, previsão legal.
- Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual Infanto-juvenil: inserido no CREAS e vinculado à Secretaria Municipal de

Desenvolvimento Social, recebe recursos do município e do governo federal, através do MDS. São funcionários exclusivos deste serviço, 3 (três) assistentes sociais e 2 (duas) psicólogas. Além disto, conta com coordenadora, vice-coordenadora, auxiliar administrativo e serviços gerais que também atendem outros serviços vinculados ao CREAS. É um serviço, cujo público alvo, é originário dos Conselhos Tutelares e eventualmente recebem encaminhamentos diretamente da Vara da Infância e Juventude.

Após identificação e pesquisa dos prontuários nos Conselhos Tutelares procurou-se identificá-los e pesquisá-los no Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual Infanto-juvenil. Entretanto, aproximadamente, 38% (trinta e oito por cento) do total de casos identificados nos Conselhos Tutelares e que constava cópia do encaminhamento feito ao serviço, não tiveram prontuário abertos. Para este fato, a coordenação apresentou duas justificativas: por determinação da Secretária Municipal de Desenvolvimento Social todos os encaminhamentos são protocolados diretamente na SMDS e após análise, encaminhados aos serviços pertinentes e são comuns extravios neste trâmite. Também, ocorre, que devido a insuficiência de recursos humanos para efetuar o atendimento, são abertos prontuários somente quando surgem vagas e nesta hipótese, priorizam-se os casos avaliados como graves.

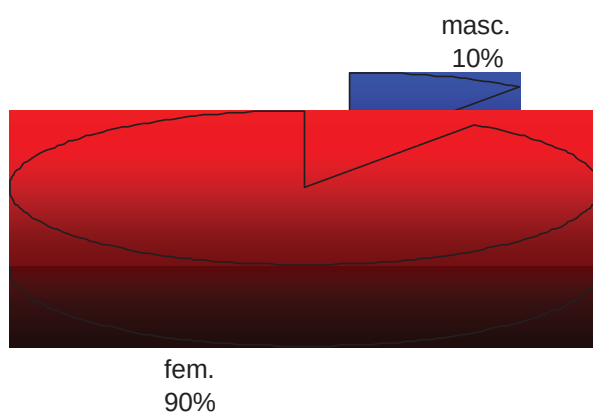
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1.1 Resultados da análise documental

O gráfico abaixo representa, estatisticamente, a violência sexual intrafamiliar segundo o sexo da vítima.

Gráfico 1

Violência sexual - dados segundo o sexo da vítima



Ao cruzar os dados do gráfico 1 com dados do gráfico 2 têm-se a confirmação da literatura quando afirma que a violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes perpassa pelas questões de gênero e cultura patriarcal, tendo como sujeito-vítima a menina como uma figura feminina submetida ao homem. A mãe aparece como agressora em 3% dos casos pesquisados, portanto, 97% dos agressores são do sexo masculino assim distribuídos: 42% são padrastos, 23% são os próprios pais, 12% tios, 10% família ampliada, aqui considerada os pais e filhos dos padrastos que convivem com a família após reconfiguração familiar, 8% avós e primos e 2% irmãos. Um dado que chama a atenção é que em todos os casos aonde a mãe configura-se como agressora o marido surge como co-autor.

Gráfico 2

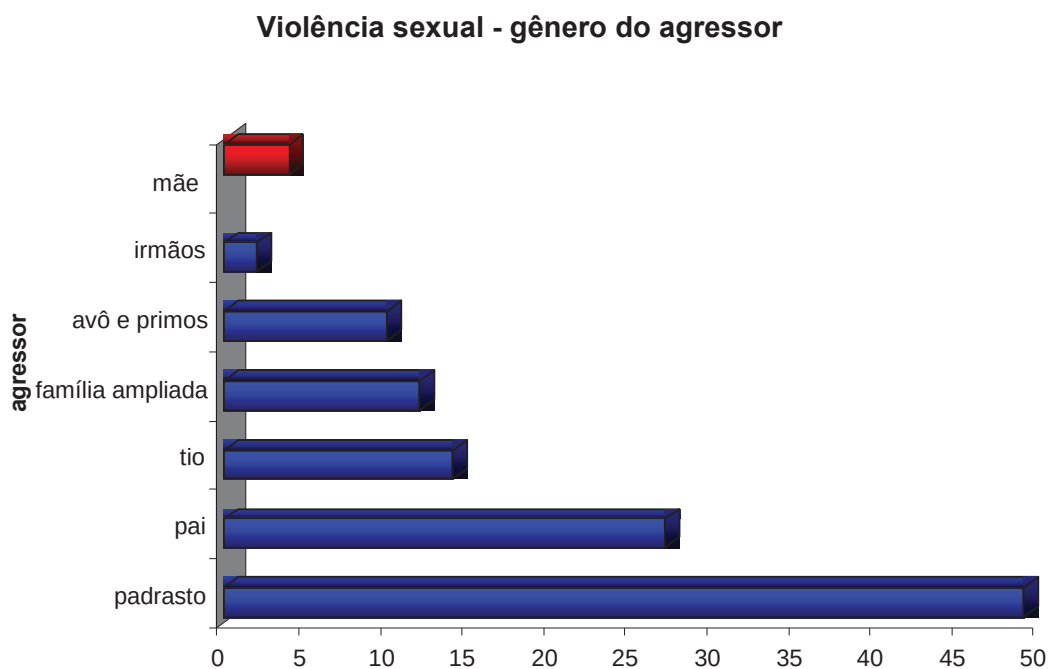
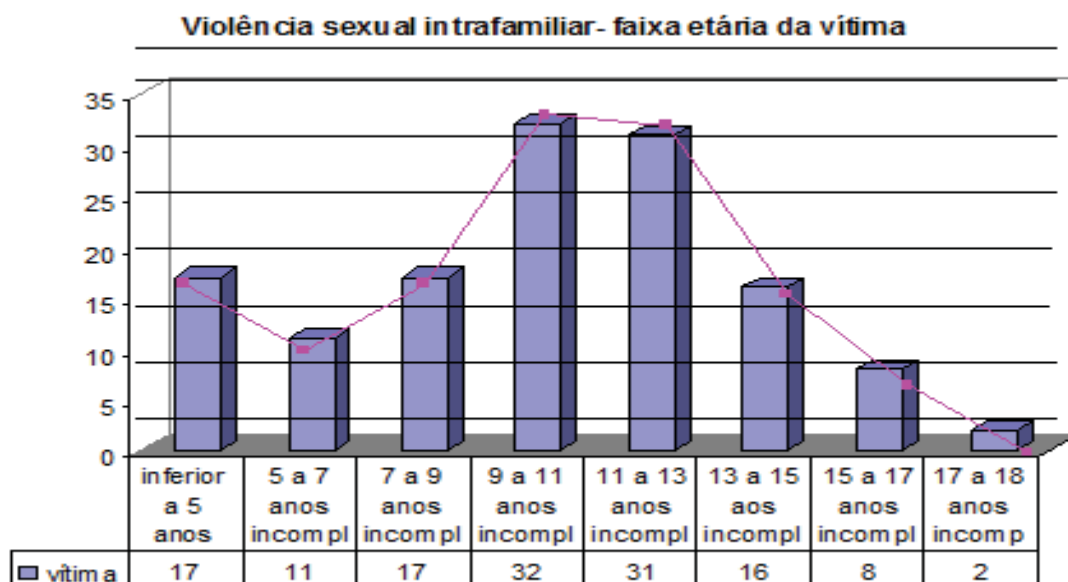


Gráfico 3



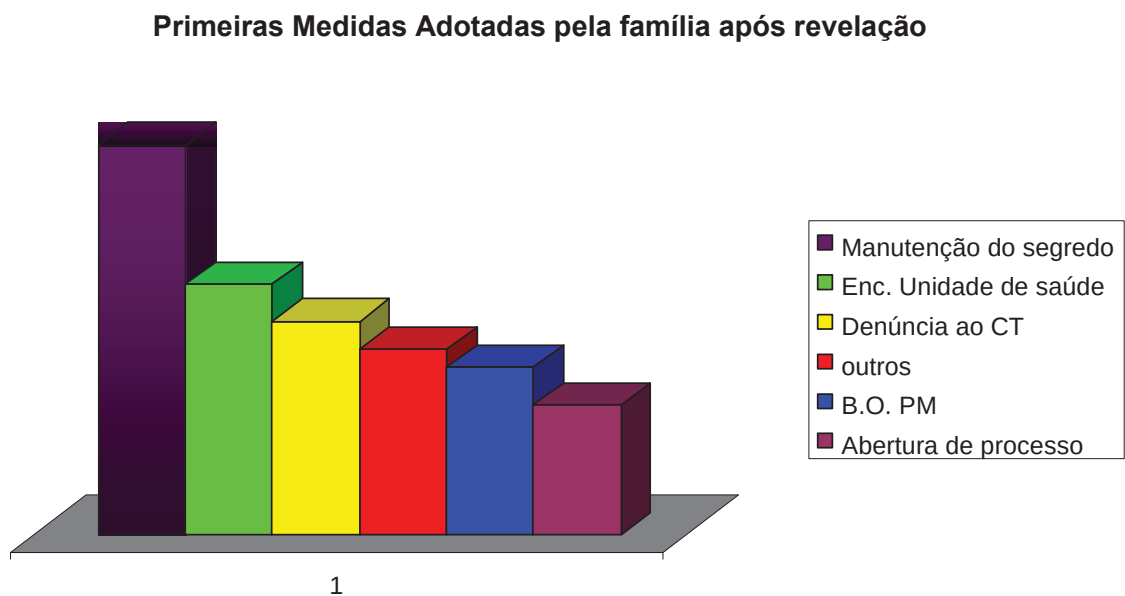
O gráfico 3 representa a faixa etária de maior vulnerabilidade, donde o ápice compreende o período desenvolvimental da pré-adolescência. 47% das vítimas têm entre 9 e 13 anos de idade. Também, pode-se apreender a tendência de aumento

de vitimizações a crianças com idade inferior a 5 anos, fato este que merece investigações específicas.

Os dados até então apresentados, caracterizaram a vítima e o agressor. As próximas análises retratam o modo de funcionamento da rede protetiva compreendida como família, sociedade e Estado que têm a função precípua de cuidado e proteção integral.

