



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Wanderley da Paixão, Ana Cristina; Ferreira Deslandes, Sueli
Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil
Saúde e Sociedade, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 114-126
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263681009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil

Analysis of Public Policies for Combating Sexual Violence against Children and Adolescents

Ana Cristina Wanderley da Paixão

Médica. Mestre em Ciências da Saúde da Criança e da Mulher.
Instituto Fernandes Figueira — Fundação Oswaldo Cruz
Endereço: Rua Benjamin Pesset, 18, casa, Barra da Tijuca, CEP 22793-740, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: acwp@terra.com.br

Suely Ferreira Deslandes

Doutora em Ciências. Pesquisadora Titular do Instituto Fernandes Figueira — Fundação Oswaldo Cruz
Endereço: Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo, CEP 20250-020, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: desland@iff.fiocruz.br

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a principal política pública brasileira para o enfrentamento da violência sexual infantojuvenil no Brasil (Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes) sob o enfoque do seu eixo de atendimento, denominado “garantia de atendimento integral e especializado”. Através de uma análise documental conduzida pelo método de análise do conteúdo, são discutidos os limites e potencialidades das ações do Programa Sentinela, que constitui importante estratégia de execução do plano em sua meta “atendimento especializado e multiprofissional às vítimas de violência sexual e seus familiares”. O estudo mostra que, apesar de contemplar a maioria das diretrizes propostas para o atendimento, o programa ainda apresenta dificuldades intersetoriais no que tange a articulação com a rede assistencial, processos de referência e contra-referência e interlocução dos profissionais envolvidos. Os indicadores de avaliação do atendimento são precários, inviabilizando o monitoramento adequado das ações realizadas. Por sua vez, as capacitações oferecidas aos profissionais que atuam no Sentinela não são sistemáticas, ocasionando uma falta de padronização de condutas de atendimento. No âmbito da Saúde, poucos são os serviços estruturados com equipes habilitadas para fornecer este tipo de atendimento. Conclui-se que, apesar de beneficiar muitas crianças, adolescentes e familiares em situação de violência sexual, o atendimento especializado ainda demanda, tanto na área social como na da saúde, maiores investimentos e reestruturações para o preenchimento das lacunas ainda existentes.

Palavras-chave: Políticas públicas; Violência sexual; Abuso sexual infantil

Abstract

The purpose of this article is to analyze the main Brazilian public policy for tackling sexual violence against children and adolescents (National Plan for the Combat of Sexual Violence Against Children and Adolescents), focusing on its assistance axis, called “guarantee of integral and specialized assistance”. Based on a documental analysis carried out by the method of content analysis, this article discusses the limits and potentialities of the actions of *Programa Sentinela* (Sentry Program), which is an important execution strategy of the Plan concerning its goal “specialized and multiprofessional assistance for victims of sexual violence and their families”. The study shows that in spite of complying with most of the guidelines proposed for assistance, the program still presents intersector difficulties regarding articulation with the assistance network, reference and counter-reference processes and dialogue among the involved professionals. The service’s evaluation indicators are precarious, impeding the proper monitoring of the accomplished actions. In addition, the qualification programs offered to the professionals that work in *Programa Sentinela* are not systematic; therefore, the assistance conducts are not standardized. In the scope of Healthcare, there are few structured services with qualified teams to provide this kind of service. Finally, the study shows that despite benefitting a lot of children, adolescents and relatives in situation of sexual violence, specialized assistance still demands larger investments and restructurings in the social and health areas to fulfill the gaps that still exist.

Keywords: Public Policies; Sexual Violence; Child Abuse.

Introdução

Estudos têm exaustivamente demonstrado que a violência sexual contra crianças e adolescentes ocorre em todos os estratos sociais (Gauderer e Morgado, 1992), não se limita a determinada etnia ou credo, independe de regimes políticos e econômicos, pode atingir crianças e adolescentes em todas as faixas etárias dentro e fora do ambiente familiar (Azevedo, 1989) e sua frequência é bem maior do que a estimada (Bittencourt, 1995).

Suas repercussões na saúde das crianças e adolescentes perpassam pela esfera psicológica, física, sociocomportamental e sexual, variando desde fobias, dores sem causa aparente, anorgasmia, ninfomania, até comportamentos considerados antisociais como a prostituição, pedofilia e perpetuação de ciclos de violência (Dubowitz e col., 1992).

Sob o ponto de vista social, ela aponta para a fragilidade e pouca eficiência dos sistemas legislativos, judiciários, educacionais, de assistência social e de saúde em prover e promover à infância e adolescência a proteção que lhes é devida (Child Welfare Information Gateway, 2003).

Segundo documento da Organização Mundial de Saúde (WHO) em 2002, estimou-se que 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos menores de 18 anos foram obrigados a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveram contato físico.

Apenas nas últimas três décadas o debate sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes adquiriu maior visibilidade por parte de órgãos governamentais, entidades civis e organizações não governamentais no País e no mundo.

Seu enfrentamento e prevenção ganharam maior destaque em 1996, quando se toma como pauta o combate à exploração sexual comercial. Nesse ano teve lugar o “I Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes” em Estocolmo, do qual o Brasil foi signatário. Como resultado deste primeiro encontro são elaboradas, no âmbito mundial, diretrizes, programas de ação e de cooperação nacionais e internacionais, com o objetivo de erradicar este tipo de violência (Ministério Público de Santa Catarina, 2008). Sucedem-se consultas regionais destinadas às representações governamen-

tais e civis de vários países, que resultam num maior conhecimento das dinâmicas sociais, econômicas e culturais da exploração sexual e de suas formas de enfrentamento, além de incitarem a mobilização dos governos nacionais para a adoção de políticas sobre o tema. Em 2001, no “II Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes” realizado em Yokohama, do qual o Brasil também foi signatário, são ratificados tais avanços e reafirmado o compromisso global de proteção das crianças contra o abuso e exploração sexual (Unicef, 2001). Em 2008 teve lugar o 3º Congresso, no Rio de Janeiro. Nesse encontro foi apresentada a “Declaração e Pacto do Rio de Janeiro”, que estabelece um acordo de ações integradas e sistêmicas para combater a violência sexual imposta ao público infantojuvenil em todo o mundo (Oliveira, 2008).

