

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

**O ATENDIMENTO A CRIANÇAS
VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL:
*avaliação de um serviço público.***

Autora: Ana Lúcia Ferreira

Orientadora: Edinilsa Ramos de Souza

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública

Rio de Janeiro, julho de 2002

Aos meus filhos Pedro Henrique e Mariana
e às crianças do Ambulatório da Família,
que muito me ensinam sobre a vida.

AGRADECIMENTOS

À orientadora deste trabalho, Edinilsa Ramos de Souza, que não me permitiu conhecer o que é o “trabalho solitário” de uma tese. Incansável, participou de todas as etapas, mostrando-se capaz de apoiar e criticar, sempre de forma eficiente e rápida, sem representar, em momento algum, motivo a mais de estresse.

Aos colegas do Ambulatório da Família, Mário, Rita, Mônica, Verônica, Renata e Hebe, que, ao aceitarem uma avaliação de seu trabalho, permitiram o desenvolvimento desta tese. A eles agradeço também a participação ativa durante toda a pesquisa e os momentos em que ficaram sobrecarregados pela minha ausência.

Ao Dr. Mário José Ventura Marques, pela minuciosa revisão e inúmeras contribuições valiosas a este trabalho.

À Dr^a Luciane Gaspar Guedes, pela disposição, dedicação e paciência demonstradas na imprescindível assessoria na elaboração do banco de dados e na análise estatística da tese.

Aos profissionais do Centro Filológico Clóvis Monteiro, da Faculdade de Letras da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, pela revisão de texto.

Aos professores Grant Wall de Carvalho e Maria Amélia Sayeg Porto e ao Dr. Sérgio Coelho Gomes, por tantas vezes terem me substituído nas atividades docente-assistenciais durante o curso de doutorado.

Aos profissionais e aos responsáveis pelos pacientes que, ao concordarem em participar das entrevistas, contribuíram para a realização desta pesquisa.

A todos os amigos e familiares que, direta ou indiretamente, incentivaram-me e torceram por mim.

Por fim, agradeço ao Prof. Tomaz Pinheiro da Costa, ao amigo e companheiro Tomaz, pelo apoio afetivo, pela firmeza com que soube conduzir-me em diversos momentos durante os anos em que estive envolvida com o curso de doutorado e pela leitura crítica deste trabalho.

RESUMO

Objetivando avaliar um serviço de saúde destinado ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, tomou-se como objeto de estudo a atenção às situações de abuso sexual. O serviço avaliado foi o Ambulatório da Família (AF), do IPPMG/UFRJ, em atividade desde 1996. Realizou-se pesquisa de cunho quantitativo e qualitativo, utilizando-se a triangulação de métodos como estratégia de avaliação. Foram incluídos na pesquisa 129 crianças e adolescentes envolvidos em situações de abuso sexual, atendidos entre abril de 1996 e setembro de 2000. Os dados quantitativos foram obtidos a partir dos prontuários dos pacientes, e os qualitativos através das seguintes técnicas: leitura de documentos do serviço (relatórios e atas de reuniões); observação participante nas reuniões semanais da equipe; sessões de grupo focal com a equipe do AF; entrevistas semi-estruturadas com profissionais do IPPMG e de outras instituições; entrevistas semi-estruturadas com responsáveis por pacientes incluídos na pesquisa. A análise dos dados quantitativos foi estritamente descritiva, e a análise de conteúdo foi utilizada para sistematizar e interpretar as informações obtidas através das entrevistas. As vítimas eram predominantemente do sexo feminino (70,5%) e situadas na faixa etária entre 2 e 10 anos de idade (81,7%). Em 47,3% das situações, o abuso foi intrafamiliar, sendo a manipulação da genitália da vítima o tipo de contato sexual mais freqüente (31%). Constatou-se a pouca disponibilidade de profissionais das áreas de psicologia e de serviço social, e a precária integração do serviço com os demais recursos institucionais da rede. O número médio de consultas, por paciente, foi de 4,7. O acompanhamento foi regular para 58% dos pacientes, em um tempo médio de 10,9 meses. A equipe tem limitações para desempenhar seu trabalho, especialmente em razão de problemas cujas soluções não estão no seu âmbito de competência. Houve 5,9% de reincidência do abuso em pacientes sob acompanhamento, e o índice de abandono foi de 63,6%. Os resultados alcançados com o trabalho da equipe foram considerados satisfatórios, e sua avaliação foi prejudicada pela inexistência de metas programáticas do serviço, assim como pela indefinição de parâmetros para avaliar a evolução dos casos. Conclui-se que o AF atingiu parcialmente seus objetivos, havendo necessidade de sistematizar o registro dos prontuários, rever rotinas de atendimento, proceder estudos para compreender os motivos do elevado índice de abandono, planejar treinamento sobre abuso sexual envolvendo amplamente os profissionais do IPPMG, e implementar parcerias com instituições afins.

Palavras-chave: maus-tratos sexuais infantis; criança maltratada; violência doméstica; avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.

ABSTRACT

Aiming at the evaluation of a health care service dedicated to children and adolescents who suffered violence, assisted cases of sexual abuse were taken as the object of study. The evaluated service was the Family Clinic (FC), from IPPMG/UFRJ, which has been operational since 1996. A qualitative and quantitative research was conducted, in which the methodological triangulation was used as the strategy of evaluation. The research included 129 children and adolescents involved in cases of sexual abuse, assisted within april 1996 and september 2000. The quantitative data was obtained from the patients' records, whereas the qualitative data through the following techniques: reading of the service documents (registers and reports); participating observation in weekly team meetings; two focus group sessions with the team of the FC; semi-structured interviews with professionals from IPPMG and other institutions, as well as with the legal guardians of patients included in the research. Victims were predominantly of the feminine sex (70.5%), ages ranging from 2 to 10 years old (81.7%). 47.3% were cases of intrafamilial abuse, being the handling of the child's genital the most frequent kind of sexual contact (31%). The issues detected were as follows: short availability of psychologists and social workers, and a precarious integration of the service with other network resources. The average of consultations, per patient, was of 4.7. The attendance was regular in 58% of cases, for an average time of 10.9 months. The team has shortcomings which hinder the development of their tasks, especially due to problems whose solutions are not in their competence extent. There was a relapse of the abuse in 5.9% of attended patients and an abandonment rate of 63.6%. The results obtained by the team were considered satisfactory, and their analysis was hindered by the lack of programmatic service goals and definite parameters to evaluate the evolution of the cases. It was concluded that the service has only partially reached its goals. It is necessary to systematize the registration of records, review assistance routines, proceed with studies to understand the reasons for such a high rate of abandonment, plan a wide training on sexual abuse for IPPMG professionals, and implement partnerships with similar institutions.

Key-words: child abuse, sexual; child abuse; domestic violence; quality assurance, health care.