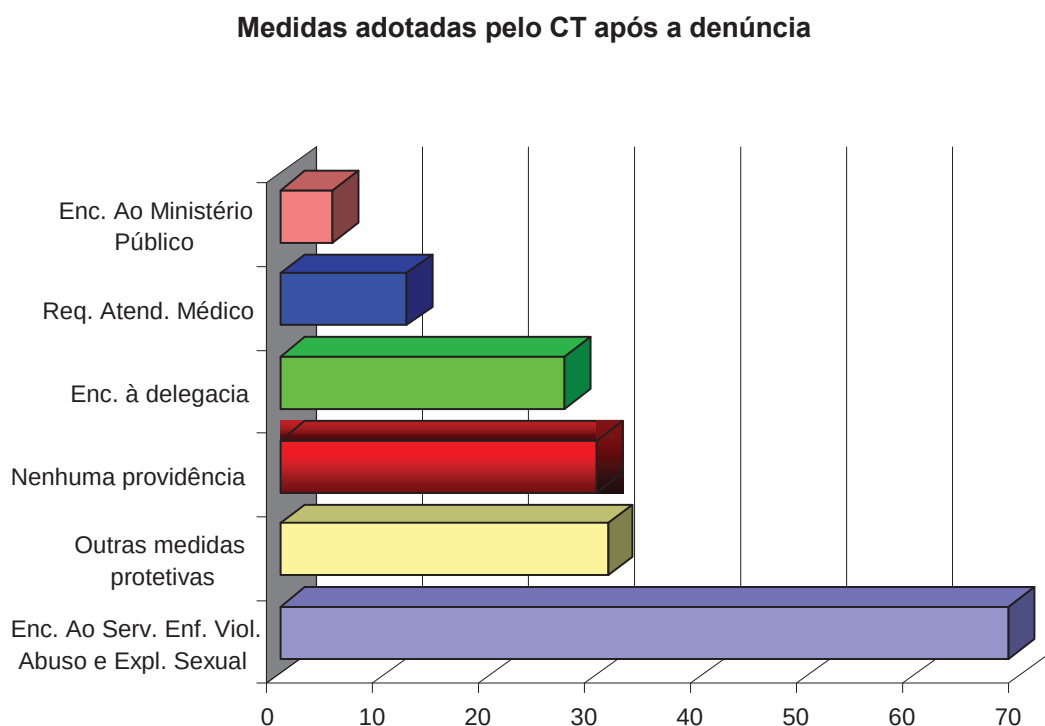
Na coleta de dados investigou-se o posicionamento da família quando da revelação da violência sexual intrafamiliar. Veja gráfico 4.

Gráfico 4



Em primeiro lugar está a manutenção do segredo identificado em 28% dos prontuários pesquisados, seguido, pela procura por cuidados médicos, 16%. Em terceiro lugar, 16% denunciaram ao Conselho Tutelar e somente 10% iniciaram o processo imediatamente. Outros, 14%, estão classificadas em respostas, como: denúncia aos Direitos Humanos – disque 100 -, afastamento do agressor, afastamento da criança, dentre outros.

Gráfico 5



As denúncias chegaram ao Conselho Tutelar, prioritamente, através de algum familiar que denunciou, seguido da notificação dos serviços de saúde e Direitos Humanos – disque 100. Por precaução, medo ou desejo de confirmação da violência sexual, a família opta por buscar atendimento médico em detrimento da formalização da denúncia. Mesmo que a família não revele a real demanda, durante o preenchimento da ficha inicial ou no exame clínico, sintomas tais como a presença de doenças sexualmente transmissíveis, vermelhidões e escoriações nas partes íntimas seguidos de questionamentos insistentes quanto à preservação do hímen são indicativos de presença de violência sexual. Cabe aos serviços de saúde, conforme, art.13 do ECA, comunicar ao CT todos os casos de suspeita de violência sob pena de responderem legalmente pela omissão. Aos profissionais envolvidos cabe a responsabilidade em não pactuar inconscientemente com a família para a manutenção do segredo, pois, as incapacidades dos pais em lidar com as confusões decorrentes de seus problemas sexuais e emocionais associados ao tabu do

reconhecimento destes conflitos constituem o cenário que pode manter a violência sexual à criança/adolescente por vários anos (FURNISS, 2003).

O Conselho Tutelar é o órgão responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Assim que tomar ciência, seja por denúncia anônima, pessoalmente ou por encaminhamento da rede protetiva, este deverá empreender todos os esforços para restabelecer os direitos violados e encaminhar para tratamentos psicossociais objetivando a reparação e superação da violência vivida. É importante frisar que em casos de crime, sem prejuízos das ações protetivas, este órgão deverá comunicar à delegacia e ao Ministério Público, independente do desejo do responsável legal. (veja figura 2).

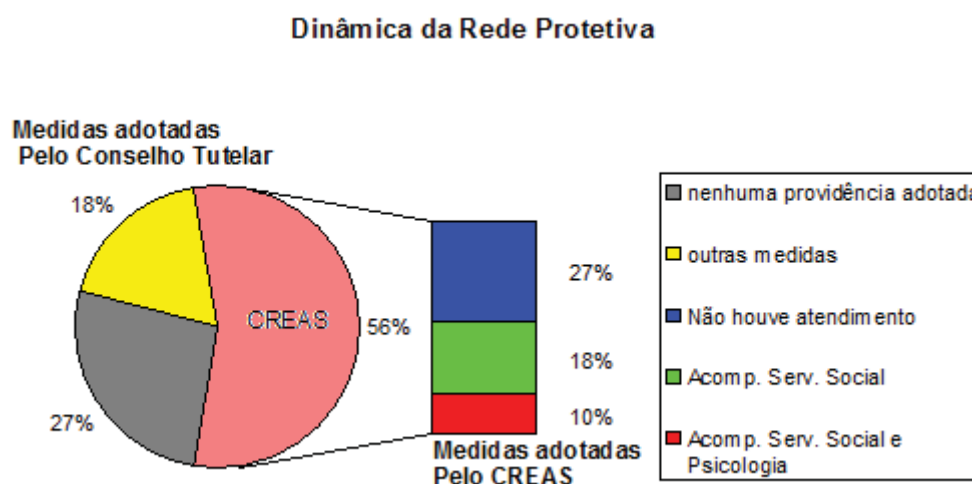
Ao analisar os dados do gráfico 5 observa-se que o Conselho Tutelar não atuou em 27% dos casos denunciados. Dos 147 (cento e quarenta e sete) casos identificados e monitorados, ao final da pesquisa, na fase de compilação de dados, 13 (treze) casos tiveram que ser descartados, pois, não continham dados mínimos haja vista que o Conselho Tutelar arquivou-os sem tomar quaisquer providências. É preciso salientar que todos prontuários negligenciados foram encaminhados pelo serviço médico que aplica o tratamento preventivo da DST/AIDS quando da suspeita ou confirmação de violência sexual. Na análise dos prontuários observou-se que em muitos casos a omissão do conselheiro tutelar está associada ao descrédito no depoimento da vítima e, em vários outros, na identificação do conselheiro tutelar com o agressor.

Além disto, esse dado aponta para o fato de que não há padronização na forma de atuação dos diferentes membros do Conselho Tutelar. As medidas protetivas adotadas e o intervalo constante entre a denúncia e a aplicação das primeiras medidas protetivas variam consideravelmente entre conselheiros tutelares. Este fato chama a atenção para a necessidade de capacitação continuada destes profissionais e maiores fiscalizações do Ministério Público, Varas da Infância e Juventude e CMDCA com objetivo de coibir atos de omissão na prática destes profissionais.

Dentre as medidas protetivas adotadas pelo Conselho Tutelar, segundo o ECA, art. 101IV e V, estão a inclusão da família em programas de auxílio e requisição de tratamento psicológico. Para atender tal prerrogativa, o município disponibiliza o Serviço de Enfrentamento da Violência, Abuso e Exploração Sexual que a partir de agora será identificado por CREAS para facilitar a descrição e por ser a localização deste, segundo, a Política Nacional de Assistência Social (vide figura 1).

O gráfico 6 permitirá uma maior visualização das medidas adotadas pelo Conselho Tutelar e pelo CREAS após receber os encaminhamentos.

Gráfico 6



Em 18% dos prontuários analisados foi adotada alguma medida que não incluía o encaminhamento ao Serviço de Enfrentamento Violência, Abuso e Exploração Sexual.

Para o CREAS foram encaminhados 56% dos casos identificados de violência sexual intrafamiliar infanto-juvenil, o que corresponde a 69 prontuários⁴. Do total de casos encaminhados ao CREAS, 33% não foram atendidos, pois, aguardam em

⁴ No Conselho Tutelar os prontuários são abertos, segundo o núcleo familiar. Portanto, mesmo que sejam duas vítimas, porém, pertencentes ao mesmo núcleo familiar, será aberto apenas 1 prontuário.

listas de espera ou então, os encaminhamentos não chegaram ao serviço ⁵; 18% receberam acompanhamento e orientações somente da equipe do serviço social e apenas 10% receberam tratamento psicológico e acompanhamento social.

No CREAS após receber o encaminhamento dos Conselhos Tutelares, há o aguardo numa lista de espera, em média por 3 (três) meses para o atendimento. Ao surgir vaga são abertos prontuários com numeração específica e encaminhados à assistente social. Todos os casos pesquisados iniciam-se com a abordagem domiciliar feita pelo profissional de serviço social. Em seguida, são agendados horários com os responsáveis legais, para orientações e acompanhamentos. Neste ínterim são solicitados à escola relatórios psicopedagógicos. Após este trâmite, aproximadamente 2 (dois) meses, este profissional avalia a necessidade de encaminhamento ao serviço de psicologia. Porém, na maioria dos casos decidem pelo atendimento exclusivo do assistente social, através de acompanhamentos e orientações. Vide gráfico 6.

Ao analisar as justificativas de encerramentos, depreende-se que o serviço prioriza a responsabilização do agressor em detrimento do tratamento da vítima.

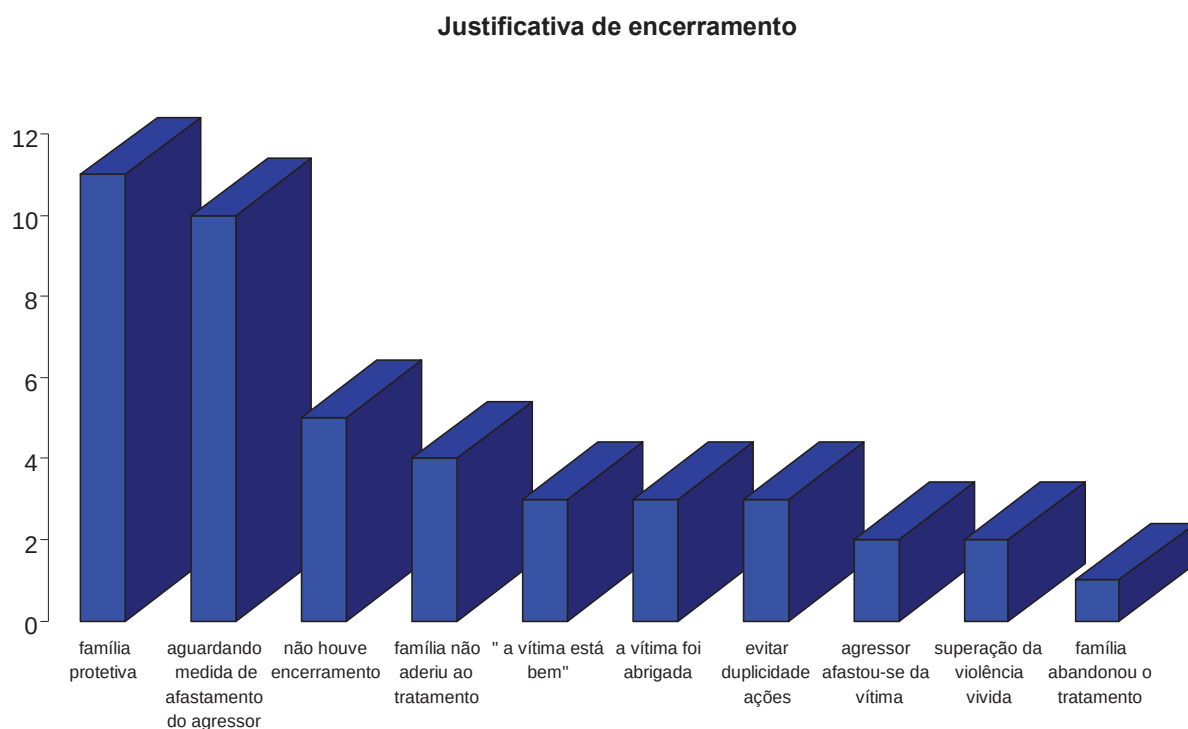
Sempre que o agressor mantém convivência com a criança/adolescente o CREAS comunica o fato ao Conselho Tutelar e solicita a aplicação de medida protetiva de afastamento do agressor da vítima e arquiva o prontuário até retorno do Conselho Tutelar, conforme, consta das diretrizes básicas para a condução do acompanhamento às famílias, elaborado pelo CREAS pesquisado. Enquanto isto, a criança ou adolescente vítima e demais familiares não recebem o suporte psicossocial. Este posicionamento reflete o desconhecimento jurídico dos profissionais, pois, somente por decisão judicial pode-se determinar o afastamento do agressor do lar de origem não cabendo ao Conselho Tutelar tal prerrogativa legal. Como segunda opção, porém, a mais usual, optam por afastar a criança/adolescente de sua casa colocando-a em um abrigo. É indiscutível que esta medida aumenta,