Cabe aqui corroborar a importância destes eventos, que exercem uma força propulsora nas ações dos países signatários para o combate e prevenção da violência sexual infantojuvenil.

O Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil

No Brasil, a temática do abuso sexual de crianças e adolescentes adquire maior expressão política na década de 1990, com a instituição do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/90 (CEDCA, 2000; Diário do Senado Federal, 2004). Retratando uma maior maturidade e engajamento por parte da sociedade brasileira, ampliam-se as atuações de Organizações Não Governamentais (ONGs), criam-se Fóruns, Conselhos e inicia-se a consolidação dos movimentos sociais e políticos para a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. Respondendo pela integração dos atores sociais e governamentais a favor da efetivação do ECA, entra em funcionamento o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), com a responsabilidade de implementar Conselhos em estados e municípios. Estabelecem-se Conselhos de Direito e Tutelares. Os primeiros, órgãos deliberativos e paritários, responsáveis pela definição da política de atendimento e controle do orçamento da criança, em integração com todas as políticas e os Conselhos Tutelares com o papel de zelar para que as medidas de proteção, apoio e orientação às crianças

e aos adolescentes sejam cumpridas (Cecria/Amen-car/Unicef, 2000).

A pressão da sociedade, através de Fóruns, ONGs e Conselhos, sobre o Legislativo, o Executivo, a Mídia e as Agências Internacionais para a inclusão da violência sexual contra crianças e adolescentes na agenda das políticas públicas brasileiras é então reforçada (ibidem).

A partir de 1993, instituem-se no Brasil alguns marcos históricos do enfrentamento do abuso sexual contra as crianças e adolescentes. Em junho desse mesmo ano é elaborado o relatório da primeira Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar as redes de exploração sexual de crianças e adolescentes, trazendo à tona inúmeros casos de violação dos direitos infantojuvenis e evidenciando a falta de políticas sociais básicas e de atendimento às vítimas (Libório, 2005; Leal, 2006; Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2007).

Com o apoio do Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), são criados em várias cidades do país Centros de Defesa da Criança e do Adolescente (Cedeca), com a finalidade de desenvolver mecanismos de proteção, prevenção e atendimento às crianças, adolescentes e seus familiares em situação de violência sexual (Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2007).

Visando criar propostas para o Congresso Mundial Contra a Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes em Estocolmo, em 1996, é realizado em Brasília o “Encontro das Américas”, fomentado pelo Cecria – Centro de Referência, Estudos e Ações Sobre Crianças e Adolescentes e outros parceiros. Ganham força as frentes, campanhas e redes e, em 1997, é realizada a II Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, com o lema “criança e adolescente, prioridade absoluta” (Cecria/Amencar/Unicef, 2000). Sua proposta era

“promover uma ampla mobilização social nas esferas municipal, estadual e nacional para avaliar a situação de implementação dos direitos da população infantojuvenil como prioridade absoluta, em especial no que se refere aos eixos temáticos do Conanda – trabalho infantojuvenil, violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes,

ato infracional, Conselho Tutelar, orçamento público e fundos, bem como propor diretrizes para sua efetivação” (p. 47).

Após tal evento, neste mesmo ano, a Abrapia - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, em parceria com o Ministério da Justiça, Unicef e Embratur, implanta uma Recria - Rede de Informações sobre Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, visando fornecer suporte para os bancos de dados existentes ou a serem desenvolvidos regionalmente, no intuito de atender a demanda por informações sistematizadas nessa matéria e subsidiar as políticas públicas, a pesquisa e a capacitação (Cecria, 2008). Além disso, a Abrapia cria o Disque-Denúncia, com o objetivo de acolher denúncias de qualquer modalidade de violência contra crianças e adolescentes, crimes de tráfico de pessoas e desaparecimento de crianças. Em 2003, este serviço passa a ser coordenado e executado pela SEDH - Secretaria Especial dos Direitos Humanos, em parceria com a Petrobrás e o Cecria. Desde 2006, com o nome Disque 100, ele recebe, analisa e encaminha as denúncias aos órgãos de defesa e responsabilização, conforme competência e atribuições específicas, num prazo de 24 horas, preservando o sigilo da identidade do denunciante (Presidência da República, 2007).

Num período assinalado por grandes articulações e mobilizações da sociedade, dos três poderes e de organizações internacionais, visando alcançar maior eficiência, efetividade e eficácia dos programas sociais de enfrentamento da violência sexual, procurando que os mesmos se complementassem e potencializassem, foi elaborado em junho de 2000, na cidade de Natal, o “Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes”. Participaram de sua elaboração representantes do Legislativo, Judiciário, Ministério Público, órgãos dos Executivos Federal, Estadual e Municipal, e organizações não governamentais nacionais e internacionais (Brasil, 2001).

Importante mencionar que este plano, já com oito anos de criação, por deliberação do Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, encontra-se neste momento em processo de avaliação e revisão, tendo como pano de fundo os impactos e resultados das ações desen-

cadeadas pelas diretrizes de suas políticas (Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2008).