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
JUSTIFICATIVA	4
OBJETIVOS	8
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
1 A violência como campo de estudo	9
2 O abuso sexual	13
2.1 O conceito de abuso sexual	15
2.2 A freqüência do abuso sexual	19
2.3 Conseqüências do abuso sexual	23
2.4 Abordagem dos casos de abuso sexual	28
2.5 Dificuldades para lidar com o abuso sexual	38
2.6 Prevenção do abuso sexual	41
3 Avaliação de programas e serviços de saúde	44
3.1 Dimensões da avaliação	44
3.2 Estratégias de avaliação	48
3.3 Avaliação de serviços que atendem vítimas de abuso sexual	51
3.3.1 Avaliação de serviços não especializados	51
3.3.2 Avaliação de serviços especializados	54
3.3.3 Avaliação de programas de prevenção	56
METODOLOGIA	58
1 Tipo de estudo	58
2 Local do estudo	58
3 Definição das amostras, fontes de dados e instrumentos de coleta de dados	59
3.1 Para a abordagem quantitativa	59
3.2 Para a abordagem qualitativa	60
4 Variáveis de avaliação	67
5 Análise dos dados	68
5.1 Da análise quantitativa	68
5.2 Da análise qualitativa	70
6 Recursos	73
7 Aspectos éticos	73
RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
1 Histórico do Ambulatório da Família (AF)	75
2 Perfil dos casos de abuso sexual	82
2.1 Freqüência do abuso sexual no AF	82
2.2 Características dos pacientes atendidos por abuso sexual	86
2.3 Características dos abusos sexuais	90

3 A estrutura do serviço	103
3.1 Concepções teóricas	103
3.2 Estrutura física para o atendimento	107
3.3 A equipe multidisciplinar	110
3.4 Recursos materiais	116
3.5 Referência e contra-referência	117
3.6 A estrutura existente versus a recomendável	119
4 O processo de atendimento	127
4.1 A inserção da clientela no serviço	127
4.1.1 O acesso ao AF	127
4.1.2 Os motivos de encaminhamento para o AF	131
4.1.3 Tempo decorrido entre o abuso e o atendimento no AF	133
4.2 A dinâmica do atendimento	134
4.2.1 A consulta de primeira vez	134
4.2.2 O acompanhamento ambulatorial	138
4.2.3 Avaliação clínica	141
4.2.4 O envolvimento das famílias no atendimento	154
4.3 O trabalho em equipe no processo de atendimento	157
4.4 As relações do AF com outros serviços e com a clientela	161
4.4.1 Integração com serviços internos	162
4.4.2 Integração com serviços externos	166
4.4.3 Relação dos profissionais do AF com os responsáveis	173
4.5 Indicadores de processo	176
4.5.1 Tempo médio de acompanhamento	177
4.5.2 Regularidade do comparecimento	180
4.5.3 Média de consultas comparecidas por paciente	184
4.5.4 Proporção de notificação dos casos	185
4.6 Dificuldades dos profissionais para lidar com o abuso sexual	191
5 Avaliação dos resultados do atendimento	194
5.1 Satisfação da clientela	195
5.2 Modificações na dinâmica familiar	197
5.3 Indicadores de resultado	199
5.3.1 Proporção de resultados clínicos satisfatórios	199
5.3.2 Proporção de reincidência	202
5.3.3 Proporção de confirmação do abuso	204
5.3.4 Situação de acompanhamento do caso	218
CONCLUSÕES E PROPOSTAS	228
BIBLIOGRAFIA	234
ANEXOS	244

LISTAS DE TABELAS, GRÁFICOS E ANEXOS

Lista de tabelas

	Pág.	
Tabela 1	Características dos casos selecionados para entrevista dos responsáveis	65
Tabela 2	Distribuição da clientela atendida no AF, segundo o tipo de abuso	83
Tabela 3	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo associação com outros tipos de abuso	85
Tabela 4	Comparação da faixa etária das vítimas de abuso sexual atendidas no AF e na ABRAPIA	88
Tabela 5	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo as características mais freqüentes	103
Tabela 6	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo número de categorias profissionais que atendeu o caso	158
Tabela 7	Motivos alegados pelo responsável para faltas às consultas no AF	183
Tabela 8	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo os resultados clínicos obtidos	200
Tabela 9	Comparação dos critérios de confirmação dos abusos, na chegada ao AF e no momento da coleta dos dados	210
Tabela 10	Distribuição dos casos de abuso sexual que tiveram alta do AF, segundo os critérios de alta	223
Tabela 11	Distribuição da situação de acompanhamento no AF, segundo o número de pacientes, o tempo médio e a mediana de acompanhamento	227

Lista de gráficos

	Pág.	
Gráfico 1	Distribuição das vítimas de abuso sexual atendidas no AF, segundo sexo	87
Gráfico 2	Distribuição das situações de abuso sexual atendidas no AF, segundo a origem da suspeita	91
Gráfico 3	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo a relação do agressor com a vítima	94
Gráfico 4	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo o grau de familiaridade de agressor com a vítima	96
Gráfico 5	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo o tipo de contato sexual	100

Gráfico 6	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo a origem da demanda	130
Gráfico 7	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo o tempo decorrido entre o último abuso e o 1º atendimento	133
Gráfico 8	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo o número de familiares envolvidos no atendimento	155
Gráfico 9	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo o número de consultas comparecidas por paciente	184
Gráfico 10	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo a situação de confirmação do abuso na coleta de dados	206
Gráfico 11	Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo a situação do acompanhamento na coleta de dados	219
Gráfico 12	Distribuição dos pacientes que abandonaram o acompanhamento no AF, segundo o tempo de abandono	221

Lista de anexos

Anexo 1	Instrumento de coleta de dados: Protocolo de pesquisa
Anexo 2	Roteiro para entrevista com profissionais do IPPMG
Anexo 3	Roteiro para entrevista com profissionais externos
Anexo 4	Roteiro para entrevista com pais/responsáveis
Anexo 5	Roteiro da primeira atividade de grupo focal com a equipe do AF
Anexo 6	Roteiro da segunda atividade de grupo focal com a equipe do AF
Anexo 7	Indicadores / variáveis de avaliação
Anexo 8	Consentimento livre e esclarecido para pais/responsáveis
Anexo 9	Consentimento livre e esclarecido para profissionais
Anexo 10	Ficha de registro de atendimento no AF
Anexo 11	Impresso para notificação de casos do AF

INTRODUÇÃO

A violência é considerada, hoje, uma grave questão a ser enfrentada pelo setor saúde no nosso país. Seu grande impacto na infância e na adolescência pode ser verificado através do expressivo número de mortes que provoca nessas faixas etárias. O que torna a questão ainda mais preocupante é o conhecimento de que a mortalidade representa apenas uma pequena parcela de todos os agravos violentos. Embora haja carência de estudos de casos não-fatais no nosso meio, alguns serviços que prestam assistência às vítimas chamam atenção não apenas para a ocorrência, mas também para as graves conseqüências que a violência traz às crianças e aos adolescentes, sejam elas diretas ou indiretas.

No Brasil, como em outros países da América Latina, não existem dados de âmbito nacional que dimensionem a violência contra a criança e o adolescente. No entanto, é possível verificar uma significativa incidência desse problema através de pesquisas desenvolvidas nos EUA e em diversos países da Europa (Huertas, 1997).

Estudos epidemiológicos sobre os maus-tratos perpetrados contra crianças e adolescentes revelam não apenas incidências e prevalências, mas também fatores de risco, efeitos a curto e longo prazos e as necessidades de tratamento, reabilitação e prevenção das ocorrências. Infelizmente, as características próprias desse tipo de violência tornam parcial a compreensão do problema: grande parte ocorre dentro da própria família; há medo da denúncia por parte da população e da notificação por parte dos profissionais; esses últimos não têm formação para lidarem com a questão; há escassez de serviços especializados para o atendimento; e a vítima – na sua condição de dependência emocional – nem sempre consegue colaborar para que a situação seja explicitada.

Embora a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1993) considere que o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todas as conseqüências da violência, apenas nas últimas duas décadas os estudos oriundos do setor saúde têm se somado aos advindos de serviços de segurança pública no nosso país, revelando, então, quão escondida estava de todos a violência praticada contra crianças e adolescentes.

De fato, os abusos físico, sexual e psicológico, assim como a negligência, são freqüentemente praticados no ambiente familiar, e poucos chegam ao domínio público. Essas formas de abuso têm tido sua importância reconhecida através do crescente número de denúncias feitas a algumas instituições especializadas do nosso país, criadas por profissionais da área da saúde a partir da década de 80. Entre elas estão a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA – Rio de Janeiro), os

Centros Regionais de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMI – São Paulo) e a Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (ABPANI – Minas Gerais).