⁵ Somente considerou como encaminhado ao CREAS quando tinha, anexado ao prontuário, cópia do encaminhamento devidamente protocolado.

potencialmente, a possibilidade do desenvolvimento do dano secundário causado por intervenções inadequadas, em outras palavras, a re-vitimização e pode contruir para o afrouxamento dos vínculos familiares e comunitários. Tão grave quanto o afastamento da vítima do convívio com os familiares é o arquivamento do prontuário no CREAS quando a criança/adolescente é abrigada sob a alegação de está protegida e não desejam sobrepor ações.

Veja gráfico abaixo.

Gráfico 7



Na compilação dos dados, a categoria superação da violência vivida, foi descrita em apenas dois prontuários. Ressalta-se que o Serviço de Enfrentamento a Violência Sexual tem como princípio norteador a superação da violência vivenciada. Optou-se por não unificar as categorias “superação da violência vivenciada” e a “vítima está bem” porque esta última relata apenas o ponto de vista do profissional de serviço social sem dados que corroborem sua apreciação.

Na análise qualitativa algumas categorias merecem atenção especial. No estudo dos prontuários que constam que a família é protetiva verificou-se que imediatamente após a revelação da violência sexual a criança ou adolescente vitimizado pôde contar com uma figura protetiva que não duvidou dos relatos e tomou as providências legais necessárias. Mas o fato de a família ser protetiva não é suficiente para descartar o sofrimento psíquico da vítima. Tal afirmação baseia-se nas transcrições de falas dos familiares que indicam estarem eles próprios e a vítima necessitando de acompanhamento psicológico. Entretanto, mesmo manifestando este desejo os acompanhamentos foram encerrados.

Na categoria “não houve encerramento” estão agrupados os casos em que a equipe do serviço social mantém o acompanhamento que pode durar meses ou até mesmo anos.

Nos prontuários dos Conselhos Tutelares foi possível mapear as revitimizações. Do total de casos confirmados de violência sexual intrafamiliar, 12 (doze) casos, o que corresponde a 8% eram conhecidos e acompanhados pelo Conselho Tutelar e rede protetiva por denúncias de violência física e negligência.

Da totalidade de casos encaminhados ao CREAS aproximadamente 45% tiveram reentradas no Conselho Tutelar antes e durante o atendimento da equipe técnica. Na maioria das vezes são familiares denunciando a falta de atendimento da rede, em especial, atendimento psicoterápico. Também são descritas a permanência do ciclo de violência, ora após encaminhamento ao CREAS, porém, anterior ao início do atendimento, ora no período de acompanhamento do CREAS.

Foram entrevistados 20 (vinte) conselheiros tutelares para averiguar o conhecimento e expectativas destes sobre o atendimento do CREAS. Sem exceções relataram que o CREAS é medida protetiva prevista no ECA, responsável pelo atendimento psicossocial e jurídico da vítima e família quando houver suspeita ou confirmação de violência sexual. Com a intervenção do programa espera-se a proteção social através de inserções e acompanhamentos na comunidade, rede

protetiva – saúde, educação, capacitação, dentre outros - e benefícios sociais quando fizerem-se necessários. O suporte psicológico durante a crise que se instala quando da revelação do segredo e tratamento psicoterápico que favoreça a superação e reparação da violência vivida, a potencialização da autonomia e o resgate da dignidade.

O mesmo questionamento fez-se aos técnicos e coordenadores dos programas. Curiosamente, as respostas foram idênticas. No entanto, nem todos os casos denunciados ao Conselho Tutelar são encaminhados ao CREAS ou tampouco os profissionais do CREAS seguem os mesmos pressupostos.

As intervenções no CREAS seguem a seguinte dinâmica, conforme, identificado nos prontuários e consolidado pelas Diretrizes Básicas para a condução do acompanhamento às famílias, documento redigido e implantado pelo CREAS.

Inicia-se com a abordagem domiciliar feita pela equipe do serviço social;

Este técnico agenda horário com a família para entrevistas e orientações;

Solicita relatório psicopedagógico;

Quando necessário realiza-se entrevistas colaterais para compreender a dinâmica familiar e mantém contato com profissionais da rede de atendimento;

Se necessário, encaminhar para avaliação e atendimento psicológico;

O primeiro relatório para o órgão requisitante, será enviado após abordagem familiar.

Diante destes dados, e com base nos gráficos 5 e 6 surgem alguns questionamentos:

- a) Considerando que os Conselheiros Tutelares têm a exata compreensão dos pressupostos pelos quais o serviço fora criado, por que não encaminharam ao CREAS todos os casos suspeitos ou confirmados de violência sexual?

b) Considerando que a equipe técnica tem compreensão dos pressupostos que embasam o serviço e que neste não prioriza determinada categoria profissional em detrimento de outra, por que o atendimento psicológico somente ocorre após intervenção e encaminhamento do assistente social? Fato este que tem duas conseqüências diretas: nem todos os casos atendidos pelo assistente social são encaminhados para atendimento psicológico e quando o são, há um intervalo expressivo entre o primeiro atendimento feito pelo assistente social e o encaminhamento à psicoterapia.

É importante citar que a duração média do tratamento psicoterápico são de quatro sessões, incluso, o rapport, o atendimento individualizado à vítima, o atendimento à família e o encerramento. Evidentemente, não pode-se considerar estas intervenções como tratamento psicoterápico, muito ao contrário, é um acolhimento que inicialmente levanta no sujeito a expectativa de inclusão – tratamento – para posteriormente ser excluído.

Este padrão de intervenção foi descrito por Sawaia (2002) numa análise ética das intervenções das desigualdades sociais como uma inclusão perversa. São ações – de governos ou profissionais – que visam a inclusão, entretanto, após intervenções iniciais cessam os procedimentos e novamente estes sujeitos são excluídos. É um eterno brincar de incluir e excluir. Diante disto, a cada dia os sujeitos constroem novas resistências às intervenções do poder público como mecanismos de defesa e reforça a tese de ineficiência do Estado.

4.2 Resultados dos testes psicológicos

Dos 7 (sete) sujeitos submetidos aos referidos instrumentos na primeira etapa, 2 (dois) estão sendo acompanhados pelo CREAS, porém, não receberam atendimento psicológico, 3 (três) o CREAS encerrou o atendimento e o profissional de psicologia manteve em média 4 (quatro) contatos (incluso, o acolhimento inicial – responsável e adolescente, atendimento à adolescente, e encerramento), e 2 (dois)

o profissional de psicologia manteve o atendimento psicoterápico, num período médio de 3 (três) meses, e após, conclusão do atendimento, a equipe de serviço social continuou o acompanhamento sociofamiliar.

Os dados obtidos por meio dos instrumentos CDI, ESA e CAPS foram, inicialmente, submetidos a análises descritivas e destas calculados a média, mediana e desvio padrão de cada instrumento em cada período de aplicação.

A entrevista para avaliação clínica do TEPT optou-se pela análise qualitativa em detrimento da quantitativa, por considerar, que esta encerra em si, precioso material indicativo do estado psicológico da vítima.

Na avaliação inicial, as participantes apresentavam sintomas significativos de depressão, inclusive, duas participantes, relataram ideação suicida, stress com sintomas, prioritariamente, psicológicos e interpessoais, classificados em estados de alerta e resistência, ou seja, diante de um estímulo estressor se prepara para luta ou fuga e caso este estímulo permaneça por um longo período, ou se for de intensidade relativamente excessiva, o organismo tenta a se acomodar, porém, são descritos sintomas clínicos de sensação de desgaste generalizado sem uma causa específica. A análise da CAPS, corroborou os dados identificados na ESA e CDI de auto-atribuição de eventos negativos, sentimento de diferença com relação aos pares e desconfiança nas pessoas.

No pós-teste, houve uma melhora significativa da sintomatologia. Poderia-se inicialmente, atribuir esta mudança meramente ao tempo, entretanto, ao emparear os pré-testes e pós-testes por sujeitos e fazer análise verificou-se uma redução significativa da sintomatologia nos sujeitos que receberam atendimento psicológico por, aproximadamente, 3 (três) meses e após o término, continuaram a receber suporte sociofamiliar.

Para melhor ilustrar os dados até então apresentados, selecionou-se 3 (três) casos bastante elucidativos a serem apresentados estudados:

Caso 1

Adolescente, 16 anos, sexo feminino, em fevereiro/2009, acompanhada da genitora denunciou ao Ministério Público e ao Conselho Tutelar que o padrasto há cinco anos a agride sexualmente. Em declaração ao Conselho Tutelar, relatou que há dois anos contou à mãe, porém, esta recusou-se a acreditar e apoiou integralmente, o agressor. Que o casal separou-se recentemente, e com a ajuda de familiares, encorajou-se a contar os detalhes da agressão à mãe.

Diante da denúncia, o Conselho Tutelar aconselhou a abertura de inquérito policial, inclusive, encaminhou à Delegacia de Polícia e ao CREAS para o suporte psicossocial. Em abril/2009, a adolescente foi convidada a participar da pesquisa com a anuência da genitora. Durante o contato inicial com a genitora, esta chorava copiosamente, relatou sentimento de culpa por não ter acreditado na filha, comportamento depressivo, além das dificuldades econômicas para sustentar o lar após separação. Durante aplicação dos testes, a adolescente espontaneamente relatou as agressões sexuais sofridas, descrevendo que o momento mais difícil foi quando o padrasto consumou o ato sexual e o conseqüente medo de engravidar ou ser contaminada com DST/Aids. Apresenta sintomatologia de TEPT, diagnosticada na entrevista para avaliação clínica do Transtorno de Estresses Pós-Traumático, donde indicou a re-experiência do evento traumático, esquiva persistente de estímulos associados com trauma, não presentes antes do trauma, tais como, evita ficar próxima de homens, mesmo que sejam os amigos, ficar sozinha e quando inicia o anoitecer, relata que fica ansiosa, tem sudorese seguida de dores estomacais, sintomas persistentes de excitabilidade aumentada, com dificuldades de dormir, estado de alerta permanente. Na escala CAPS avaliou-se que a adolescente apresenta sentimentos de diferença com relação aos pares, acentuada redução de convívio social, dificuldades de confiar nas pessoas, inclusive, relatou que quando foi fazer a denúncia de violência sexual ao Ministério Público, o promotor a acusou de mentir, que naquele momento, reforçou a idéia de que não podia confiar em ninguém e acrescentou “ eu não confio em ninguém, porque se uma pessoa que morava dentro de casa fez isto, então, ninguém é de confiança” (sic). Também relatou que desde o início das agressões sexuais, passou a vestir-se com roupas largas que

escondem qualquer traço de feminilidade, cortou os cabelos e tudo faz para não despertar olhares masculinos. Recentemente iniciou um relacionamento homoafetivo, porém, diz que teme manter contatos íntimos com a namorada.