Neste artigo são analisadas as ações e metas do Plano Nacional, no que se refere ao eixo “atendimento especializado às vítimas de violência sexual comprovada”, enfatizando a sua atuação no âmbito da saúde. O foco de debate será o atendimento sugerido às vítimas, discutindo suas potencialidades e limitações.

Metodologia

Foi empreendida uma análise de documentos oficiais, sendo ela conduzida pelo método de análise do conteúdo, seguindo a orientação da análise temática (Bardin, 1979), adaptada para abordagens qualitativas (Minayo, 2002), visando contextualizar este material com a realidade do atendimento na Rede Pública, as condições de acompanhamento e suporte direcionadas à situação de abuso sexual relatada na literatura.

Os principais documentos utilizados como fonte de análise foram (1) o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, produzido pelo Ministério da Justiça e (2) o Programa Sentinela, de autoria da então SEAS - Secretaria de Estado de Assistência Social, e do Ministério da Previdência e Assistência Social.

A operacionalização da análise foi realizada a partir de uma leitura de aproximação dos textos, identificando seus componentes e estrutura, seguida de uma leitura flutuante que permitiu identificar aspectos relevantes ao tema e criar hipóteses de tratamento do acervo. A seguir, foi feita a análise do conteúdo, identificando os temas ali presentes. Buscou-se, então, delimitar os núcleos de sentido e suas categorias. Finalmente, na fase interpretativa, as informações mais pertinentes foram analisadas de acordo com o quadro teórico proposto, integrando categorias analíticas e empíricas (Minayo, 2002).

O Plano Nacional: diretrizes e objetivos oficiais

Com a intenção de assegurar a proteção integral às crianças e aos adolescentes em situação ou risco de violência sexual, a finalidade do Plano Nacional consiste em fomentar um conjunto de ações organi-

zadas de forma a permitir uma intervenção política, técnica e financeira para o combate a violência sexual infantojuvenil (Brasil, 2001).

Seu quadro operacional é estruturado em torno de seis eixos estratégicos: (a) Análise da Situação - conhecer o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o país, o diagnóstico da situação do enfrentamento da problemática, as condições de garantia de financiamento do plano, o monitoramento e a avaliação do plano e a divulgação de todos os dados e informações à sociedade civil brasileira; (b) Mobilização e Articulação - fortalecer as articulações nacionais, regionais e locais de combate e eliminação da violência sexual; comprometer a sociedade civil no enfrentamento dessa problemática; divulgar o posicionamento do Brasil em relação ao “sexo turismo” e ao tráfico para fins sexuais e avaliar os impactos e resultados das ações de mobilização; (c) Defesa e Responsabilização - atualizar a legislação sobre crimes sexuais, combater a impunidade, disponibilizar serviços de notificação e capacitar os profissionais da área jurídico-policial; implantar e implementar os Conselhos Tutelares, o Sípia - Sistema de Informação para Infância e Adolescência, e as Delegacias especializadas em crimes contra crianças e adolescentes; (d) Atendimento - efetuar e garantir o atendimento especializado e em rede às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual e às suas famílias, por profissionais especializados e capacitados; (e) Prevenção - assegurar ações preventivas contra a violência sexual, possibilitando que as crianças e adolescentes sejam educados para o fortalecimento da sua autodefesa; atuar junto à Frente Parlamentar no sentido de desenvolver a legislação referente à internet e (f) Protagonismo Infantojuvenil - promover a participação ativa de crianças e adolescentes pela defesa de seus direitos e comprometê-los com o monitoramento da execução do Plano Nacional (ibidem, p. 11).

O eixo “garantia de atendimento integral e especializado”, foco deste artigo, tem como metas que dizem respeito ao campo da saúde: (a) criar e articular uma rede de serviços destinada ao atendimento de pessoas em situação de violência sexual; (b) prover atendimento multiprofissional especializado para as crianças e os adolescentes sexualmente vitimizados,

seus familiares e autores deste agravo; (c) priorizar a inclusão destas vítimas e seus familiares em programas de saúde; (d) criar programas de intervenção; (e) priorizar o trabalho psicossocial com as famílias em todos os programas de atendimento a situações de violência sexual e (e) desenvolver programas de formação locais ou em consórcios municipais para profissionais e agentes que atuam em programas e instituições de atendimento a situações de violência sexual (ibidem, p.31, 32).

Revelando a maturidade da formulação desta política, para cada um dos eixos são preconizados indicadores de avaliação. Os indicadores iniciais de efetividade do eixo “atendimento” seriam a “implementação de programas de acompanhamento para as crianças e adolescentes e seus familiares”, “implementação de serviços de assistência psicossocial às crianças e adolescentes e suas famílias” e “aumento do acesso ao atendimento de crianças e adolescentes nos serviços de saúde sexual gratuito” (ibidem, p. 42, 43; Silva, 2001).

A primeira ação concreta empreendida pelo governo federal dentro do cumprimento destas metas preestabelecidas foi a criação do Programa Sentinela. Com seu foco voltado para o atendimento psicossocial, desempenha, até hoje, um papel organizador das demandas.

Programa Sentinela

Idealizado dentro de uma concepção de gestão intergovernamental, de caráter intersetorial, o Programa tem suas diretrizes e normas estabelecidas em dezembro de 2001, através da portaria nº 878/2001, e sua implantação iniciada em 2002, sob a responsabilidade da extinta SEAS - Secretaria de Estado de Assistência Social, do Ministério da Previdência e Assistência Social (Brasil, 2002b). Seus objetivos gerais consistem em “atender, no âmbito da política de assistência, através de um conjunto articulado de ações, crianças e adolescentes vitimados pela violência, enfatizando o abuso e a exploração sexual” e “criar condições que possibilitem às crianças e aos adolescentes vitimados e suas respectivas famílias, o resgate e a garantia dos direitos, o acesso aos serviços de assistência social, saúde, educação, justiça e segurança, esporte, lazer e cultura, guardando compromisso ético, político e

a multidisciplinaridade das ações” (Brasil, 2001). A efetivação destas metas demanda que os trabalhos de todas as instâncias dentro das competências de cada esfera do governo sejam pactuados e integrados e envolvam, em todas as etapas, a participação da sociedade civil (Avancini, 2006).