Em relatório anual sobre a *Situação Mundial da Infância de 1996*, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) chamava atenção para o fato de que, enquanto a década de 80 teve uma maior preocupação com a sobrevivência infantil, a década de 90 configurava-se como uma “década pelos direitos da criança” (UNICEF, 1996). De fato, apesar de ser nos anos 80 que o tema da violência entra com maior força no campo da saúde na sociedade ocidental, foi a partir da década de 90 que esse envolvimento começou a consolidar-se no nosso país.

Segundo Minayo & Souza (1999), o crescimento do interesse do setor saúde para pensar a respeito do fenômeno da violência no Brasil deve-se à ampliação da consciência do valor da vida e dos direitos de cidadania e à transição epidemiológica nacional, essa última apontando para a violência como causa importante de morbimortalidade. É nesse contexto que se insere – e se destaca – a violência contra crianças e adolescentes.

A preocupação com a qualidade de vida de crianças e adolescentes foi reforçada no Brasil pela lei que instituiu, em julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ao constituir, pela primeira vez, a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, o ECA fez surgir a necessidade de implementação de serviços que respondessem pelas demandas cada vez mais aparentes relacionadas a problemas antigos, mas agora objetos de um novo olhar.

O envolvimento formal do setor público de saúde é recente e foi reforçado a partir de um instrumento orientador para o enfrentamento do problema elaborado pelo Ministério da Saúde (Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1E de 18/5/01). Ao incorporar a violência como um problema de saúde pública em nosso país, o documento traça diretrizes para ações em diversos níveis (desde a promoção da saúde até a reabilitação), envolve diferentes setores e ressalta a importância de ações conjuntas e articuladas.

Em meados de 1999, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro já havia determinado a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes, implementando uma ficha própria a ser utilizada em todo o estado (resolução SES, nº 1354 de 9 de julho de 1999). Desde então, as notificações passaram a ser obrigatoriamente encaminhadas aos Conselhos Tutelares e às Secretarias Municipais de Saúde de todo o estado. Criou-se assim, a possibilidade dessas Secretarias, em conjunto com o nível central, definirem

estratégias de ação na área da saúde para prevenção e assistência às vítimas. Em 2000, o estado de São Paulo instituiu a Lei nº 10.498, versando sobre a mesma questão.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde estabeleceu a obrigatoriedade da notificação, para todas as entidades de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde do nosso país, através da Portaria nº 1968/GM, de 25 de outubro de 2001, publicada no DOU nº 206 de 26/10/01. O documento traz em anexo um formulário que deve ser utilizado pelas unidades para proceder à notificação.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro também revela preocupação com a violência contra crianças e adolescentes e, nos últimos anos, vem constituindo parcerias importantes para a assistência aos casos e realizando capacitação de recursos humanos no tema em questão.

Todas essas iniciativas representam, sem dúvida, um avanço no enfrentamento da violência. No entanto, padecem de vários problemas e esbarram ainda na carência de serviços para atendimento às vítimas. Os Conselhos Tutelares, embora constituídos no município do Rio de Janeiro desde o início de 1996, ainda não têm as condições desejadas para desempenharem todas as suas funções estabelecidas por lei. Trabalhos recentes mostram que dificuldades diversas são enfrentadas por esses conselhos, no município e no estado do Rio de Janeiro: precariedade de serviços de retaguarda para atender às medidas aplicadas pelos Conselhos, falta de infra-estrutura para funcionamento dos Conselhos, formação heterogênea dos conselheiros e grande demanda de serviços (Camurça, s/d; Fundação Bento Rubião, 1999; Silva, 2001). Por outro lado, a rede de serviços de saúde não está preparada para um atendimento complementar àquele prestado pelos Conselhos.

Um dos poucos serviços públicos de saúde no Rio de Janeiro estruturados para o atendimento e acompanhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência é o Ambulatório da Família, do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esse serviço, pioneiro no estado com essas características, já está em funcionamento há mais de 5 anos e é alvo do presente estudo.

Cientes da responsabilidade que a assistência à saúde representa, surgiu a idéia desta pesquisa, que avaliou o atendimento prestado pela equipe do referido serviço às crianças e adolescentes vítimas de violência. Dentre os diversos tipos de agravos contra a criança e o adolescente tratados neste serviço, tomou-se como objeto da pesquisa o atendimento às vítimas de abuso sexual, pois este – como veremos adiante – representa um percentual expressivo dos atendimentos prestados pelo Ambulatório da Família e requer especial atenção da equipe.

JUSTIFICATIVA

Raramente mencionada antes de 1970, a violência sexual contra crianças tem sido alvo de denúncias crescentes em países de língua inglesa. Mais recentemente, tem recebido atenção especial em outros países, incluindo o Brasil. Segundo Levett (1994), a maior visibilidade da violência sexual contra crianças, nas últimas décadas, decorreu de um momento sócio-histórico específico, no qual a autora identifica alguns fatores: um lugar mais importante assumido pela criança na consciência ocidental e na teoria e prática psicológicas do século XX; a atenção sobre as conseqüências do abuso sexual levantadas pelas feministas americanas, ativistas dos direitos humanos na década de 70; mudanças nas estruturas de poder e na posição ocupada pelas mulheres nas sociedades ocidentais. Vigarello (1998) acrescenta ainda a recomposição da imagem da figura paterna e da autoridade, tornando mais críveis as suspeitas ou acusações que recaem sobre os agressores sexuais, em sua grande maioria adultos do sexo masculino e conhecidos das vítimas.

A preocupação com o abuso sexual tomou tal vulto nos Estados Unidos, que a Divisão de Prevenção da Violência do *Center for Disease Control and Prevention* propôs que este fosse considerado um problema de saúde pública, devido à alta incidência sobre as crianças naquele país, às profundas implicações imediatas e futuras para a saúde das vítimas e, também, pela possibilidade da replicação do fenômeno em futuras gerações, a partir da exposição destas às fraquezas daqueles que foram abusados. Acredita-se que, ao tomar o abuso sexual como um problema de saúde pública, pode-se aumentar a atenção para o problema, acelerar esforços para compreendê-lo, ampliar o espectro das estratégias para enfrentá-lo e criar mais esperanças sobre a possibilidade de preveni-lo (Mercy, 1999).

Como bem observaram Leal & César (1998), compreender e enfrentar o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes é um desafio para pesquisadores e profissionais, uma vez que requer a articulação das dimensões conceituais com as operacionais, das qualitativas com as quantitativas e das de pesquisa com as de intervenção.

De fato, a política nacional que traça as diretrizes para a atuação do setor saúde na questão da violência no Brasil também reconhece o abuso sexual como uma questão peculiar, ao destacar a necessidade da “criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual” (Brasil, 2001: 40).

Trata-se de um tipo de abuso de difícil diagnóstico, devido à síndrome do segredo que o envolve (Furniss, 1993) e à grande variedade de formas de apresentação, muitas vezes

inaparente fisicamente (Heger, 1996), levando a dificuldades na condução dos casos, na decisão de notificar aos Conselhos Tutelares e na abordagem com as famílias. Além disso, a ampla gama de práticas que podem ser consideradas abuso sexual, também é motivo de problemas para os estudos sobre o tema. Segundo Vigarello (1998), as transformações do significado das violências sexuais é tal que introduz uma nova era para os atos reprovados: “os limiares da violência moral tornam-se tão sutis que não podem ser legalmente definidos, obrigando a lei a designar um objeto que ela nem sempre pode atingir” (p. 220). Muitas vezes é difícil arbitrar entre o aceitável como manifestação de afeto e o delito, o que é fundamental para qualquer tipo de estudo.