Ao final da aplicação dos testes, mãe e filha denunciaram descrédito com o sistema de garantia e proteção da criança e do adolescente, visto que, até o momento não receberam tratamento psicológico, o resultado do exame de corpo de delito indicou o rompimento do hímen e até o momento a delegacia não iniciara o inquérito policial e o agressor constantemente fazia ameaças.

Em abril/2009, o Conselho Tutelar re-encaminhou ofício ao CREAS requisitando atendimento urgente.

Na primeira quinzena de maio/2009, a assistente social fez a abordagem domiciliar, solicitou relatório psicopedagógico à escola, entretanto, não encaminhou para avaliação e atendimento psicológico.

Na segunda quinzena de maio/2009 a família retornou ao Conselho Tutelar solicitando atendimento psicológico e denunciando a morosidade da delegacia. Na oportunidade também comunicaram a mudança de endereço. Diante disto, passariam a ser acompanhadas pelo Conselho Tutelar 2. No ofício de encaminhamento o Conselho Tutelar 1 sugere ao Conselho Tutelar 2 que faça representação judicial em nome da adolescente contra o CREAS pelo descumprimento da medida protetiva. Este conselho encerrou o prontuário.

Em outubro/2009 a equipe do serviço social fez nova abordagem domiciliar, porém, ninguém encontrava-se em casa. Nova tentativa foi feita, diante do insucesso, deixou notificação para que comparecesse ao CREAS para orientações. A mãe compareceu e relatou a dificuldade em atender às notificações, pois, estava trabalhando e sua ausência poderia resultar em demissão. A adolescente foi encaminhada para atendimento psicológico, sendo atendida por quatro vezes e o caso foi encerrado sob a alegação de que a família era protetiva.

Em janeiro/2010 a adolescente foi convidada a participar da segunda fase da pesquisa. A genitora, por telefone confirmou a presença, entretanto, não compareceu. Em novo contato telefônico, relatou que a adolescente recusou-se a participar, pois, dizia-se descrente com a rede protetiva. Que até aquela data nada acontecera com o agressor. Que a adolescente a cada dia isolava-se socialmente,

praticamente não saía de casa, estava muito revoltada, dentre os vários motivos, cita-se a não responsabilização do agressor. Acrescentou ainda que a adolescente no final do ano abandonou os estudos sob a alegação de que seria reprovada. Por questões éticas, eu comuniquei ao Conselho Tutelar e ao CREAS para que retomassem o atendimento psicológico.

Ao analisar este caso com base princípios teóricos do Serviço de Enfrentamento à violência sexual, ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes e do ECA é notório que o princípio da proteção integral e imediata foi desconsiderado, haja visto, a demora dos atendimentos feitos pela delegacia de polícia e CREAS e descrédito da fala da vítima pelo Ministério público. Estas atuações equivocadas, sem dúvida, conforme literatura apresentada contribuiu para o desenvolvimento do dano secundário.

Quanto ao atendimento do CREAS verifica-se que na implementação do serviço este revestiu-se de excessos de burocracias e da falta de profissionais para a acolhida imediata. Na entrada do Serviço, o primeiro contato com o usuário é feito, necessariamente, pelo assistente social, e somente após avaliação deste e análise do relatório sociopedagógico encaminha-se para o profissional de psicologia. Procedimentos formais como esses que geram morosidade no atendimento, aliados a outros problemas relacionados ao processo de execução do serviço culminam no agravamento da situação de violência vivida e no desencadeamento dos danos secundários que estão diretamente relacionados ao organograma do Serviço e às intervenções equivocadas dos profissionais envolvidos.

Outro item que merece destaque são as intervenções da psicologia que limitaram-se a quatro sessões o que leva a concluir, pela exigüidade dos contatos, que fez-se apenas o acolhimento e não cumpriu objetivos fundamentais do serviço de enfrentamento a violência sexual que são a identificação dos riscos decorrentes da violência sofrida, a prevenção do agravamento e possibilitar a reparação da violência vivida, a potencialização da autonomia e o resgate da dignidade.

Indicadores	Dados indicativos de resolatividade
1- Indicadores de reincidência da violência sexual Reincidência após encaminhamento ao CREAS, porém, anterior a intervenção Reincidência durante o atendimento do CREAS. Reincidência após encerramento do atendimento no CREAS.	não houve descrição de fato (+) não houve descrição de fato (+) não houve descrição de fato (+)
2- Indicador de revitimização Violência física intra e extrafamiliar Violência psicológica intra e extrafamiliar Negligência	não houve descrição de fato (+) relato de fatos indicativos (-) relato de fatos indicativos (-)
3-Indicador de dano secundário	relato de fatos indicativos (-)
4-Indicador de proteção	a mãe como figura protetiva (+)
5-Indicador de superação e/ou reparação da violência vivida	objetivo não atingido (-)

Figura 4 Análise dos Indicadores de Resolutividade - Caso 1

Tomando como base os indicadores propostos, o quadro acima aponta que dos 5 (cinco) indicadores analisados, 3 (três) tem pontuação negativa. Tomando como referência os objetivos do programa, isto significa que as intervenções propostas no quesito resultados não foram efetivas com o agravante de contribuir para o agravamento ou desencadeamento de sintomatologias devido a intervenções inapropriadas.

Caso 2

Adolescente, 12 anos, sexo feminino, filha única, mora com os pais na zona rural. A mãe é deficiente auditiva, faz leitura labial e pronuncia palavras com dificuldades. Em agosto/2007, o disque direitos humanos – Disque 100 da Subsecretaria de Direitos Humanos da Secretaria de estado de Desenvolvimento Social – recebeu denúncia anônima afirmando que a criança era agredida sexualmente pelo pai e acrescentou que tal fato ocorria há aproximadamente quatro meses. A denúncia foi encaminhada ao Ministério Público e Conselho Tutelar. O Ministério Público apenas encaminhou ao Conselho Tutelar. Este último, notificou a família para comparecer ao órgão e dar explicações. Atendeu a família conjuntamente e na oportunidade o pai negou os fatos. O conselheiro que colheu o relato considerou as explicações justas e em resposta ao MP e Subsecretaria de Direitos Humanos informou que a denúncia era improcedente. Em outubro/2008 diante das faltas escolares freqüentes e baixo rendimento escolar, a orientação escolar conversou com a criança e esta

relatou que o pai é quem a tinha impedido de ir à escola. Ao ser questionada esta contou a seguinte história: “o pai a havia impedido de ir à escola porque os professores podem ficar sabendo o que fazem e ele seria preso. Que na outra vez, a tia a instruiu mentir, pois, do contrário, o pai seria preso e ela e a mãe iriam passar fome. E desta vez, a tia, novamente, pediu para mentir para a diretora e professores, dizendo que o pai estava preso para que estes não tomem providências,” (sic), e então, utilizando do vocabulário infantil, passa a descrever as agressões sexuais perpetradas pelo pai. Relata o quanto sofreu quando o pai a obrigou a praticar sexo oral e acrescenta “meu pai faz xixi esbranquiçado em cima de mim. Quando amanhece estou molhada com um líquido que parece catarro, então, eu pego um pano e limpo.” (sic). A escola redigiu ata e comunicou de imediato ao Conselho Tutelar. Este demorou, aproximadamente, um mês para notificar à família. Em nova declaração o pai, novamente, negou os fatos e quando questionado sobre a fala da criança sobre o tamanho do órgão sexual masculino e o líquido associado catarro, respondeu que a criança brinca muito com os primos. Que as faltas escolares são porque o transporte escolar não a busca e que a criança passa o dia com a mãe. A mãe relata que tem uma relação afetuosa com a filha e que nunca percebeu mancha de esperma na roupa da filha, mas, quer um exame para comprovar. O conselheiro tutelar em diálogo com a criança esta diz “conto tudo para minha tia, e ela disse que não posso contar mentiras porque o pai vai brigar com a mãe. Eu não posso falar coisas.” (sic). Na oportunidade o conselheiro tutelar orienta a mãe a pedir a abertura de processo e fazer o exame de corpo de delito, bem como, dormir com a filha. No mesmo dia requisitou ao CREAS o atendimento e encaminhou à delegacia de polícia. Em dezembro/2008 a assistente social tentou contato, porém, não localizou a família. Somente em março/2009, buscou novos contatos com a família. Em abordagem domiciliar, a equipe mantém contatos com família e temer reações negativas desta, não explicita o motivo da abordagem domiciliar. Em abril/2009, através de relatórios, comunica ao Conselho Tutelar os fatos e no parecer final informa: “a situação da criança é de extrema gravidade, considerando que fica à mercê dos supostos abusos sexuais praticados contra ela, pelo pai. (...) Destaca-se ainda que a continuidade das intervenções, frente ao teor da denúncia, apresenta-se temerária, visto que pode precipitar reações negativas, agravando a condição de

risco da criança.” (Relatório Social). Em seguida encerra o atendimento, até que o agressor seja preso. Em maio/2009, o Conselho Tutelar entra em contato com a delegacia para se informar sobre o inquérito policial, e esta informa que o pai confessou o crime e que o inquérito aguardava conclusão. No inquérito consta os seguintes dados: “O investigado prestou novas declarações e confessa, então, o crime. Admite ter ejaculado sobre a filha e praticado com ela sexo oral, além de admitir as carícias sobre todo o corpo da infante. Contudo nega a prática de conjunção carnal e os laudos dos exames de corpo de delito são negativos quanto à ocorrência de coito anal e a conjunção carnal” (grifo nosso). Diante disto, o Conselho Tutelar, busca criança na escola e a abriga em instituição específica, porém, sequer informa a família e, posteriormente, comunica a Vara da Infância e Juventude. Em seguida abre representação contra a delegada responsável alegando demora na prestação jurisdicional e omissão. Em julho/2009, a Vara da Infância e Juventude envia o processo do abrigamento ao Ministério Público. Este em defesa da criança requisita do Conselho Tutelar “(...) considerando que a criança foi vítima de violência sexual, solicito que este órgão explique quais as medidas de proteção que foram adotadas para garantir o atendimento médico, psicológico e/ou psicossocial, uma vez que a criança encontra-se abrigada.” E pontua que tais medidas são fundamentais para reparar ou pelo menos minimizar os danos sofridos e que tais mediadas devem ser estendidas à família. Em setembro/2009, solicitou relatório ao CREAS e então foi informado que não procedeu o atendimento, visto que a criança estava abrigada e conseqüentemente, afastada do agressor. Somente, em outubro/2009, o Conselho Tutelar procura a família. O casal havia se separado e a genitora passou a morar com familiares. Na oportunidade, a mãe questionou onde encontrava-se sua filha e se poderia visita-la. Foi então encaminhada a Vara da Infância e Juventude para pegar autorização para visita à criança. Enquanto a criança esteve no abrigo não recebeu tratamento médico ou psicológico. Com a revitimização, e mudança de escola, acentuaram as dificuldades escolares.