A implementação do Sentinela foi feita através da criação de Serviços e Centros de Referência, dotados de estrutura física e recursos humanos para o desenvolvimento dos atendimentos sociais especializados. O critério de seleção de locais para implantar o programa se baseou nos municípios com “ocorrências” notificadas de casos de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência, fosse ela familiar, social ou de exploração comercial, localizadas em regiões que compreendam capitais e Distrito Federal, regiões metropolitanas, polos turísticos, regiões portuárias, grandes entrepostos comerciais, entroncamentos rodoviários, zonas de garimpo e regiões de fronteira (Brasil, 2001).

Os documentos oficiais asseveram que os atendimentos nos centros são realizados por equipes multiprofissionais, essencialmente voltados para

o suporte psicossocial, educacional e jurídico das vítimas e familiares e, segundo pesquisas, apresentavam boa efetividade (Tribunal de Contas da União, 2004). Caso os pacientes necessitem de ser socorridos e acompanhados por outras instituições, como hospitais e Postos de Saúde, é preconizado que sejam encaminhados para a rede assistencial, através de mecanismos de referência e contrarreferência (ibidem; Brasil, 2006a).

Segundo o Marco Legal produzido pelo Ministério da Saúde, o atendimento médico é realizado no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde, operacionalizado de forma descentralizada, com autonomia centrada nos estados e municípios, facilitando a integração entre os diversos setores que poderão planejar e articular políticas comuns de atenção à população infantojuvenil a partir de sua realidade local (Brasil, 2005a).

Até 2003, o programa havia sido implantado em 331 dos 5.561 municípios brasileiros, correspondendo a 5,95% do total e 19.245 crianças haviam sido atendidas, 9.255 delas, vítimas de abuso ou exploração sexual.

Tabela 1 - População, nº de municípios beneficiados pelo Sentinela, nº de municípios com CR e capacidade segundo Região Administrativa do Brasil

Região	População	Municípios	Municípios com CR	Capacidade
Norte	13.504.599	449	53	2.710
Nordeste	48.845.112	1.792	94	4.850
Sudeste	74.447.456	1.668	72	4.170
Sul	25.734.253	1.188	67	3.550
Centro-Oeste	12.101.540	463	45	2.590
Brasil	174.623.960	5.561	331	17.870

Fonte: IBGE e MDS (apud TCU, 2004)

Os recursos financeiros do Sentinela procediam das três esferas do governo, federal, estadual e municipal. Aos centros foram destinados, em 2003, R\$ 26.317.035,00 provenientes de recursos federais, tendo sido utilizados 90% dos mesmos. Os valores foram definidos de acordo com a modalidade e capacidade de atendimento, quais sejam, 50 atendimentos diurnos ou 80 diuturnos (Tribunal de Contas da União, 2004).

Com o Plano Plurianual 2004/2007, foi instituído o Programa de Combate ao Abuso e à Exploração

Sexual de Crianças e Adolescentes, de responsabilidade da SEDH, que abarcou o Sentinela, destinando a ele R\$ 108.000.000,00, cerca de 80% dos recursos previstos para o programa (ibidem).

Refere o Ministério da Justiça que em agosto de 2005, a cobertura do Sentinela atingiu 1.104 municípios, com garantia orçamentária para mais 790, computando um montante executado da ordem de R\$ 35,59 milhões. Os atendimentos alcançaram em torno de 30.000 crianças e adolescentes e mais de 1.000 familiares (Brasil, 2006b).

Em 2006, com a implantação do Suas – Sistema Único de Assistência Social, o Sentinela passou a se inserir como serviço do Creas – Centro de Referência Especializada de Assistência Social, obedecendo às Normas Operacionais Básicas da Política Pública de Assistência Social. (Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2006; Brasil, 2006a), que visam

“promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS” (Brasil, 1997 p. 6).

Discussão

Potencialidades, limites e inter-relações do Plano Nacional e do Programa Sentinela

O teor dos documentos pesquisados indica uma forte mobilização das instituições governamentais, não governamentais e da sociedade civil, no intuito de lutar contra o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil.

A iniciativa de construir um Plano Nacional que pudesse nortear as condutas de todos os estados do País abre as portas para uma mudança, seja ela em tornar público o problema da violência e exploração sexual, seja em mobilizar recursos diversos para seu enfrentamento.

Entretanto, a despeito de sua grande potencialidade, alguns pontos são passíveis de considerações, discussões e questionamentos. Inicialmente, nossa atenção é despertada para o fato que este Plano, como vários outros que compõe o escopo das políticas públicas, se operacionaliza através de planos estaduais e municipais de enfrentamento da violência. Segundo referência de 2004, 13 estados ainda não possuíam (Presidência da República, 2004) nenhuma elaboração neste sentido. A realidade desta situação leva também ao questionamento de como se dá o “atendimento integral” às crianças e adolescentes nos municípios ainda desprovidos

de rede assistencial adequada. Entende-se que “integralidade” implica assistência multidisciplinar envolvendo várias especialidades que interagem para fornecer respostas às demandas e necessidades (Spink, 2007).