É importante lembrar também a mobilização que esse tipo de violência gera dentro da instituição e em cada profissional pessoalmente, assim que uma hipótese diagnóstica é levantada. Junqueira (1998) comenta sua experiência nesse sentido, num Centro de Defesa de Crianças, ao relatar que “por mais violenta que fosse, a agressão física não causava o mesmo impacto e horror que a agressão sexual... tanto na própria equipe que acompanhava os casos, quanto nos parentes da criança violentada e até nos órgãos jurídicos responsáveis por avaliar e julgar situações de violência contra a criança” (p. 1).

O Ministério da Justiça recomenda que estudos e pesquisas na área de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes procurem enfrentar pontos controversos ou ainda obscuros nessa linha de pesquisa, para que possam subsidiar a formulação de políticas públicas e a elaboração e gerenciamento de projetos ou serviços, para atendimento direto às vítimas. Ressalta que estes pontos não podem ser definidos *a priori*, mas sim pautados pela realidade, pela conjuntura social local. Há a recomendação para que os planos sejam feitos com base em diagnósticos quali-quantitativos do problema (Ministério da Justiça & UNICEF, 1996).

Portanto, sendo o abuso sexual um tema atual, cujos estudos são ainda incipientes no Brasil, de difícil abordagem pelas equipes de saúde e sendo frequente seu atendimento no serviço estudado, acreditamos poder contribuir para seu conhecimento através da presente pesquisa, que vai ao encontro da recomendação nacional supracitada.

A restrição do estudo aos casos de abuso sexual ocorreu não apenas pelos motivos acima, mas também por questões operacionais: os distintos tipos de abuso têm características diferenciadas e necessitam de trato adequado a suas peculiaridades, o que tornaria uma avaliação do atendimento às várias formas de violência muito complexa e, provavelmente, menos eficaz. Ainda assim, é provável que este estudo possa colaborar para organizar o atendimento aos demais tipos de violência que chegam ao Ambulatório da Família, pela

possibilidade de se beneficiarem diretamente das questões que têm em comum com o abuso sexual.

Do ponto de vista da pesquisa avaliativa, o estudo do Ambulatório da Família é importante por tratar-se de um serviço cuja demanda está estabelecida e é crescente, sendo necessário buscar a melhoria da qualidade do atendimento prestado e fornecer resultados à população. O fato de pertencermos à equipe que atende no serviço investigado facilitou e viabilizou o acesso e a autorização para a pesquisa.

A pesquisa avaliativa ainda não é uma prática estabelecida no IPPMG. Identificamos apenas um trabalho anterior voltado especificamente para esse fim na instituição, o qual avaliou o atendimento prestado a crianças acompanhadas com diagnóstico de baixa estatura pelo Ambulatório de Crescimento. Tomando por base a rotina de investigação diagnóstica existente no setor, o trabalho avaliou a qualidade da assistência sob uma perspectiva técnica, através da revisão de prontuários dos pacientes. Foram verificadas algumas questões importantes, tais como: rotinas inadequadas, não cumprimento das etapas da rotina proposta pelos profissionais da equipe, existência de registros incompletos ou imprecisos nos prontuários e elevado índice de evasão, especialmente no início do acompanhamento (Ferreira, 1992).

Outros trabalhos, embora sem o objetivo da avaliação e com enfoque em questões clínicas, também apontaram para problemas que justificam a implementação de pesquisas avaliativas no IPPMG. Um deles, cujo objetivo principal era detectar a prevalência e os marcadores de risco para anemia ferropriva em crianças de 12 a 18 meses de idade acompanhadas nos ambulatórios de pediatria geral do IPPMG, encontrou um elevado índice de anemia, “inaceitável para uma população regularmente acompanhada em um serviço de saúde de referência” (Rodrigues et al, 1994: 41). O trabalho verificou também que a equipe multidisciplinar existente num dos ambulatórios, da qual faziam parte nutricionistas, não serviu de proteção contra a ocorrência de anemia.

Por ser um hospital de ensino para alunos de graduação e pós-graduação de medicina, enfermagem e psicologia, dentre outros, o IPPMG acrescenta à sua responsabilidade direta com a clientela a formação desses profissionais. Sendo o ensino na área da saúde fortemente relacionado a atividades práticas, são claros os benefícios que a avaliação de um serviço pode trazer a partir da identificação e superação de problemas assistenciais que, como verificamos nos trabalhos supracitados, estão presentes na instituição.

A rotina do dia-a-dia desenvolve-se sem que se reflita a respeito de pequenos desvios, que acabam por se acumular caso não sejam detectados e corrigidos a tempo. Alguns problemas que vivenciamos no decorrer dos anos de atendimento às vítimas no Ambulatório

da Família mostraram-nos claramente a necessidade de proceder à avaliação da assistência prestada pela equipe: havia problemas com o banco de dados de cadastro de pacientes; percebia-se que havia evasão da clientela; alguns conceitos e rotinas não estavam claros entre os profissionais da equipe; e os resultados alcançados com o atendimento às famílias não haviam sido estudados.

Pareceram-nos conjugados os fatores para a realização da presente pesquisa: a **necessidade** – decorrente do que foi exposto anteriormente; a **motivação** – surgida pelo compromisso ético de verificar a qualidade do serviço oferecido à comunidade e do qual decorrem as atividades de ensino e pesquisa; e os **meios** para a realização do trabalho, ou seja, uma equipe estruturada, bem articulada, desenvolvendo um trabalho pioneiro no nosso meio, inserida numa instituição que não se opõe a trabalhos desse tipo.

OBJETIVOS

1. Geral

Avaliar o atendimento prestado às vítimas de abuso sexual pelo Ambulatório da Família do IPPMG/UFRJ

2. Específicos

- a) Traçar o perfil dos casos de abuso sexual atendidos no AF;
- b) Avaliar a estrutura do serviço, o processo e os resultados do atendimento prestado às vítimas de abuso sexual no AF;
- c) Verificar a percepção de profissionais e usuários quanto às ações desenvolvidas pela equipe do AF no atendimento às vítimas de abuso sexual;
- d) Identificar as dificuldades, as soluções encontradas, a situação atual e a desejada para o atendimento em estudo;
- e) Analisar indicadores-chave para avaliar o atendimento a vítimas de abuso sexual no AF.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o objetivo de dar maior visibilidade ao nosso objeto de estudo, estruturamos três eixos teóricos que acreditamos serem importantes para compreender e discutir o tema desta pesquisa.

Um desses eixos é a *violência*, que se constitui no campo de estudo mais amplo a partir do qual estaremos analisando toda a complexidade do abuso sexual. O segundo eixo traz, mais especificamente, o *abuso sexual contra crianças e adolescentes*, apresentando aspectos que auxiliam na compreensão das especificidades da abordagem às vítimas. A *avaliação de serviços de saúde* apresenta-se como o terceiro eixo, pela necessidade de fundamentarmos nossas opções de abordagem dentre as diversas metodologias de avaliação disponíveis.

Por fim, efetuamos uma reflexão a respeito da avaliação de serviços que atendem vítimas de abuso sexual, buscando maior integração e aproximação ao objeto de pesquisa.

1 – A violência como campo de estudo

Nosso objeto de estudo é parte de uma área temática mais ampla, com características particulares, que é a violência. Esta constitui-se em um tema de difícil abordagem pelas formas convencionais de conhecimento, devido à carga de ideologia, preconceito e senso comum que a acompanha (Minayo & Souza, 1998). Além disso, muitos aspectos da violência não têm adquirido a posição de categoria científica nos estudos sobre o tema, apesar de estarem sempre presentes até mesmo para o pesquisador: a sensibilidade, a dor e o sentimento (Rifiotis, 1995).

Há diversas tentativas de conceituar violência. Assim, definições das áreas policial, psicológica, médica, antropológica, sociológica ou legal, por exemplo, são distintas. Acrescenta-se ainda o fato de que a violência ocorre no interior da cultura, só devendo ser definida com base em seus parâmetros específicos. Decorre de tudo isso a existência de várias definições que apresentam diferenças importantes entre si.