Este caso torna-se emblemático visto a sucessão de erros cometidos pelos diferentes órgãos do SGDCA o que contribui para a revitimização e reindidências, além do desenvolvimento de patologias desencadeadas por intervenções

equivocadas dos profissionais da rede protetiva. Na primeira denúncia o Conselho Tutelar descumpre suas funções de proteção e numa ação pseudo-investigativa identifica-se com a fala do genitor e não encaminha ao programa responsável por atuação psicossocial diante da suspeita de violência sexual. Nesta possibilidade diante do preparo e instrumentos técnicos dos profissionais e do acompanhamento psicossocial seriam colhidos outros dados que confirma ou descarta a violência sexual. Além disto, a adolescente e família receberiam apoio, tratamento e acompanhamento que poderiam, inclusive, interromper o ciclo de violência.

Diante da segunda denúncia, novamente, uma sucessão de erros que apontam para o despreparo da equipe de profissionais envolvidos que tal como o agressor tratam a adolescente como objeto passível de intervenção em detrimento do sujeito de direito descrito pelo ECA.

É inquestionável que as intervenções inefetivas produziram no sujeito um dano secundário tão grave quanto a violência sexual sofrida com o agravante de concorrer para um outro problema social: a institucionalização de crianças e adolescentes considerando que nenhuma intervenção pautou-se no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários através de uma figura protetiva.

Veja quadro a seguir:

Indicadores	Dados indicativos de resolatividade
1- Indicadores de reincidência da violência sexual Reincidência após encaminhamento ao CREAS, porém, anterior a intervenção Reincidência durante o atendimento do CREAS. Reincidência após encerramento do atendimento no CREAS.	relato de fatos ocorridos (-) relato de fatos ocorridos (-) relato de fatos ocorridos (-)
2- Indicador de revitimização Violência física intra e extrafamiliar Violência psicológica intra e extrafamiliar Negligência	não houve descrição de fato (+) relato de fatos indicativos (-) relato de fatos indicativos (-) relato de fatos indicativos (-)
3-Indicador de dano secundário	
4-Indicador de proteção	nenhuma figura protetiva (-)
5-Indicador de superação e/ou reparação da violência vivida	objetivo não atingido (-)

Figura 5 Análise dos Indicadores de Resolutividade - Caso 2

Portanto, apenas a violência física é que não possui dado indicador de estar presente após a intervenção do SGDCA.

Outro ponto que merece atenção, é o posicionamento do CREAS que não somente pactuam com o segredo familiar da violência sexual praticada contra a adolescente quanto se omite de suas funções, arquivando o prontuário, inicialmente, sob a alegação de risco a integridade dos profissionais e aguardando a intervenção do Conselho Tutelar e, posteriormente, por afirmar que a vítima estava protegida e que não deviam sobrepor ações.

Ora, notoriamente, este é um posicionamento equivocado que apontam estrangulamentos no processo de implementação da política pública por desconsiderarem as metas, público alvo e objetivos do serviço, o modus operandis que configuram-se na interface com demais políticas e programas setoriais e desconhecimento das funções de cada órgão do SGDCA e os respectivos trâmites legais, visto que, não cabe ao Conselho Tutelar o afastamento do agressor do lar e que a institucionalização era a medida protetiva menos adequada.

Caso 3

Adolescente, 13 anos, sexo feminino; com o apoio da avó materna, em março/2009, denunciaram ao Conselho Tutelar que desde os 9 anos era agredida sexualmente pelo padrasto, com a co-participação da genitora que a orientava como proceder durante o ato sexual. Segundo relato da adolescente, o padrasto ameaçava de assassiná-la e a avó materna (principal de figura protetiva da adolescente), caso contasse a alguém. Após muita insistência do amigo (hoje namorado), que percebia o isolamento social, contou a este o que ocorria e juntos relataram à avó que buscou ajuda no Conselho Tutelar. Este último encaminhou ao CREAS e à Delegacia de Polícia para abertura de inquérito. Nesta data, manifestou o desejo de serem entrevistadas por meios de comunicação “uma vez que estão sentindo uma grande angústia pela situação e querem que outras crianças e adolescentes sejam impedidas de sofrerem esses abusos” (trecho que consta do Termo de Declaração ao CT). Em abril/2009, a adolescente foi convidada a participar da pesquisa. Durante o contato com avó, esta chora muito e descreve sintomas característicos de

depressão. Também relatou que até o presente, o agressor não fora preso e considerando que as residências são próximas, frequentemente, o vê e este faz diversas ameaças. Que comunicou o fato à delegada. Na bateria de testes e escalas, aplicados à adolescente, diagnosticou comportamento depressivo, com sintoma psicológico de stress em fase de exaustão, presença de TEPT com acentuada re-experiência do evento traumático, esquiva persistente de estímulos associados a violência sexual, porém, não presentes antes do evento, além de sintomatologia persistente de excitabilidade. As relações sociais reduziram-se a avó e o namorado. Relatou sintomas fisiológicos associados ao trauma, como mãos roxas, corpo gelado, aceleração cardíaca e dificuldades de respirar, além de pesadelos, inclusive, afirma “eu não posso mais dormir, eu não quero mais dormir.” (sic). Por questões éticas comuniquei ao CT a necessidade urgente de atendimento psicológico à adolescente e avó materna. Entretanto, somente em maio/2009, a assistente social, inicia os contatos com a família, através da abordagem domiciliar e em junho/2009, o setor de psicologia inicia o atendimento psicoterápico. Inicialmente, as sessões eram semanais e posteriormente, quinzenais. A avó foi atendida apenas uma vez. A assistente social fez orientações psicossociais a avó e após encerrar-se o atendimento da psicologia, que durou aproximadamente, 4 (quatro) meses, sob a justificativa que “a adolescente está bem e a família é protetiva” (sic). A família continua sendo acompanhada pela assistente social. Em junho/2009, o MP denunciou o agressor e mãe como co-autora e consta dos autos “(...) a denunciada – mãe – por diversas ocasiões levava a vítima para a residência do casal, que concorreu, conscientemente, para a prática dos abjetos delitos. Apurou-se, inclusive, que quando da ocorrência do primeiro estupro, a ofendida foi constrangida à prática da conjunção carnal no interior de um quarto sem portas, sendo certo que, apesar de ter proferido intensos gritos de pânico, não foi socorrida pela denunciada, que estava no local e tinha o dever jurídico de impedir o resultado, deixando de agir voluntariamente, sem que houvesse qualquer risco pessoal.” (sic) O agressor foi preso em agosto/2009, após a avó e adolescente, comprovar por meio de cartas que este havia agredido sexualmente a enteada, filha da esposa, do primeiro casamento (ocorreu em outro estado), e quando foi convocado a depor tomou destino ignorado. Em setembro/2009, a adolescente engravidou-se e o

namorado foi morar consigo, todavia, em novembro/2009 sofreu aborto espontâneo. A assistente social orientou-a sobre os riscos de uma gravidez na adolescência, métodos contraceptivos e refletiu com a adolescente esse desejo intenso de ter um filho. Em janeiro/2010, foi convidada a participar da segunda etapa da pesquisa. A avó apresentava quadro acentuado de depressão relacionado diretamente com a agressão sexual sofrida pela neta e indiciamento da filha como co-autora. Relatou que a neta relaciona-se apenas consigo e o namorado. Está com muitas dificuldades de aprendizagem, inclusive, com recusa de ir à escola. Que inicialmente aparentou comportamentos muito amadurecido, incompatível com sua idade e que agora, às vezes, age de forma infantilizada. Este dado foi confirmado através da bateria de testes. Os resultados dos testes apontam para melhora significativa dos sintomas anteriormente diagnosticados, porém, merece atenção do profissional de psicologia, especialmente, no que tange aos aspectos associados ao relacionamento interpessoal.

Nesta oportunidade, fez-se a seguinte pergunta à adolescente: A que você atribui a sua melhora. Foram elencados os seguintes pontos – estão descritos na ordem mencionada – o tratamento psicoterápico, o apoio da avó, um olhar diferenciado em relação ao futuro e a prisão do agressor. Vide análise dos indicadores de resolatividade.

Indicadores	Dados indicativos de resolatividade
1- Indicadores de reincidência da violência sexual Reincidência após encaminhamento ao CREAS, porém, anterior a intervenção Reincidência durante o atendimento do CREAS. Reincidência após encerramento do atendimento no CREAS.	não houve descrição de fato (+) não houve descrição de fato (+) não houve descrição de fato (+)
2- Indicador de revitimização Violência física intra e extrafamiliar Violência psicológica intra e extrafamiliar Negligência	não houve descrição de fato (+) relato de fatos indicativos (-) não houve descrição de fato (+)
3-Indicador de dano secundário	não houve descrição de fato (+)
4-Indicador de proteção	a avó como figura protetiva (+)
5-Indicador de superação e/ou reparação da violência vivida	objetivo parcialmente atingido (+/-)

Figura 6 Análise dos Indicadores de Resolatividade - Caso 3

Os resultados positivos apresentados na evolução deste caso estão associados a dinâmica de intervenção da rede protetiva, tais como: suporte psicossocial à vítima, fortalecimento de figuras protetivas e prisão do agressor.

Todavia, ainda é possível encontrar pontos de estrangulamento na execução da política de proteção integral e garantia dos direitos da criança e do adolescente sendo os mais graves a morosidade da delegacia de concluir o inquérito policial, ausência do pronto atendimento pela equipe de profissionais do CREAS e a intervenção limitada da equipe de psicologia. Entretanto, apontam que a política pública de enfrentamento a violência sexual contra crianças e adolescentes implantada e implementada de acordo com as diretrizes constante no plano de trabalho produzem resultados efetivos. Vide figura 6.

Os três casos escolhidos como ilustrativos das intervenções da rede protetiva, em especial do CREAS, retratam o que os dados quantitativos numa análise macro já apontavam.

Considerando as prerrogativas da política nacional de enfrentamento a violência sexual que determina os objetivos das intervenções do CREAS – vide anexo I – e os indicadores de efetividade descritos anteriormente, pode-se afirmar que o serviço de enfrentamento à violência sexual é efetivo quando a intervenção é pautada na doutrina de proteção integral e executada por equipe multidisciplinar priorizando o atendimento à vítima e familiares, fortalecimento da figura protetiva, e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Pondera-se, mesmo que a equipe do CREAS contribua para a responsabilização dos agressores, este não deve ser o foco das intervenções. A postura adotada pelos profissionais é a de prevenção do agravamento da violência, a superação da violência vivida, incluindo o resgate da dignidade e potencialização da autonomia.

Sem dúvida, o pronto atendimento qualificado que não agrave o sofrimento psíquico contribuem sensivelmente para a afetividade da intervenção. No caso 3, apesar de não ter ocorrido o pronto atendimento, não se priorizou uma classe profissional em detrimento de outra, em outras palavras, tanto o assistente social quanto o psicólogo intervieram com objetivo de fortalecimento da adolescente e da figura protetiva – a avó materna. Os resultados dos testes e escalas aplicadas na fase 2 – pós intervenção – apontam melhora significativa da sintomatologia apresentada no pré-teste, referentes à depressão, stress e TEPT. diferentemente, dos casos 1 e 2 que não tiveram tratamento psicoterápico, apenas acolhimento feito pelo profissional de psicologia – caso 1.