Verifica-se, ainda, certo descompasso entre algumas metas preconizadas no eixo atendimento e os indicadores iniciais de sua avaliação. Apesar de extremamente abrangente, o Plano Nacional não aponta formas de ajuizar sobre o atendimento aos autores da violência sexual, sobre a priorização das vítimas e familiares nos programas de saúde e tampouco sobre os programas de formação para os profissionais e agentes que lidam com este agravo. Entendemos que para uma melhor avaliação do cumprimento das propostas preestabelecidas faz-se necessária uma maior identificação qualitativa e quantitativa dos instrumentos disponíveis para sua mensuração, assim como uma maior especificação metodológica para sua construção.

A criação do Programa Sentinela como primeiro acontecimento advindo do Plano Nacional refletiu e confirmou o engajamento do governo brasileiro nesta luta. Sua implantação, apesar de extremamente complexa, ocasionou não só uma maior visibilidade sobre a questão do abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, como também potencializou a focalização das ações, a sensibilização e mobilização dos vários setores governamentais e da sociedade civil. Foi, inclusive, considerado pela Unicef como uma ação exemplar a ser adotada pelos demais países das Américas (Brasil, 2002a).

Este programa cumpre quase todas as metas do Plano Nacional que visam o “atendimento”, com o enfoque ampliado da saúde. Estabelecer uma reflexão crítica do Sentinela e da eficiência de suas ações é uma das formas de analisar este eixo do Plano.

Pontos iniciais que merecem destaque dizem respeito a sua implantação. Até 2005, o Sentinela encontrava-se presente em apenas 19,85% municípios do País, ou seja, com todo o seu mérito, sua cobertura ainda fica muito aquém da necessária e desejada para um país tão suscetível à violência sexual por suas condições socioeconômicas, de fronteiras e turismo como o Brasil (Tribunal de Contas da União, 2004).

O critério de seleção dos municípios para a ins-

talação dos centros de referência é polêmico. Basear a escolha em “ocorrências” notificadas em Conselhos Tutelares de casos de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência familiar, social ou de exploração comercial minimiza e subestima a realidade brasileira. O Brasil possui uma grande extensão territorial e grande diversidade cultural; parte da população vive em condições de extrema pobreza, além de existir uma enorme desigualdade estrutural baseada na dominação de classes, gênero e raça. Tais situações são extremamente propiciadoras à violência sexual infantojuvenil, seja ela por abuso ou exploração, em todo o País. Como então delimitar municípios por “ocorrências” notificadas? Esta definição ignora os registros feitos em delegacias e telefonemas ao disque 100? E ainda cabe perguntar: como ficam os municípios desprovidos de Conselhos Tutelares?

Focando as atuações que perfazem as diretrizes do Plano Nacional, a meta “criar e articular uma rede de serviços, em todos os municípios, destinada ao atendimento das pessoas vitimizadas em situações de violência sexual” demanda que o propósito seja compartilhado por todos os atores e instituições mobilizadas, não bastando apenas a vontade e determinação política para garantir a mudança de paradigma das políticas sociais. É necessário também aglutinar vontades e práticas no âmbito do governo e em parceiros estratégicos da sociedade (Avancini, 2006; Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, 2006). Uma pesquisa sobre redes de prevenção realizada no sul do País avaliou a articulação entre as instituições parceiras de forma positiva, no que concerne o apoio mútuo entre programas, divisão de responsabilidade e referência/contrarreferência com informações dos casos recebidos (Njaine e col., 2006).

Já o TCU – Tribunal de Contas da União, numa avaliação do Sentinela em 2004, constatou uma grande dificuldade de articulação entre os diversos órgãos de atendimento, inclusive com desconhecimento por parte da rede de enfrentamento sobre o fluxo de encaminhamento dos usuários para as diversas áreas de interesse; eram poucas as opções de encaminhamento das vítimas para as redes de serviço assim como nestas não havia prioridade para o atendimento de abuso e exploração sexual; os pro-

fissionais da rede, por sua vez, não encaminhavam ou trocavam informações sobre as vítimas de abuso e exploração sexual com os centros de referência.

Algumas dessas situações foram comprovadas por Avancini (2006), num estudo sobre o trabalho em rede para a consolidação do Programa em Cas-cavel. Segundo a autora, as práticas institucionais eram de caráter fragmentado e pontual, não havia clareza do “trabalho em rede” e os profissionais foram descobrindo, em suas práticas solitárias, uma forma de trabalhar.

No que concerne à meta “prover o atendimento multiprofissional especializado para crianças e adolescentes, seus familiares e autores de violência sexual”, o TCU (2004) ratificou que as atuações dos profissionais nos centros de referência são especializadas, multiprofissionais e direcionadas para situações de risco e que, mesmo com limitações, o programa tem em muito contribuído para o fortalecimento emocional e social das vítimas e seus familiares.

Entretanto, os recursos repassados pelo Governo Federal para os centros eram definidos de acordo com duas modalidades de atendimento, quais sejam, 50 ou 80 atendimentos por mês. Tal critério implica na desconsideração do tamanho das populações locais e seu potencial de demanda. O estado de Santa Catarina, por exemplo, com uma população, na época, de aproximadamente 5.000.000, tinha uma capacidade de atendimento de 1.770 vítimas; já a Bahia, com cerca de 13.000.000 de habitantes, disponibilizava atendimento para 570 crianças e adolescentes (ibidem).

Foram igualmente por ele observadas algumas dificuldades no foco de atendimento preferencial dos centros de referência. Os casos eram prioritariamente de outros tipos de violência em detrimento daqueles de abuso e exploração sexual, conforme previsto pela regulamentação do programa. Segundo o TCU (2004), no município de Florianópolis existia uma fila de espera para atendimento de 1.400 crianças e adolescentes, 1/3 delas vítimas de violência sexual.