No entanto, mais importante do que tais definições é constatar que, sob todos esses enfoques, fica claro tratar-se de um fenômeno social, complexo, multicausal, histórico e em rede. A ideia de rede é defendida por Minayo (1990), que considera que a violência não é um elemento abstrato, podendo manifestar-se na sociedade como a violência da guerra, da classe dominante ou familiar, dentre outras. Todas essas facetas têm peculiaridades próprias e, ao

mesmo tempo, se articulam com as demais. É importante, portanto, buscar entender este fenômeno tanto em relação às suas raízes histórico-culturais quanto na sua especificidade, de acordo com o tipo ou aspectos a serem analisados.

Neste trabalho, trataremos da violência contra a criança e o adolescente, genericamente conhecida como maus-tratos ou abuso, e cujas definições costumam enfatizar, mais especificamente, a “violência doméstica”.

Violência doméstica contra crianças e adolescentes é, para Azevedo & Guerra (1997:11), “todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento”.

Para as autoras, a violência doméstica é aquela praticada no lar, um dos tipos de violência familiar, que, por sua vez, abrangeria também a violência contra mulheres e idosos. Faleiros (1998), por outro lado, considera um equívoco definir violência doméstica pelo ‘locus’ onde acontece (a casa). Em realidade, ela seria resultado de relações de poder, de ‘podres poderes’.

Segundo Rifiotis (1995), a violência pode ser “familiar” não apenas no caso da “violência doméstica” – na qual as relações de afetividade e mútuo conhecimento são explícitas – mas também ao envolver pertencentes a um mesmo grupo social, no interior de minorias sociais.

Percebe-se, portanto, que em termos conceituais há divergências e a violência doméstica e a familiar são consideradas como fenômenos distintos pelos diversos autores, embora muitas vezes os termos sejam utilizados como sinônimos na prática.

A política nacional brasileira que trata do assunto, ao se reportar ao grupo de crianças, adolescentes e jovens, estabelece o que chama de “classificação estratégica” ao distinguir três categorias: **violências domésticas**, que compreendem maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono; **violências extra-domiciliares**, que abrangem exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídio; e as **violências auto-infligidas**, onde a tentativa de suicídio é exemplo dramático (Brasil, 2001). Fica clara, portanto, a posição na qual é colocado oficialmente o abuso sexual no contexto das violências contra crianças e adolescentes. Aspectos específicos da conceituação deste tipo de abuso são apresentadas adiante.

Além do aspecto conceitual, para melhor compreender nosso objeto de estudo, cabe lembrar os modelos explicativos para a violência doméstica contra crianças e adolescentes. Identifica-se dois grupos de modelos: os unidimensionais e os multidimensionais. Os unidimensionais, atualmente já superados, tinham como pressupostos a causalidade linear entre características dos agressores ou das vítimas e a ocorrência do abuso.

Os modelos multidimensionais explicam o fenômeno como uma conjugação de diversos tipos de fatores: individuais, familiares, da comunidade, culturais. Sob essa perspectiva encontra-se o modelo ecológico proposto por James Garbarino, em 1977, e por Jay Belsky, em 1980 (Gelles, 1997).

Belsky trabalha com esse modelo e considera que, além de não haver uma única causa para os maus-tratos praticados contra crianças, não há também causas necessárias ou suficientes: há vários caminhos para a ocorrência deste evento. Os múltiplos fatores envolvidos estariam operando em múltiplos níveis de análise: no contexto do desenvolvimento psicológico dos pais e das crianças; no contexto imediato da interação entre eles; no contexto do suporte comunitário e social; no contexto sócio-cultural; e no contexto da evolução da visão sobre maus-tratos. A violência ocorreria quando agentes causadores de estresse superassem os suportes existentes, e os riscos fossem maiores que os fatores de proteção (Belsky, 1993). Embora o modelo ecológico tenha servido como perspectiva para examinar formas específicas de violência contra a criança (Belsky, por exemplo, ressalta estar aplicando-o especificamente para a questão da etiologia do abuso físico e da negligência), essa visão ampla sobre o problema tem sido útil para organizar o pensamento e a pesquisa a respeito de outras formas de violência familiar (Gelles, 1997).

David Finkelhor (apud Gelles, 1997) propôs, em 1984, um modelo específico para abuso sexual, que considera o agrupamento de todos os fatores relacionados a esse tipo de abuso em uma das quatro pré-condições que precisam ser alcançadas antes que ocorra o abuso sexual. São elas:

- 1^a – um agressor potencial precisa ter alguma motivação para abusar sexualmente de uma criança;
- 2^a – o agressor potencial tem que superar inibições internas que agem contra esta motivação;
- 3^a – o agressor potencial tem que superar impedimentos externos para cometer o abuso sexual;
- 4^a – o agressor potencial ou algum outro fator tem que reduzir ou superar uma possível resistência da criança ao abuso sexual.

Verificamos que, tal como no modelo ecológico, também aqui pressupõe-se uma interação de fatores para a ocorrência do abuso sexual. Compreender o fenômeno que estamos

estudando sob esse ponto de vista é crucial, uma vez que as tentativas de intervenção com as vítimas e suas famílias não devem deixar de considerar todos esses fatores atuando conjuntamente e influenciando no tratamento proposto.

Diante de um fenômeno que comporta tantas dimensões e sendo a violência um fato social, acreditamos que o referencial das ciências sociais seja adequado para abordá-lo, por estimular-nos a complexificar os processos a serem compreendidos.

Segundo Minayo (1992: 22), “o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação”. Algumas características foram consideradas por Demo (1985) como próprias de um objeto das ciências sociais:

- a) “é histórico, ou seja, ele está em transição; ele admite sempre aperfeiçoamentos e superações; os componentes conflituosos predominam, e através deles as realidades estão em contínua fermentação sendo, portanto, fásicas”;
- b) “tem consciência histórica, podendo influenciar de forma planejada na sua própria história”;
- c) “possui identidade com o sujeito da investigação (que conseqüentemente imprime sua visão na concepção do objeto): ao estudarmos fatos sociais, estamos estudando a nós mesmos em última instância”;
- d) “é mais qualitativo do que quantitativo, envolvendo aspectos que não permitem manipulação exata”;
- e) “é intrinsecamente ideológico”;
- f) “está imbricado com a prática”.

Estas nos parecem características do objeto desta pesquisa: trata-se da avaliação de uma prática de atendimento público ambulatorial, que tem como base um serviço com objetivos definidos, que sofre constantes transformações por fatores internos e externos a ele e que, ao ter como clientela vítimas de violência e suas famílias, coloca em evidência os sujeitos envolvidos (profissionais e familiares), os quais interferem intensamente no direcionamento da prática proposta.

A partir do exposto acima, nos parece adequada uma abordagem sob o olhar das ciências sociais, buscando transferir a ênfase das questões biológicas para as relações sociais envolvidas no processo do atendimento que está sendo avaliado.

Dentre os marcos referenciais das ciências sociais, optamos por abordar nosso objeto de estudo através da metodologia dialética. Ir para além de uma posição positivista, muito utilizada nos estudos da prática médica, é um desafio pessoal e uma necessidade para o que pretendemos estudar. De fato, Chizzotti (1998) considera inadequadas para as ciências sociais

as pesquisas de abordagem positivista, pois elas “privilegiam a busca da estabilidade constante dos fenômenos humanos, a estrutura fixa das relações e a ordem permanente dos vínculos sociais”. No campo das ciências sociais são mais adequadas as pesquisas que se empenham em “mostrar a complexidade e as contradições de fenômenos singulares, a imprevisibilidade e a originalidade criadora das relações interpessoais e sociais” (p. 78).