Em contrapartida, a não efetividade das intervenções, conforme, apreende-se nos casos 1 e 2, estão associadas as intervenções inapropriadas da rede, que concorrem, inclusive, para a traumatização secundária: atendimento, prioritariamente, sociofamiliar, excluindo-se a psicoterapia, intervenção baseada na responsabilização do agressor em detrimento do suporte à vítima e família, descredibilidade inicial no relato da vítima que concorreu para a reincidência da violência sexual e demais re-vitimizações, pacto inconsciente com a família agressora para manutenção do segredo familiar, além, das diversas formas de violências institucionais que também remetem ao comportamento do agressor

Os três casos citados também ilustram uma falta de preparo da rede protetiva em garantir a proteção integral dos direitos à crianças e adolescentes, traduzidos nos conflitos institucionais, donde um órgão acusa o outro enquanto eximem-se de suas responsabilidades e no centro deste conflito encontram-se famílias e vítimas a espera de atendimento.

Outro dado qualitativo que merece atenção é o que denominei de “tabu do hímen íntegro”, por não encontrar referências na literatura. Este fenômeno foi identificado em diversos prontuários, tanto no Conselho Tutelar quanto no CREAS, tendo maior frequência nas famílias que recusaram-se a tomar quaisquer providências quando da revelação da violência sexual. Como último esforço ao

retorno do estado de pseudo-equilíbrio e conseqüente manutenção do segredo familiar agarram-se a tese de que somente houve violência sexual se houver rompido o hímen. Caso o exame de corpo de delito apresente resultado – “hímen íntegro” ou mesmo “hímen preservado, porém, com cicatriz”, há uma tendência ao restabelecimento imediato aos padrões familiares anteriores e num conluio contra a criança ou adolescentes são comuns as acusações de que estão mentindo, seguido do pedido de “retirada da denúncia” (sic). No caso 2, apesar de todos os indícios da violência sexual, a mãe, solicita o exame de corpo de delito. O que torna mais agravante é a reprodução deste comportamento pelo profissional responsável pela delegacia, quando descreve no inquérito “Contudo nega (refere-se ao agressor) a prática de conjunção carnal e os laudos dos exames de corpo de delito são negativos quanto à ocorrência de coito anal e a conjunção carnal”.

Outro ponto levantado foram as listas de espera que se por um lado descumprem a legislação que determina o pronto atendimento, por outro lado, mais uma vez reforçam a sensação de descrédito no serviço, além, de ser um indicador de não efetividade, considerando, que em muitos casos a intervenção somente ocorreu após o agravamento do ciclo de violência. As justificativas para as listas de espera, segundo a coordenação do CREAS, são duas: grande demanda e insuficiência de RH. Entretanto, os atendimentos são individualizados, não constituindo grupos terapêuticos e a equipe de serviço social, permanece meses ou até anos acompanhando e monitorando determinada família.

Propõe-se intervenções em grupo associado ao encaminhamento das famílias, após as intervenções necessárias aos demais programas psicossociais que localizam-se no território e tem a função de atuar com famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social prevenindo a ocorrência de novas situações de violação de direitos, cita-se como exemplo os CRAS – Centros de Referência de Assistência Social . Em estudos científicos comprovou-se a efetividade das intervenções através de grupos psicoterápicos pontuando, inclusive, os ganhos significativos para a vítima e família (HABIGZANG et al, 2006 e 2008).

Destaca-se que a PNAS/2004 e NOB/RH, reconhece e estimula as intervenções multidisciplinares, inclusive, categoriza os profissionais atuantes no SUAS – Sistema Único da Assistência Social - sem privilégios de um em detrimento de outrem. Entretanto, no CREAS pesquisado deparou-se com um “ato médico sob nova roupagem” e uma apropriação tímida dos profissionais de psicologia de um espaço que é lhe de direito. Fica a critério do profissional de serviço social diagnosticar a necessidade de encaminhamento à psicologia, ao médico ou ao jurídico. Em muitos prontuários é possível identificar que o assistente social exerce funções de psicólogo junto às famílias e vítimas, inclusive com horários agendados semanalmente, descritos como acompanhamentos e orientações. Percebe-se ainda que este posicionamento frequentemente é estimulado e corroborado pelos planos de trabalho do programa e numa denominação equivocada, a isto, nomeiam como intervenção multidisciplinar.

Além da insatisfação dos profissionais e conflitos internos, esta atuação, a priori, reforçam à rede e aos usuários a sensação de não-atendimento, haja visto que, em vários casos a família recorre ao Conselho Tutelar pedindo ajuda e denunciando descrédito no SGDCA, e por sua vez, o Conselho Tutelar reitera o ofício solicitando a intervenção imediata ou até mesmo abre representação sob a alegação de descumprimento de medida protetiva. Todavia, ao analisar os prontuários no CREAS, verifica-se que o assistente social está intervindo há meses.

Finalmente, pontuam-se as disfunções da burocratização. Embora a análise parta dos resultados é inegável que estes são reflexos de todo o processo de execução. Com base neste princípio identificou-se uma burocratização do processo que contribuiu para a não efetividade do atendimento. Há um lapso de tempo entre o protocolo das requisições de atendimento efetuadas pelo Conselho Tutelar e a primeira intervenção. Primeiramente as requisições são protocoladas na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social onde passam pela primeira triagem e em seguida são encaminhadas ao CREAS onde ocorre nova análise e inseridas na lista de espera. Ao surgir vaga para o atendimento a assistente social solicita e aguarda os relatórios psicopedagógicos e então mantém o primeiro contato com a família.

O roteiro ora executado é equivocado e eqüidistante dos princípios burocráticos propostos por Max Weber (1979 e 2004) donde a organização e sistemática previamente estabelecida garanta o máximo de eficiência e presteza no serviço oferecido. A postura assumida na rede de atendimento estudada corrobora o senso comum de burocratização donde as normas e regulamentos figuram-se como objetivos e não os meios possíveis para atingir aos objetivos devendo ser revistos urgentemente no plano de trabalho a ser elaborado pela equipe.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa apontam para um problema que não circunscreve apenas à cidade pesquisada e quiçá apenas a este serviço. Leva-nos a concluir que tão importante quanto a formulação e implantação das políticas públicas é a fase da implementação.

É quando a idealização inicial toma corpo e constrói seu dia-a-dia. É quando se depara com a realidade, seus limites e gratificações. Habitualmente, é nesta fase que sofre as intervenções dos gestores municipais que “dão a estas a cara de suas respectivas administrações” e, por conseguinte, não raro, as deturpações.

As vicissitudes da implementação de programas governamentais tem sido considerada a variável central que explica os insucessos dos governos em atingir os objetivos estabelecidos nas formulações das políticas públicas. As avaliações surgem como importantes instrumentos que retro-alimentam o processo e corrigem possíveis falhas. A implementação está relacionada diretamente aos aspectos relativos à capacidade institucional dos agentes implementadores, problemas de natureza política e às resistências institucionais, invariavelmente, da própria máquina administrativa (SILVA e MELO, 2000).

Nenhuma política pública por si só se sustenta! Muito ao contrário, o sucesso, tal qual numa rede, exige que um fio esteja entrelaçado e sustentado em outro, ou seja, está diretamente relacionada à implantação e implementação de demais políticas públicas.

Os resultados ora apresentados indicam que apesar do ECA, implantado há praticamente 20 (vinte) anos garantir proteção integral à criança e ao adolescente, normalizar o Sistema de Garantia de Direitos à Criança e ao Adolescente, no

momento da execução depara-se com uma rede estrangulada e permeada de conflitos institucionais, além de profissionais desqualificados.

A NOB/SUAS e a PNAS/2004 apontam o trabalho executado na Proteção Social Especial de Média Complexidade como o que requer maior habilidade técnico-profissional, pois, instalou-se a violência que tem como locus privilegiado a família, porém, ainda mantém-se os vínculos familiares e comunitários. É a intervenção preventiva à institucionalização, portanto, exige-se o trabalho efetivo da equipe multidisciplinar.

A PNAS/2004 é uma política pública que deu sustentabilidade, dentre outros, para a execução do ECA que também exige amparo em políticas públicas no âmbito da segurança, saúde, educação, esporte, cultura e lazer.

As políticas públicas socioassistenciais reconhecem a necessidade do profissional de psicologia, todavia, este carece de qualificação. Faz-se urgente que as políticas públicas de educação por meio dos órgãos responsáveis reestruturarem as grades curriculares dos cursos de psicologia com vistas a formarem profissionais instrumentalizados a intervirem com esta crescente demanda.

A formação profissional deve contemplar estudos das principais legislações que sustentam a política pública assistencial – LOAS, PNAS, NOB/SUAS, ECA e posteriores alterações, Estatuto do Idoso, Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária dentre outras e discussões críticas que envolvam os aspectos culturais e ideológicos referentes a constituição sociofamiliar.

Conforme, citação anterior a atuação no CREAS é reconhecida pela NOB/SUAS e PNAS/2004 como a que mais exige dos profissionais em termos de conhecimento técnico-científico e habilidades nas práticas intervencionistas. Acrescentam-se ainda as mobilizações psíquicas ao lidar com os dramas familiares. Diante disto deve-se assegurar condições para a capacitação continuada destes profissionais, supervisão externa das intervenções e grupos de suporte aos

profissionais envolvidos no atendimento. Amplamente difundido no campo da saúde como cuidado ao cuidador (CARVALHO, 2003, BAGIO et al, 2009, e SALOMÉ et al 2009), o suporte aos profissionais insere-se não somente no sentido da promoção da saúde, mas, também como forma de reelaboração de seus conceitos enquanto seres que podem receber cuidado.

Conforme, Heidegger apud Carvalho (2003) o cuidado é algo próprio do ser humano assim como cuidar e receber cuidado devem ser práticas do dia-a-dia.

A psicologia tem contribuído para a compreensão da violência sexual por meio de estudos sobre a dinâmica familiar, incidência epidemiológica, conseqüências psicossociais para o desenvolvimento e intervenções clínicas (HABIGZANG et al, 2008). A avaliação da efetividade das intervenções tem sido um desafio aos psicólogos e demais pesquisadores, pois, implica na articulação de conhecimentos científicos e práticas profissionais.

Considerando os resultados apresentados, pode-se concluir que as intervenções somente são efetivas quando pautadas no modelo de políticas públicas de proteção integral à criança/adolescente aliado à qualificação profissional permanente.

Os resultados do presente estudo estão sendo utilizados para reformular a dinâmica da rede protetiva na cidade pesquisada. A equipe de profissionais do CREAS está participando de grupos de estudos que os embasarão na reestruturação do plano de trabalho e modelo de intervenção.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor.** Org. CRAMI – Centro Regional aos Maus-tratos na Infância. 2 ed. São Paulo: Cortez: Brasília, DF: UNICEF, 2005.
- ACKERMAN, N.W. Diagnóstico e tratamento das relações familiares. Porto Alegre, 1986.
- ADED, N.L.O., DALCIN, B.L.G.S., MORAES, T. M. e CAVALCANTI, M.T. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Rev. Psiquiatr. Clin.:** São Paulo, Vol.33 n.4 , 2006.
- ALMEIDA, M. e REBELATTO, D.A.N. O inventário dos modelos de avaliação para políticas públicas. 2002.
- AMAZARRAY, M.R. e KOLLER, S.H. Alguns Aspectos observados desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicol. Reflex. Crit.:* Porto Alegre vol.11, n. 3, 1998.
- ARAÚJO, M.F. Violência e abuso sexual na família. *Psicol. Est.:* Maringá, V.7 n.2 ,jul./dez.2002.
- ARIÈS, Philippe. História social da Criança e da família. 2ed. Rio de Janeiro.RJ.: Editora Guanabara, 1986.
- AZEVEDO, M.A. e GUERRA, V.N. A. (org.). Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu Editora, 2000.
- AZEVEDO, M.A. e GUERRA, V.N. A. (org.). Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento. 4ed. São Paulo: Editora Cortez, 2005.
- BAGGIO, M.A., MONTICELLI, M. e ERDMANN, A.L. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. *Rev. Bras. De Enfermagem:* Brasília, V. 62, n.4 , 2009.
- BAPTISTA, Myrian Veras. Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação. 2ed. São Paulo-Lisboa: Veras Editora – CPIHTS, 2003.
- BARLOW, David H. (org.). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- BID/INDES/OFICINA DE EVALUACIÓN. El marco lógico.1994.