Outra situação encontrada foi a falta de padronização de conduta. Verificou-se que não havia uniformidade no tipo de atendimento fornecido pelos centros nos diversos municípios, uns com

predominância psicoterapêutica, outros com trabalhos de grupo, outros ainda, tão somente, firmando diagnósticos iniciais para fins de encaminhamento (ibidem).

Corroborando as observações do TCU, numa reunião virtual dos coordenadores estaduais do Sentinela - Sudeste, em setembro de 2005, a representante do Rio de Janeiro referiu que em seu estado cada Sentinela encontrou sua própria maneira de atuar, intervindo de formas muito distintas, fato então criticado devido ao risco de fugir das propostas do programa. Enfrentando situações semelhantes, a representante da Secretaria de Estado do Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social do Espírito Santo e o diretor do Programa Sentinela de Minas Gerais sinalizaram a necessidade de unificar os conceitos e procedimentos das equipes dos centros de referência (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2005).

Acresce-se, ainda, como fator complicador no atendimento especializado, a insuficiência de dados registrados sobre os atendimentos e encaminhamentos para a rede, como hospitais, escolas, abrigos e a pouca clareza no que tange o acompanhamento das vítimas, demonstrando uma falta de sistematização dos procedimentos e evidenciando a carência de monitoramento e supervisão técnica dos governos estaduais, municipais e federal (Tribunal de Contas da União, 2004).

Em concordância com esta avaliação, Ribeiro e colaboradores (2004), numa pesquisa sobre casos de violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes documentados no Centro de Referência e Conselhos Tutelares de Ribeirão Preto, constataram a escassez de informações nas fichas de atendimento sobre dados envolvidos nos abusos sexuais e a não uniformidade dos termos empregados para designar o fenômeno. Tal situação é mais um alerta para a necessidade de um atendimento contextualizado dentro de uma rede que pensa, age e trata de forma integrada.

Outro aspecto desta meta do Plano Nacional não contemplada pelo Programa Sentinela foi o atendimento especializado multiprofissional para os autores de violência sexual infantojuvenil.

Dentro dos levantamentos realizados foram encontrados poucos serviços de suporte aos autores dessa violência em ONGs, como o NAV - Núcleo da Atenção à Violência, no Rio de Janeiro, a Taba em Campinas¹ e um Programa de Extensão das faculdades de psicologia, assistência social e educação da Universidade Católica de Goiás - a Aldeia Juvenil. Apesar da representação social da figura do autor de abuso sexual impelir a sociedade a marginalizá-lo, devemos lembrar que tais indivíduos necessitam de tratamento e acompanhamento psicossocial, não só pela gravidade do ato cometido como pela possibilidade de reincidência (Jesus, 2006; Njaine e col., 2006).

A oferta de atendimento a estes sujeitos já é uma realidade em alguns países. Nos Estados Unidos, em 1996, o National Institute of Corrections e o State Justice Institute criaram o CSOM - Center for Sex Offender Management, com a função de oferecer suporte, intercâmbio de informações, treinamento e assistência técnica a jurisdições locais e estaduais no atendimento a autores de violência sexual. Com tal medida, todos os estados americanos possuem serviços de atendimento ao abusador e seus profissionais e membros das comunidades se capacitam com o CSOM (Center for Sex Offender Management, 2008).

A terceira meta consiste em “incluir, prioritariamente, crianças e adolescentes em situação de violência sexual e suas famílias nos programas de saúde”. Para torná-la efetiva, além de demandar uma rede articulada, é preciso que os trâmites dos encaminhamentos sejam bem orientados. É inquietante desconhecer mediante quais condições este programa, apesar de buscar fornecer toda a assistência psicológica e social às vítimas e suas famílias, referencia as pacientes para os primeiros cuidados médicos, assim como para o acompanhamento de pediatras e ginecologistas. Serão “todas” ou a absoluta maioria das vítimas atendidas pelo Sentinela direcionadas aos serviços de saúde ou reduzidas a “eventuais” conduções para hospitais de emergência e postos de saúde? Os desdobramentos da violência sexual, conforme já mencionado, não se restringem a esferas psicológicas e sociais, podendo causar

1 Notícia publicada em 14.05.08 pelo JC OnLine em Recife - PE, na reportagem especial Violência Velada, sob o título “Ressocialização dos agressores não é realidade”. Disponível em <http://www2.uol.com.br/JC/sites/abuso/punicao_agressores.html>

doenças orgânicas de extrema gravidade, algumas só notadas longo tempo após a agressão; lesões físicas a curto, médio e longo prazos que necessitam de um olhar ampliado e especializado para serem percebidas e tratadas.

A partir daí, surgem novas dúvidas. Os hospitais de emergência e postos de saúde possuem estrutura física e equipes em número suficiente e devidamente capacitadas para receber essa demanda? É de domínio público que muitos desses locais nem sempre estão preparados para atender tais casos e os profissionais de saúde, na maioria das vezes, não estão adequadamente habilitados para um atendimento tão diferenciado (Amaro e col., 2008).

Um estudo sobre o Sistema Único de Saúde e o enfrentamento da violência infantojuvenil, realizado por Araújo (2005), mostrou que o número de serviços especializados para fornecer atenção às vítimas não é suficiente, apesar dos investimentos expressivos.