Segundo Minayo (1992), a lógica dialética é a que melhor responde às necessidades metodológicas da pesquisa social no campo da saúde. A vinculação da teoria à prática dá conta da realidade que apela de forma existencial e imediata neste campo. A dialética considera que o fenômeno social deva ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos, abarcando uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e o social e entre o pensamento e a base material (Minayo, 1994a).

Trazendo a discussão para o tema que está sendo estudado, Rifiotis (1995) considera importante, para que possamos construir uma imagem própria do campo da violência, identificarmos quais práticas e discursos estão sendo postos em jogo. Para isso, sugere que procuremos ver como as coisas acontecem concretamente, voltando-nos para os atos e as percepções dos sujeitos.

Essas visões vêm ao encontro da intenção de avaliar um serviço de saúde que, trabalhando com um tema de tamanha complexidade como a violência contra crianças e pioneiro em sua proposta de atuação, necessita conhecer-se melhor e legitimar suas ações. Desta forma, este estudo enfrenta o desafio da difícil articulação entre a pesquisa científica e a intervenção social e, como tal, se insere no bojo da pesquisa estratégica. Baseada nas teorias das ciências sociais, a pesquisa estratégica orienta-se para problemas que surgem na sociedade, busca lançar luzes sobre alguns aspectos da realidade e tem como finalidade a ação (Bulmer apud Minayo, 1992).

2 – O Abuso sexual

A investigação histórica do sexo na infância é considerada por DeMause (1982) das mais difíceis, posto que à reticência e à repressão que se observam nas fontes acrescenta-se a falta de acesso à maioria dos livros, manuscritos e objetos que constituem a base das investigações. No entanto, a partir das fontes às quais teve acesso, o autor considera que “há indícios suficientes de que os abusos sexuais cometidos contra as crianças eram mais freqüentes em outros tempos do que na atualidade...” (p. 77).

De fato, sabe-se que as práticas sexuais entre adultos e crianças datam da Antiguidade. Azevedo & Guerra (1988) mostram que tais práticas têm recebido diferentes posicionamentos da sociedade no decorrer do tempo, de acordo com a época e o local.

Na Idade Média não havia a consciência da particularidade infantil, da sua diferenciação do adulto, que surgiu na era Moderna. Especialmente nos séculos XVIII e XIX, torna-se central a preocupação com a sexualidade infantil e com a relação entre comportamento sexual, saúde e normalidade. O espaço privado estava sendo definido, uma nova relação com a criança se estabelecia, e apontava-se para o desenvolvimento do sentimento da infância (Ariès, 1981).

Donzelot (1986) menciona como floresceu uma vasta literatura sobre o tema da conservação das crianças, a partir de meados do século XVIII, levando à elaboração de diversas leis protetoras da infância na segunda metade do século XIX. A menção ao sexo em discursos a partir do século XVIII tomou como importante foco o sexo das crianças e dos adolescentes (Junqueira, 1998). Concomitantemente, foi erigida uma ciência sexual que definia a sexualidade como um campo passível de processos patológicos e que tratava, mesmo perversões menores, como alvo de condenações judiciais: o saber a respeito do sexo permitia disciplinar os corpos e a população (Foucault, 1979).

Assim, se em tempos remotos certas práticas sexuais não causavam maiores preocupações por parte da sociedade, o mesmo não ocorre nos dias de hoje. Se o fenômeno não era problematizado, ou o era sob outros ângulos, hoje em dia é considerado um ato de violência, já que a nossa cultura assim o decodifica. “O significado de um abuso sexual para uma criança e sua família, hoje, encontra-se permeado por um imaginário social e por leis jurídicas que condenam esta prática e se horrorizam com ela” (Junqueira, 1998: 82).

É importante lembrar, no entanto, que em muitas sociedades tradicionais ainda hoje as crianças praticam uma sexualidade completa (inclusive o coito), a partir de seis ou sete anos (Gabel, 1997).

O exposto acima permite-nos visualizar a dimensão das questões relacionadas às práticas sexuais que envolvem crianças. Trata-se de um problema que perpassa momentos históricos diversos e requer que se compreenda a construção histórica da infância, as mudanças ocorridas nas dinâmicas familiares no decorrer dos tempos, questões relacionadas à sexualidade na especificidade de diversas culturas, tabus, dentre outros fatores. É, portanto, impossível compreender o abuso sexual da criança de forma não histórica e através da busca de categorias universais.

Para Vigarello (1998), a história da violência sexual não pode ficar limitada à história da violência: “é um emaranhado complexo entre o corpo, o olhar, a moral, que essa história

vem lembrar. A vergonha, por exemplo, inevitavelmente sentida pela vítima, liga-se à intimidade imposta, à imagem que se oferece dela, à sua publicidade possível” (p.8).

Apesar de haver referência a contatos sexuais entre adultos e crianças através da história, apenas nas últimas duas décadas há uma atenção difundida e consistente a esse respeito. Este conhecimento, no entanto, ainda está em formação, e muito do que os profissionais acreditaram durante anos a respeito do abuso sexual tem se revelado posteriormente incorreto com experiências e pesquisas adicionais (Conte, 1993).

Vivencia-se na atualidade a passagem de um silêncio relativo para uma visibilidade ruidosa. Para Vigarello (1998), “as estatísticas e observações atuais sobre a violência sexual estimulam como nunca a pesquisa histórica: as queixas aumentaram de forma repentina em um passado recente, e o número de condenações, sobretudo por crimes contra crianças, cresceu seis vezes num período de dez anos” (p. 7). O autor refere-se à realidade da França. É, contudo, o que ocorre também em outros países, incluindo o Brasil.

Como veremos a seguir, são diversos os estudos sobre o tema. Entretanto, o desenvolvimento deste conhecimento tem sido muito difícil. Dentre as dificuldades, destacam-se os problemas metodológicos, que impedem a generalização dos estudos, e as definições utilizadas, que não são uniformes. Há, ainda, questões relacionadas especificamente às dificuldades em lidar com este tema, que influenciam diretamente os profissionais envolvidos nas pesquisas. A literatura internacional, embora vasta, está fortemente vinculada a aspectos específicos das realidades sociais de onde se originam.

Tendo em mente todas essas questões, descreveremos alguns aspectos do abuso sexual contra crianças e adolescentes que acreditamos serem importantes para uma melhor compreensão do problema.

2.1 – O conceito de abuso sexual

Nas últimas décadas, muitas publicações sobre violência contra a criança e o adolescente têm discutido os conceitos de abuso e suas diversas formas, e não há um consenso universal. Furniss (1993) chama atenção para a importância, em nível legal, de definições normativas que, implícita ou explicitamente, contextualizem o abuso sexual nos sistemas cultural, social e legal, relacionando-o a práticas aceitáveis ou inaceitáveis de educação da criança e à posição da criança nas diferentes sociedades.

As definições de abuso sexual de crianças tendem a focalizar dois aspectos: o dos adultos que usam sexualmente crianças (estudos sobre desordens mentais, por exemplo) ou a

descrição da natureza do uso sexual de crianças. Como nosso alvo de assistência é a criança, buscamos definições que abordassem o segundo aspecto.

A natureza do abuso tem sido descrita sob três dimensões, segundo Conte (1993): a *diferença de idade* (de 5 anos ou mais entre a criança e o agressor), o *comportamento sexual específico* (fotografia, exibicionismo, voyerismo, beijos, felação e penetração de vagina, ânus ou boca com órgãos sexuais ou objetos) e a *intenção sexual* (na qual a intenção do comportamento é a gratificação do adulto). Das três dimensões, a última é a que mais apresenta dificuldades em sua determinação.

Azevedo & Guerra (1989) sugerem considerarmos como abuso sexual “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa” (p. 42). Entendem que esta definição tem duas vantagens, pois abrange incesto e exploração sexual, além de incluir todo o espectro de atos sexuais, quais sejam: a) com contato físico, abrangendo desde coito até apenas carícias; b) sem contato físico, incluindo exibicionismo, *voyerismo* etc; c) com força física, incluindo agressões e até assassinatos; d) sem emprego da força física. Reconhecem, porém, suas limitações: não inclui abusos entre adolescentes e não se refere ao consentimento da criança à prática dos atos sexuais.