BRASIL. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS – construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social – julho/2005. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

(www.mds.gov/suas/legislacao-1/nob)

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social – Resolução 145 de 15/10/2004 – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social – DOU – 28/10/2004

(www.mds.gov/institucional/conselhonacionaldeassistenciasocial)

BILAC, E. D. Família, algumas inquietações. In: CARVALHO, M.C.B. (org.) **A família contemporânea em debate**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BUVINICH, M.R. Ferramentas para monitoramento e avaliação de programas e projetos sociais. Cadernos de políticas públicas, n. 10, UNICEF, 1999.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant (org.). A família contemporânea em debate. 6 ed. São Paulo.SP: Cortez, 2005.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Avaliação de Projetos Sociais. . IN: ÁVILA, Célia M. (coord.). **Gestão de projetos sociais**. São Paulo, AAPCS, 1999.

CARVALHO, M.V.B. O cuidar de enfermagem hoje: uma arte que se renova, uma ciência que se humaniza. Rev Téc Cient Enferm. V.1, n. 6, 2003.

CARVALHO, S. N.. Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 17, n. 3-4, jul./dez. 2003.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Perspectivas Antropológicas da Mulher. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CHILDHOOD Instituto WCF Brasil. Relatório da oficina de avaliação de metodologias de intervenção social junto a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. UNB: Brasília, 2004. Disponível em www.wcf.org.br

COHEN, E. e FRANCO, R.. Avaliação de Projetos Sociais. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

COSTA, F. L.. e CASTANHAR, J.C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. Revista de Administração Pública: Rio de Janeiro, V.37, n.5, 2003.

COUTINHO, M.P.L, CAROLINO, Z.C.G., e MEDEIROS, E.D.. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e constância interna. Avaliação Psicológica: Porto Alegre, V.7, n.3, 2008.

CRUZ, L; GUARESCHI, N.M.F. Infância e Políticas Públicas: um olhar sobre as práticas psi. Psicologia e Sociedade, 17(3), set-dez: 2005.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Lei Federal 8069 de 13 de julho de 1990.

FARIA, C.A.P.. A política da avaliação de políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais: São Paulo, V.20, n.59, 2005.

FELIZARDO, D. et all. Violência sexual: conceituação e atendimento. IN: Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série B. Textos Básicos de Saúde.

FERREIRA, A.L. e SOUZA, E.R., Análise de Indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, V. 24, n. 1, 2008.

FORWARD, S. & BUCK, C.A. A traição da inocência: o incesto e sua devastação. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

FOUCAULT, M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 3ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FREITAG, B. A teoria crítica ontem e hoje. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

FREITAS, M. C. História Social da Infância no Brasil. 5 ed. São Paulo.SP. Cortez, 2003.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. IPEA:Planejamento e políticas públicas, V.20, n.

FROMM, E. Autoridade e super-ego: o papel da família. In:CANEVACCI, M. (Org.) **Dialética da família**. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

FURNISS, Tilman. Abuso Sexual da Criança: uma abordagem disciplinar. Porto Alegre: Artmed, 1993.

GOUVEIA, V.V., BARBOSA, G.A., ALMEIDA, H.J.F e GAIÃO, A.A. Inventário de depressão infantil – CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, V.44, n.7, 345-349, 1995.

GOLFETO, H.J., VEIGA, M.H., SOUZA, L., e BARBEIRA, C.. Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. Revista de Psiquiatria Clínica, V.29, n. 2, 66-70, 2002.

GRASSI-OLIVEIRA, R., STEIN, L.M. e PEZZI, J.C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire .Rev. Saúde Pública: São Paulo V.40, n.2 ,Abr.2006.

HABIGZANG, Luisa Fernanda. Avaliação e Intervenção Psicológica Para Meninas Vítimas De Abuso Sexual Intrafamiliar, 2006. Dissertação de Mestrado defendida no curso de pós-graduação em psicologia do Instituto de Psicologia/UFRGS sob orientação da Dra. Silvia Helena Koller

HABIGZANG, I.F., KOLLER, S.H., AZEVEDO, G.A., MACHADO, P.X. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos judiciais. Psicologia: Teoria e Pesquisa: Brasília, vol.21, n.3, 2005.

HABIGZANG, L.F., AZEVEDO, G.A., KOLLER, S.H., MACHADO, P.X. Fatores de riscos e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica: Porto Alegre V.19, n.3, 2006.

HABIGZANG, L.F., HATZENBERGER, R., CORTE, F.D., STROEHER, F., KOLLER, S.. Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. Psicologia: teoria e pesquisa: Brasília, V.24, n.1, 2008.

KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. Compêndio de psiquiatria. 2 ed. Porto alegre: Artmed, 1990.

LEIFER, M., KILBANE, T., e KALICK, S. Vulnerability or resiliense to intergeneration sexual abuse: the role of maternal factors. Child Maltreatment, 9(1), 78-91.

MARCÍLIO, M.I. História social da criança abandonada. 2 ed. São Paulo.SP, HUCITEC, 2006.

MARQUES, M.S. O lugar do psicólogo na escuta ao abuso sexual: a psicologia e o Sistema de Garantia de Direitos a Criança e ao Adolescente. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. IN: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (orgs) Avaliação qualitativa de programas de saúde. Petrópolis: Vozes, 2006.

MINAYO, M.C.S, ASSIS, S.G; SOUZA, E.R (orgs) Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n.8, 2002.

PADILHA, Maria da Graça Saldanha; GOMIDE, Paula Inês Cunha. Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. Estud. psicol. (Natal)., Natal, v. 9, n. 1, 2004.

PINHEIRO, V.C. Modelo de desenvolvimento e políticas sociais na América Latina em uma perspectiva histórica. 1995.

POSTER, M. Teoria Crítica da Família. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

RAPOSO, Rebeca. Avaliação de ações sociais – uma abordagem estratégica. IN: ÁVILA, Célia M. (coord.). **Gestão de projetos sociais**. São Paulo, AAPCS, 1999. (Col.Gestores Sociais)

REIS, E.J.F.B. et all. Avaliação dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, V.6, n.1, jan-mar. 1990.

RIZZINI, I. O século perdido: raízes históricas das Políticas Públicas para a Infância no Brasil. 2ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROUANET, S. P. Teoria Crítica e Psicanálise. 5 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2001.

SANTOS, S.S., DELL'AGLIO, D.D. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. Estudos de Psicologia: Campinas, V. 25, n. 4., 2008.

SANTOS, S.S., DELL'AGLIO, D.D. Revelação do abuso sexual infantil: reações maternas. Psicologia: Teoria e Pesquisa: Brasília, V. 25, n.1., 2009.

SILVA, P.S.B., e MELO, M.A.B. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. UNICAMP: NEPP: Campinas, caderno 48, 2000.

SALOMÉ, G.M., MARTINS, M.F.M.S. e ESPÓSITO, V.H.C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidades de emergência. Rev. Bras. De Enfermagem: Brasília, V. 62, n.6, 2009.

SAWAIA, B. (org.) As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 4ed. Ed. Vozes: Petrópolis, 2002.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias: Porto Alegre, V.8, n.16, jul-dez, 2006.

TREVISAN, A. P. e VAN BELLEN, H.M.. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. Revista de Administração Pública: Rio de Janeiro, V.42, n. 3, 2008.

UNICEF. Guide for monitoring and evaluation. New York: Unicef, 1990.

VAN BELLEN, Hans Michael. Indicadores de sustentabilidade: uma análise comparativa. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

WEBER, Max. Sociologia. São Paulo: Ed. Atlas, 1979.

WEBER, Max. A ética protestante e o espírito capitalista. São Paulo: Martin Claret, 2003.

7- ANEXOS

Anexo I

Serviço de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (Antigo Serviço de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil):

Serviço que oferece um conjunto de procedimentos técnicos especializados para atendimento e proteção imediata às crianças e aos adolescentes vítimas de abuso ou exploração sexual, bem como seus familiares, proporcionando-lhes condições para o fortalecimento da auto-estima, superação da situação de violação de direitos e reparação da violência vivida.

Objetivo

Contribuir para a promoção, defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso ou exploração sexual, buscando: i. identificar o fenômeno e riscos decorrentes; ii. prevenir o agravamento da situação; iii. promover a interrupção do ciclo de violência; iii. contribuir para a devida responsabilização dos autores da agressão ou exploração; e iv. favorecer a superação da situação de violação de direitos, a reparação da violência vivida, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, a potencialização da autonomia e o resgate da dignidade.

Público-alvo

Crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso ou exploração sexual, bem como suas famílias.

Como Funciona

O Serviço é desenvolvido no âmbito do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, de abrangência local ou regional, devendo manter estreita articulação com os demais serviços da Proteção Social Básica e Especial, com as demais Políticas Públicas e instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

Deve proporcionar atendimento psicossocial e jurídico por meio de procedimentos individuais e grupais, que considerem: i. a centralidade na família, visando à superação de situações adversas e a reconstrução/fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; ii. o compromisso fundamental de proteção à criança e ao adolescente; iii. a necessidade de identificar o fenômeno e avaliar riscos; iv. a compreensão da família em sua dinâmica interna e externa; e v. a necessidade de atenções específicas de caráter social, psicológico e jurídico a crianças, adolescentes e famílias. Finalmente, deve-se buscar, no processo de composição e articulação da rede local, alternativas para o atendimento e acompanhamento dos autores de agressão contra crianças e adolescentes.

Além do atendimento psicossocial e jurídico, o serviço deve ofertar ações de prevenção e busca ativa que, por intermédio de equipes de abordagem em locais públicos, realize o mapeamento das situações de risco e/ou violação de direitos que envolvam crianças e adolescentes. Tais equipes devem realizar ações educativas, orientações e encaminhamento ao Conselho Tutelar, à rede de serviços socioassistenciais e a outros serviços existentes na localidade.

Sempre que, no acompanhamento ou busca ativa, forem constatadas situações de violência ou exploração de crianças e adolescentes, a autoridade competente deve ser comunicada, sem prejuízo da notificação ao Conselho Tutelar. Para o efetivo trabalho pela garantia de direitos, o serviço deve manter, ainda, articulação com: i. as organizações que atuam junto à Defesa de Direitos de crianças, adolescentes e famílias em situação de violência e junto à Responsabilização dos autores de violência; e ii. com a Defensoria Pública e serviços de assistência jurídica gratuita da OAB e das Universidades, dentre outras que se mostrarem relevantes.