No que diz respeito a modelos de atendimento, ainda não foi publicado nenhum documento de procedimentos técnicos voltado para crianças. Entretanto, é importante lembrar que em 1999 o Ministério da Saúde publicou uma Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (Brasil, 2005b) que, apesar de poder beneficiar as crianças através das orientações ali contidas, não traz orientação técnica sobre acolhimento e acompanhamento para esta faixa etária. Torna-se, porém, oportuno mencionar que algumas dificuldades ainda são encontradas para o cumprimento dos procedimentos ali determinados. Entre elas encontra-se a interrupção da gestação decorrente de violência sexual. Apesar de permitida pelo decreto-lei nº 2.848 do Código Penal, art.128, inciso II (Brasil, 2009) e respaldada pelo art. 43 do Código de Ética Médica (Cremerj, 2007), na prática, a realização deste processo é efetuada em poucos hospitais.

Até 2006, segundo o MS, apenas 52 instituições no Brasil forneciam serviços de aborto legal (Brasil, 2006b). Alguns dos motivos das dificuldades de acesso perpassam por falta de conhecimento dos direitos humanos por parte dos profissionais de saúde, motivos de fórum íntimo, questões religiosas, éticas e “de consciência” amparadas pelo Código

de Ética Médica até a resistência de alguns à legislação correspondente ao abortamento de gestação decorrente de violência. Esta realidade brasileira, até agora não adequadamente resolvida, abre uma porta para a procura de serviços clandestinos, aumentando a morbi-mortalidade das adolescentes (Galli e col., 2006).

Ainda dentro da conjuntura “eixo de atendimento do Plano Nacional e os respectivos objetivos e ações do Sentinela”, a meta “desenvolver permanentemente programas de formação (cursos presenciais, cursos à distância, supervisão), locais ou em consórcios municipais para profissionais e agentes que atuam em programas e instituições de atendimento a situações de violência sexual” suscita alguns questionamentos. Apesar de tal medida constar das finalidades específicas do programa, não se encontra inserida dentro das atividades desenvolvidas pelos centros e serviços de referência. Conforme o TCU (2004), o governo federal e os estaduais não ofereciam capacitações para os técnicos de forma sistemática, sendo estas relegadas ao esforço e custo pessoal dos profissionais.

Integrando o Programa de Enfrentamento ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, as ações do setor saúde nos municípios e estados têm-se voltado para a melhoria da qualidade de atendimento nos serviços fornecendo habilitações, ampliando o olhar para detecção de sinais sugestivos de violência sexual, estimulando a notificação e composição no acompanhamento psicossocial das vítimas. Cabe no entanto lembrar que, apesar do número de capacitações oferecidas pelas Secretarias Municipais para aqueles interessados na temática, elas não são especificamente direcionadas a determinados grupos de profissionais, hospitais ou postos de atendimento que, supostamente, deverão receber as vítimas e seus familiares provenientes dos centros de referência.

Paixão (2005), numa pesquisa sobre a relação médico-paciente, constatou que os médicos de um posto de saúde municipal que atendiam casos de abuso sexual, com grande número de notificações, não recebiam capacitações, fosse porque não eram comunicados ou porque a instituição não podia liberá-los de suas atividades no Posto, sendo seu trabalho realizado de forma intuitiva e pessoal.

Conclusão

A análise dos documentos e artigos aqui citados permite inferir que no País tem-se empreendido importantes estratégias para enfrentar e prevenir a violência sexual contra crianças e adolescentes. Grandes foram os avanços conquistados com a instituição do Plano Nacional e a implantação do Programa Sentinela. Entretanto, alguns desajustes ainda minimizam a sua eficácia no que tange ao atendimento especializado. Entre eles encontra-se a deficiência de indicadores que permitam um bom monitoramento e avaliação das ações empreendidas nos vários municípios para a sua realização. Esta carência mascara a identificação dos problemas locais, impedindo investimentos em atuações que visem corrigir ou mesmo suprir as lacunas existentes.

Por outro lado, as articulações entre o setor social e as redes de atendimento na Saúde são frágeis e pouco envolvidas nas estratégias de enfrentamento do fenômeno, necessitando a consolidação de uma agenda comum para universalizar um modelo eficiente de atendimento intersetorial.

Na Saúde, apesar dos investimentos realizados, é notória a necessidade de se ampliar e implantar serviços nesta área de atuação, assim como otimizar recursos humanos e materiais.

Além disso, as promoções de programas de habilitação profissional, apesar de se fazerem presentes, são pontuais, descontínuas e não direcionadas a segmentos específicos, prejudicando não só a formação dos profissionais que atuam diretamente com as vítimas como minimizando suas perspectivas sobre a integração e interdisciplinaridade exigidas pelo problema.

Conclui-se, então, que, não obstante os progressos alcançados, o atendimento especializado às crianças e aos adolescentes ainda se encontra em fase de construção, requerendo um maior comprometimento das instituições envolvidas neste processo.

Referências

AMARO, M. C. P.; ANDRADE, S. M.; GARANHANI, M. L. A atuação do serviço de saúde na violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina (PR). *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 171-180, 2008.

ARAÚJO, C. O. *Sistema Único de Saúde e o enfrentamento ao abuso sexual cometidos contra crianças e adolescentes*. 2005. Disponível em: <<http://www.caminhos.ufms.br/publicacoes>>. Acesso em: 10 jan. 2008.

AVANCINI, E. V. Trabalho em rede: condição para a consolidação do programa Sentinela no município de Cascavel. *Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, Paraná, ano 3, n. 5, 2006. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br/biblioteca.php#agora>>. Acesso em: 05 maio 2008.