Para a ABRAPIA (1997), “abuso sexual é uma situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseada em uma relação de poder”.

O *National Center for Child Abuse and Neglect*, nos Estados Unidos, considera que abuso sexual consiste de “contatos ou interações entre uma criança ou adolescente e um adulto, quando a criança ou adolescente está sendo usada para estimulação sexual do perpetrador ou outra pessoa. O abuso pode ser cometido também por uma pessoa de menos de 18 anos quando esta pessoa for significativamente mais velha que a vítima ou quando o perpetrador está numa posição de poder ou controle sobre a vítima”. Esta definição enfatiza as questões do desenvolvimento e a coerção como elementos-chave do abuso sexual (Paradise, 1990). No entanto, não esclarece o que quer dizer com “significativamente mais velha”. Tal definição foi adotada pelo Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente e divulgada em documento onde esse conselho estabelece seu plano de atuação para o Brasil em relação à violência sexual contra crianças e adolescentes (CONANDA, 1996).

A Academia Americana de Pediatria considera que ocorre abuso sexual quando uma criança é envolvida em “atividades sexuais que não é capaz de compreender, para as quais não está preparada em termos de desenvolvimento e não pode dar consentimento, e/ou que

violam as leis ou tabus da sociedade” (AAP, 1999:186). No mesmo documento, a Academia cita os diversos tipos de atividades sexuais que podem ser incluídos sob a denominação de abuso sexual: “todas as formas de contato oral-genital, genital ou anal pela criança ou com a criança, ou abusos sem contato, tais como exibicionismo, *voyerismo*, ou a utilização da criança na produção de pornografia” (p. 186). Essa definição contextualiza o abuso sexual ao sugerir que se leve em consideração os tabus sociais.

Schechter & Roberge, em 1976, já incluíam em sua definição de exploração sexual das crianças as atividades “que violam os tabus sociais dos papéis familiares” (apud Furniss, 1993). No entanto, há pouca informação disponível sobre o espectro de comportamentos sexuais mais aceitáveis nas famílias ou como eles variam em cada cultura ou subgrupo (Conte, 1993). Conte destaca que “não há nenhuma cultura ocidental que considere contato sexual adulto-criança como um comportamento apropriado” (p. 60), apesar da grande variação de atitudes intra-familiares a respeito de nudez, privacidade, toques ou carícias entre seus membros.

Para Gelles (1997), é crucial a necessidade de sensibilidade para as diferenças culturais, apesar de ser importante a preocupação em definir-se uma categoria global sob a qual o abuso possa ser compreendido internacionalmente, conferindo força ao argumento de que uma prática, mesmo investida de significação social, pode ser abusiva. A infibulação (mutilação genital) de meninas é um bom exemplo deste caso.

A questão da diferença de idade entre o perpetrador e a vítima é abordada por Grunspun (1992), ao comentar um dos artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente. Ele afirma que, internacionalmente, considera-se que esta diferença deva ser acima de 4 anos. A Academia Americana de Pediatria (AAP, 1999) valoriza, tanto quanto a diferença de idade, o fato de haver assimetria entre os estágios de desenvolvimento do perpetrador e da vítima e o fato de haver comportamento de natureza coercitiva. Assim, se ficar caracterizada a ocorrência de coerção, mesmo com pequenas diferenças de idade, não se pode considerar que esteja havendo um “jogo sexual” entre as crianças ou os adolescentes envolvidos. Esta visão nos é bastante útil na prática, já que valoriza as circunstâncias em que ocorreram os fatos e não só os padrões estabelecidos por definições estáticas.

Finkelhor & Hotaling (apud Amazarray & Koller, 1998) valorizam, na caracterização do abuso sexual, os elementos de coerção, o tipo de comportamento envolvido e a diferença de idade, a qual discriminam de acordo com a idade da vítima: cinco anos ou mais, se esta tiver menos de 12 anos e 10 anos ou mais quando a vítima tiver entre 13 e 16 anos.

A recente Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências traz como conceito de abuso sexual o “ato ou jogo sexual que ocorre em relação

hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças” (Brasil, 2001: 51).

Como podemos verificar, apesar das pequenas variações entre as definições, elas não são excludentes; ao contrário, complementam-se. Assim, trabalharemos nesta pesquisa levando em consideração todas as nuances das definições acima. Parece-nos, pela vivência, que o mais importante é aplicar tais definições à prática nos momentos em que, diante de determinada situação clínica, precisamos estabelecer se trata-se ou não de um abuso sexual.

Alguns tipos de abuso sexual possuem terminologia própria e, por serem muito utilizados, merecem ser discriminados. É o caso do *estupro*, que do ponto de vista legal “é a situação em que ocorre penetração vaginal com uso de violência ou grave ameaça, sendo que, em crianças e adolescentes até 14 anos, a violência é presumida” (ABRAPIA, 1997: 10).

Um outro tipo de abuso sexual discriminado também no Código Penal é o *atentado violento ao pudor*, considerado como o ato de “constranger alguém a praticar atos libidinosos, sem penetração vaginal, utilizando violência ou grave ameaça, sendo que, em crianças de até 14 anos, a violência é presumida, como no estupro” (ABRAPIA, 1997: 11).

Em relação ao *incesto*, a questão da conceituação é mais complexa. Cohen (1993) sugere que, para compreender o que é incesto, é imprescindível compreender o que é família, “já que o incesto é literalmente um assunto de família” (p. 13). Este autor fornece diferentes definições para o termo, que variam de acordo com o ângulo sob o qual o incesto é enfocado: genético, mental, sexual, social, ético, legal ou outros. Comenta que, devido à complexidade do tema, nenhuma interpretação quanto à definição do que seja um comportamento incestuoso mostra-se totalmente satisfatória. Ressalta, porém, que todas têm em comum a repulsa ao ato incestuoso. Duas definições oriundas de entidades brasileiras que lidam com crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos mostram que, de fato, há certas nuances na compreensão do que seja incesto. Assim, para a ABRAPIA (1997: 11), “é qualquer relação de caráter sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente, entre um adolescente e uma criança, ou ainda entre adolescentes, quando existe um laço familiar, direto ou não, ou mesmo uma mera relação de responsabilidade”; para o Laboratório de Estudos da Criança (LACRI/USP), incesto “é toda atividade de caráter sexual, implicando uma criança de 0 a 18 anos e um adulto que tenha para com ela seja uma relação de consangüinidade, seja de afinidade ou de mera responsabilidade”, isto é, “relações incestuosas são relações praticadas entre pessoas que a lei e/ou os costumes proíbem de casar-se” (Azevedo & Guerra, 1997: 8).

Por fim, cabe mencionar a *exploração sexual* que, segundo o Guia do Sistema Nacional de Combate à Exploração Sexual Infanto-juvenil (ABRAPIA, s/ data), é a utilização

de crianças e adolescentes “com fins comerciais e de lucro, seja levando-os a manter relações sexuais com adultos ou adolescentes mais velhos, seja usando-os para a reprodução de materiais pornográficos (revistas, fotos, filmes, vídeos etc)”.

Resumidamente, verifica-se que estupro é um termo aplicado apenas a mulheres, já que presume penetração vaginal; o atentado violento ao pudor engloba todas as práticas diversas da penetração vaginal, podendo, portanto, ser aplicado também a vítimas do sexo masculino; o incesto tem a conotação dos atos praticados por membros do grupo familiar, sendo considerado como sinônimo de abuso sexual intrafamiliar (carregando em si as dificuldades de delimitar o que vem a ser “familiar”); e a exploração sexual envolve a questão comercial.