Ressalte-se que, esgotadas todas possibilidades de intervenção, sem mudança dos padrões violadores de direitos, a autoridade competente deverá ser informada por meio de relatório circunstanciado, para que sejam tomadas as medidas pertinentes.

As ações desenvolvidas devem estar em consonância com as garantias constitucionais, a LOAS, a PNAS, a NOB/SUAS, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes e o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa à Convivência Familiar e Comunitária

Anexo II

Instrumental de coleta de dados

() C.T. Leste () C.T. Oeste Data de entrada no CT: _____
() participante da pesquisa () levantamento de dados

Nome: _____

Codinome: _____ nº. prontuário: _____

Data de nascimento: _____ série: _____

Endereço: _____

Escola: _____

Filiação: _____

Composição familiar:

Nome	Parentesco	idade

Demais irmãos vitimizados: _____

Possível agressor: _____

A quem foi revelado a violência sexual: _____

Média de duração da violência até a revelação: _____

Breve descrição do fato: _____

Após a revelação quais foram as primeiras medidas adotadas pela família: _____

Após denúncia ao C.T. quais foram as medidas adotadas por este órgão:

Data de encaminhamento ao Programa Sentinela: _____

Data do primeiro atendimento no Programa Sentinela: _____

Procedimento adotado: _____

Dinâmica do Atendimento e profissionais envolvidos

Profissionais envolvidos	Nº médio de atendimento	Tempo médio de acompanhamento	Data do 1º atendimento
Psicologia			
A. Social			
Direito			
Medicina			
Outros			

Delimitação das ações (programa de atendimento): _____

Outras formas de atendimento

Atendimento	Quantidade	Profissional
Visitas domiciliares		
Conversas/orientações		
Outros		
Outros		

Demais formas violências associada à violência sexual

Violência	Ocorreu antes do atendimento no Programa Sentinela	Ocorreu durante o atendimento no Programa Sentinela
Violência física		
Violência psicológica		
Negligência		
Outras		

Dados relevantes ocorridos durante o atendimento: _____

Demais instituições envolvidas na proteção e tratamento: _____

Demais encaminhamentos: _____

Data de encerramento: _____ duração do atendimento: _____

Justificativa para o encerramento: _____

São feitos monitoramentos dos casos atendidos, após, encerramento no Programa Sentinela? () sim () não

Caso tenha monitoramento, descrever a periodicidade e a forma adotada;

Houve atendimento psicoterápico: () sim () não

Se sim

Quantidade de sessões semanais: _____ Duração: _____

Tipo de atendimento: () individual () grupo () ambos

Abordagem psicoterápica: _____

Teoria psicológica adotada: _____

Reentradas no C.T

Data: _____

Motivo: _____

Medidas protetivas adotadas: _____

Data: _____

Motivo: _____

Medidas protetivas adotadas: _____

Revitalização e reincidência durante o atendimento no Programa Sentinela

Data: _____

Descrição da violação: _____

Procedimento adotado: _____

Data: _____

Descrição da violação: _____

Procedimento adotado: _____

Anexo III

Inventário de Depressão Infantil

Nome: _____

Codinome: _____ D. N. _____

Idade: _____ série: _____

Itens

- () Eu fico triste de vez em quando
- () Eu fico triste muitas vezes
- () Eu estou sempre triste

- () Para mim, tudo se resolverá bem
- () Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
- () Nada vai dar certo para mim

- () Eu faço bem a maioria das coisas
- () Eu faço errado a maioria das coisas
- () Eu faço tudo errado

- () Eu me divirto com muitas coisas
- () Eu me divirto com algumas coisas
- () Nada é divertido para mim

- () Eu sou mau (má) de vez em quando
- () Eu sou mau (má) com frequência
- () Eu sou sempre mau (má)

- () De vez em quando, eu penso que coisas ruins vão me acontecer
- () Eu temo que coisas ruins aconteçam
- () Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão

- () Eu gosto de mim mesmo
- () Eu não gosto de mim

- ☐ () Eu me odeio
- ☐ () Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
- ☐ () Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa
- ☐ () Tudo de mau que acontece é por minha culpa

- ☐ () Eu não penso em me matar
- ☐ () Eu penso em me matar, mas não faria
- ☐ () Eu quero me matar

- ☐ () Eu sinto vontade de chorar de vez em quando
- ☐ () Eu sinto vontade de chorar freqüentemente
- ☐ () Eu sinto vontade de chorar diariamente

- ☐ () Eu me sinto preocupado de vez em quando
- ☐ () Eu me sinto preocupado freqüentemente
- ☐ () Eu me sinto sempre preocupado

- ☐ () Eu gosto de estar com pessoas
- ☐ () Freqüentemente, eu não gosto de estar com pessoas
- ☐ () Eu não gosto de estar com pessoas

- ☐ () Eu tenho boa aparência
- ☐ () Minha aparência tem alguns aspectos negativos
- ☐ () Eu sou feio

- ☐ () Eu durmo bem à noite
- ☐ () Eu tenho dificuldades para dormir algumas noites
- ☐ () Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite

- ☐ () Eu me canso de vez em quando
- ☐ () Eu me canso freqüentemente
- ☐ () Eu estou sempre cansado

- ☐ () Eu não me sinto sozinho
- ☐ () Eu me sinto sozinho muitas vezes
- ☐ () Eu sempre me sinto sozinho

- ☐ () Eu me divirto na escola freqüentemente
- ☐ () Eu me divirto na escola de vez em quando
- ☐ () Eu nunca me divirto na escola

- ☐ () Sou tão bom quanto outras crianças
- ☐ () Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças
- ☐ () Não posso ser tão bom quanto outras crianças

- ☐ () Eu tenho certeza de que sou amado por alguém
- ☐ () Eu não tenho certeza se alguém me ama
- ☐ () Ninguém gosta de mim realmente

- ☐ () Eu sempre faço o que me mandam
- ☐ () Eu não faço o que me mandam com freqüência
- ☐ () Eu nunca faço o que me mandam

Anexo IV

THE CHILDREN'S ATRIBUTIONS AND PERCEPTIONS SCALE (CAPS)

Nome: _____

Idade: _____ Data: _____

Instruções dadas para a entrevista: Estas questões são sobre algumas coisas que você pode ter sentido nos últimos seis meses. Não existem respostas certas ou erradas.

Para o entrevistador: Explique cuidadosamente os valores da escala para a criança.

1- Nunca	
2- Raramente	
3- Às vezes	
4- Frequentemente	
5- Sempre	

_____ 1. Você alguma vez já se sentiu com uma idade diferente da sua (mais velha ou mais jovem do que você é)?

_____ 2. Você pensa que as pessoas tratam você como se você fosse mais velha do que realmente é?

_____ 3. Você se sente diferente de outras meninas/meninos da sua idade?

_____ 4. Você age diferente das outras meninas/meninos da sua idade?

_____ 5. Você sente que faz coisas ruins acontecerem para outras pessoas?

- _____ 6. Se alguma coisa ruim acontece, você pensa que a culpa é sua?
- _____ 7. Você se culpa quando as coisas dão errado?
- _____ 8. Você sente que faz ou diz coisas que causam problemas para outras pessoas?
- _____ 9. Você pensa que as pessoas acreditam em você quando você conta a elas alguma coisa?
- _____ 10. Alguma vez as pessoas sentiram que você não estava contando a verdade sobre algo?
- _____ 11. Alguma vez as pessoas sentiram que você fantasiou ou imaginou alguma coisa que na verdade ocorreu?
- _____ 12. Alguma vez as pessoas duvidaram do que você estava lhes contando?
- _____ 13. Alguma vez as pessoas o acusaram de mentir?
- _____ 14. Você alguma vez já sentiu que é difícil confiar em outras pessoas (que não são seus amigos)?
- _____ 15. Você alguma vez já sentiu que não pode contar com ninguém?
- _____ 16. Você alguma vez já sentiu que não pode confiar em seus amigos ou membros da sua família?
- _____ 17. Você sente que confiar nas pessoas pode ser arriscado?
- _____ 18. Você alguma vez já sentiu que as pessoas nas quais você confia fizeram coisas para te prejudicar?

Anexo V

Entrevista para avaliação clínica do Transtorno do Estresse Pós-Traumático

A. Exposição a um evento traumático

1. Durante a vida algumas pessoas passam por situações ruins. Estas situações podem ser: desastre grave, acidente muito sério ou incêndio; ser fisicamente agredido ou abusado sexualmente, ver outra pessoa ser assassinada ou morrer, ser gravemente ferido, ou receber a notícia sobre algo terrível que aconteceu com alguém que é importante para você. Alguma vez na sua vida alguma destas situações aconteceu com você? Quais delas aconteceram? Qual foi a mais difícil para você?

2. Você sentiu muito medo ou teve a sensação de que não poderia fazer nada para mudar o que estava acontecendo?

B. Re-experienciação do evento traumático

1. Você lembra muito do abuso sexual, mesmo quando você não quer lembrar ou pensar sobre ele? Essas lembranças vêm a tua cabeça muitas vezes? Quantas vezes? E como você se sente quando isso acontece? (dê uma nota de 0-10)

2. Você tem sonhos sobre o abuso? Quantas vezes isso acontece em uma semana? Como você se sente quando estes sonhos acontecem? (dê uma nota de 0-10)

3. Você tem a sensação de que o abuso está acontecendo de novo mesmo quando ele não está acontecendo na realidade? Conta como isso acontece. Essa sensação acontece muitas vezes no mesmo dia? Como você se sente? (dê uma nota de 0-10)

4. O que acontece quando alguma coisa te faz lembrar do abuso? Que coisas te fazem lembrar o abuso? Isso acontece muitas vezes no dia? Como você se sente? (nota de 0-10)

5. Você percebe alguma mudança no teu corpo como, por exemplo, ficar suado, coração bater forte ou acelerado ou dificuldade para respirar quando alguma coisa lembra o abuso? Isso acontece muitas vezes no dia? (dê uma nota de 0-10)

- C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma (não presentes antes do trauma)

1. Você faz algum esforço para não pensar ou falar sobre o abuso? Dê uma nota de 0-10.

2. Você deixa de fazer alguma atividade, ir a algum lugar ou encontrar pessoas que te fazem lembrar do abuso?

3. Existe alguma coisa sobre o abuso que você não consegue lembrar?

4. Você diminuiu seu interesse ou participação em atividades que antes eram importantes para você? Que atividades foram essas?

5. Você se sente sozinha mesmo quando tem gente ao seu redor? Isso acontece muitas vezes?

6. Você tem dificuldade em sentir emoções ou tem dificuldade de ter sentimentos sobre qualquer coisa ou pessoas?

7. Houve alguma mudança nos seus planos para o futuro depois que o abuso aconteceu? Que mudanças foram essas?

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma)

1. Você tem dificuldade para pegar no sono e dormir a noite toda? Isso acontece muitas vezes?

2. Você tem estado mais irritada ou tem sentido mais raiva do que antes? (dê uma nota de 0-10).

3. Você tem dificuldade para se concentrar, prestar atenção? Dê uma nota de 0-10 para o quanto você consegue prestar atenção.

4. Você fica alerta mesmo quando não tem motivo? Isso acontece muitas vezes?

5. Você se assusta facilmente com barulhos inesperados?

D. Duração da perturbação

1. Há quanto tempo você vem sentindo todas essas coisas?

E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

1. O que mudou na sua vida depois do abuso?