AZEVEDO, M. A. Consequências psicológicas da vitimização de crianças e adolescentes. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989. p. 143-167.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BITTENCOURT, C. B. F. Violência sexual contra crianças: implicações psicológicas. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. XXXI, n. 3, p. 420-424, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *NOB-SUS 96: norma operacional básica do sistema único de saúde - SUS*. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Combate ao abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes*. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://www.abrasil.gov.br/avalppa/RelAvalPPA2002/content/av_pog/305/prog305.htm>. Acesso em: 20 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 878/2001, de 03 de dezembro de 2001, estabelece diretrizes e normas do Programa Sentinela, e dá outras providências. Republicada, no *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 abr. 2002b, por ter saído com incorreções do original, no *Diário Oficial da União* de 19/12/2001. Seção I. p. 91.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS: guia de orientação* nº 1. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Principais políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília, DF, 2006b. Disponível em <http://www.mj.gov.br/sedh/mercosul/doc_reunion_mercosur.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2007

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848 de 07.12.1940 alterado pela Lei nº 9.777 *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 ago. 2009. Seção I. n. 640. p. 4.

CECRIA/AMENCAR/UNICEF. *Dez anos de estatuto da criança e do adolescente: avaliando resultados e projetando o futuro*. Relatório de Pesquisa. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2000.

CECRIA - CENTRO DE REFERÊNCIA, ESTUDOS E AÇÕES SOBRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. *Rede de informações sobre violência sexual de crianças e adolescentes (RECRIA)*. Brasília. Disponível em: <<http://www.cecria.org.br/recria/recria/index.htm>>. Acesso em: 11 maio 2008.

CEDCA - Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente. *Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990*. Rio de Janeiro: Viaman, 2000.140 p.

CENTER FOR SEX OFFENDER MANAGEMENT. *About Csom*. Office of Justice Programs, US Department of Justice, 1996. Disponível em: <<http://www.csom.org/about/about.html>>. Acesso em: 23 maio 2008.

CHILD WELFARE INFORMATION GATEWAY. *Emerging practices in the prevention of child abuse and neglect*. Washington DC.: Office on child Abuse and Neglect, 2003. Disponível em: <<http://www.childwelfare.gov/preventing/programs/whatworks/report/emerging.cfm>>. Acesso em: 14 dez. 2007.

COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. *Marcos históricos do enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília. Disponível em: <<http://www.comitenacional.org.br/index.php/content/view/10.html>>. Acesso em: 1 out. 2007.

COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. *O processo de revisão do Plano Nacional: relatório de acompanhamento 2007-2008*. Brasília, DF, 2008.

COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Infanto-Juvenil: uma política em movimento: relatório de monitoramento 2003-2004*. Brasília, DF, 2006.

CREMERJ - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO . *Código de Ética Médica: legislação dos conselhos de medicina*. 16. ed. Rio de Janeiro, 2007.

DIÁRIO DO SENADO FEDERAL. *Relatório nº1 do Congresso Nacional*. Brasília, DF, 2004.

DUBOWITZ, H.; BLACK M.; HARRINGTON, D. The diagnosis of child sexual abuse. *American Journal of Diseases of Children*. Chicago, n.146, p. 668-693, 1992.

GALLI, B.; GOMES, E. C.; ADESSE, L. Representação sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção. *IPAS BRASIL - Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Informativo eletrônico. Ed. 25, set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/revista/seto6.html>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

GAUDERER, E. C.; MORGADO, K. Abuso sexual na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 68, n. 7/8, p. 243-247, 1992.

JESUS, N. A. O círculo vicioso da violência sexual: do ofendido ao ofensor. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 26, n. 4, p. 672-683, 2006.

LEAL, M. L. P. *As Ongs no enfrentamento da exploração, abuso sexual e maus tratos de crianças e adolescente*: pós 1993. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.cecria.org.br/banco/violencia.htm>>. Acesso em: 22 fev. 2007.

LIBÓRIO, R. M. C. Adolescentes em situação de prostituição: uma análise sobre a exploração sexual comercial na sociedade contemporânea. *Psicologia: Reflexão e Crítica*; Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 413-420, 2005.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em representações sociais*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 89-111.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. *Declaração de Estocolmo*. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/portal/portal_impressao.asp?campo=3294&conteud>. Acesso em: 09 jan. 2008.

NJAINE, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1313-1326, 2006. Suplemento.

OLIVEIRA J. C. *Declaração pede pacto de combate à violência sexual contra criança*. Reportagem da Agência Câmara, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2008 Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/homeagencia/materias.html?pk=129174>>. Acesso em: 10 jan. 2009.

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. A relação médico-paciente diante do abuso sexual infantil. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 737-743, 2005.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Guia escolar*: métodos para identificação de sinais de abuso e exploração de crianças e adolescentes. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2004.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Disque Denúncia Nacional de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes - 100*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.cecria.org.br/bancos/Dados%20gerais%20.%20Rel%20ate%20novembro.doc?articleid=980>>. Acesso em: 20 maio 2008.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, 2004.

SILVA, C. A. V. da. Idade penal e co-responsabilidade social. In: Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (ABONG). *Crianças, adolescentes e violência*: subsídios à IV conferência nacional dos direitos da criança e do adolescente. São Paulo, 2001. p. 11-29.

SPINK, M. J. P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 18-27, 2007.

TCU - TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Relatório de avaliação de programa*: Programa Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Brasília, DF, 2004.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *The Yokohama global commitment 2001*. Yokohama, 2001. Disponível em: <<http://www.unicef.org/events/yokohama/outcome.html>>. Acesso em: fev. 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. *Reunião virtual com coordenadores estaduais do Sentinela - Sudeste*. Campo Grande, 2005. Disponível em: <<http://www.caminhos.ufms.br/especiais/view.htm?a=1158>>. Acesso em: 25 out. 2007.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on violence and health*. Geneva, 2002.

Recebido em: 20/10/2008

Reapresentado em: 19/08/2009

Aprovado em: 24/09/2009