Diante da ampla gama de situações que envolvem crianças e adolescentes em práticas sexuais, é importante tentar distinguir atos abusivos de não-abusivos, a fim de evitar transtornos desnecessários para todos os envolvidos (vítimas, familiares, possíveis agressores e profissionais). Nesse sentido, Watson (apud Amazarray & Koller, 1998) propõe que se observem três fatores presentes nos atos abusivos:

- um poder diferencial – uma das partes exerce controle sobre a outra e a relação não é mutuamente concebida e compreendida;
- um conhecimento diferencial – decorrente de diferenças de idade cronológica, de nível de desenvolvimento ou de inteligência entre agressor e vítima;
- uma gratificação diferencial – a intenção da relação é satisfazer ao agressor e qualquer prazer por parte da vítima é acidental e de interesse para o prazer de quem abusa.

Por tudo o que foi exposto acima, pode-se imaginar o nível de dificuldade encontrado pelos profissionais para caracterizar um caso de abuso sexual. É necessário ir muito além dos conceitos, buscando uma análise de situação individual e contextualizada.

2.2 – A frequência do abuso sexual

A verdadeira frequência do abuso sexual é difícil de ser determinada, uma vez que a maior parte dos casos não é notificada no momento da ocorrência. Apesar disso, estudos realizados em vários países sugerem que o abuso sexual é um problema internacional. Todas as pesquisas demonstram sua existência em níveis elevados o suficiente para ser detectado através de levantamentos com poucas centenas de adultos na população geral. As frequências são maiores do que as sugeridas pelo nível de casos notificados nesses países (Finkelhor, 1994).

A notificação dos casos é, muitas vezes, conflituosa para os profissionais de saúde. A Associação Médica Americana recomenda que os médicos chamem atenção dos pais para a obrigatoriedade da notificação e que se mantenham neutros em suas atitudes, não estabelecendo julgamentos sobre a situação apresentada (Berkowitz et al, 1994).

Vários fatores colaboram para os baixos índices de notificação em todo o mundo. Dentre eles, Santos (1992) aponta a falta de conscientização social, o desconhecimento das atitudes a serem tomadas diante dos casos, medo de revanchismo e temor de transtornos legais ou acusação de falsa denúncia. Acrescentamos ainda, no nosso meio, a precariedade de suportes sociais e a ineficácia dos existentes, que levam nossos profissionais de saúde à descrença com relação aos resultados de suas notificações.

De fato, profissionais entrevistados por Tilden et al (1994) alegaram, como principal razão para não notificar, o fato de que a notificação desencadeia uma série de ações que fogem ao seu controle e são muitas vezes contra terapêuticas. Os profissionais são colocados, então, diante de um dilema ético entre o dever de notificar e a baixa confiabilidade na habilidade do sistema em responder efetivamente à notificação. Os autores acreditam que essa pode ser a causa para o grande número de profissionais que não suspeitam de abuso, dado que a negação seria uma solução para esse dilema ético.

Segundo Sánchez (1997), os dados de incidência do abuso sexual são mais indicativos do funcionamento de profissionais e de serviços sociais de um país do que do número de casos reais que tenham ocorrido. Este autor considera que seja possível que os hospitais tendam a denunciar só os casos em que tenha ocorrido dano físico; os serviços sociais, unicamente quando participam de alguma ação expressamente motivada por essa causa, e a família, apenas quando o agressor é desconhecido, e assim por diante. Ou seja, há diversos “sistemas de ocultação” que começam pela própria vítima e se estendem por toda a rede social que deveria fazer o possível para conhecê-los e denunciá-los.

Outro aspecto a ser considerado é a dificuldade em constatar a veracidade das situações notificadas, já que muitas vezes tratam-se de suspeitas com pouca ou nenhuma fundamentação. A literatura revela que, nos EUA, as notificações procedentes de médicos e hospitais têm maior probabilidade de serem consideradas válidas do que as notificações vindas de outras fontes, independente da severidade clínica dos casos (Hampton & Newberger, 1985).

Segundo Swanston et al (1997), uma estimativa internacional de prevalência de abuso sexual envolvendo contato físico entre um agressor e uma criança com menos de 16 anos de idade é da ordem de 7% a 62% quando a vítima é do sexo feminino, e de 3% a 19% quando a

vítima é do sexo masculino, dependendo das definições de abuso sexual e da amostra utilizada.

Existem estudos de âmbito nacional, em diversos países, que através de amostras e métodos variados (entrevistas, telefone, questionários) nos permitem obter uma idéia da prevalência do abuso sexual (Sánchez, 1997): em média, 20% das mulheres (variando entre 6% e 62%) e 10% dos homens (variando entre 3% e 31%) revelam terem sido vítimas de abuso sexual na infância ou adolescência. Uma revisão de 24 estudos realizados em 20 países mostrou prevalência de vitimização sexual entre 7% e 36% das mulheres e 3% e 29% dos homens (Finkelhor, 1994).

Outro estudo (Ernst et al apud Flores, 1998) comparou pesquisas que estimavam ocorrência de abuso sexual na população e obteve os seguintes dados: entre aquelas que utilizavam critérios amplos da definição de abuso sexual (incluíram adolescentes como abusadores, assédios sem contato físico, observação de fotos e vídeos), as frequências variaram entre 16% e 51% (média de 20%), enquanto naquelas que optaram por critérios mais restritos (pelo menos três anos de diferença entre vítima e agressor, limites de idade abaixo de 18 anos para as vítimas ou uso de coerção física) a variação foi de 1% a 22% (média de 11%).

Tais estudos apresentam resultados que não podem ser comparáveis nem generalizáveis de uns países aos outros, porque, como já mencionamos anteriormente, as definições utilizadas são diferentes, os dados são obtidos e analisados de modo diverso e as amostras têm características diferentes. Apesar de tudo isso, sabemos que trata-se de um problema de grandes dimensões sociais (mesmo se considerarmos as menores cifras encontradas em todos os estudos).

Segundo Conte (1993), a magnitude do problema cria um certo senso de desacreditação, e a ampla variação dos dados tende a criar um senso de irritação nos responsáveis pela definição de políticas e nos profissionais que lidam com o problema, que podem, inclusive, achar que os mesmos estão sendo superestimados.

No Brasil, ainda não foram realizados estudos para estimar a prevalência e a incidência do abuso sexual no país como um todo. No entanto, na última década várias fontes revelam que o problema tem presença marcante na nossa sociedade, como pode-se verificar a seguir.

Três pesquisas estimaram a frequência de incestos na população do estado de São Paulo, chegando aos seguintes resultados: 0,05%, 4,56% e 21,55%. O mesmo ocorreu com três pesquisas sobre incesto realizadas na cidade de Porto Alegre (RS): as frequências foram de 1,9%, 3,7% e 12,6%. Tais resultados tão díspares não permitem, *a priori*, estimar a prevalência na população (Flores, 1998).

Estudo realizado em 1990 a partir de ocorrências de casos não-fatais registradas nas Delegacias de Polícia do município do Rio de Janeiro revelou que acidentes de trânsito (37%), agressões físicas (28%) e roubos/furtos (16%) são as principais violências cometidas contra crianças e adolescentes. Os abusos sexuais acometeram principalmente o sexo feminino e apareceram em 4% dos casos (Assis & Souza, 1995). Esta pesquisa revelou que 21,6 crianças ou adolescentes em cada cem mil habitantes da mesma idade foram abusados sexualmente e registraram queixa policial, em sua maioria meninas (89%), sendo que em 10% dos casos o agressor era também menor de 18 anos (Assis, 1995).

Um levantamento sobre violências registradas pela Secretaria de Estado de Polícia Civil do Rio de Janeiro aponta que, no ano de 1992, dos 2.577 eventos não-fatais envolvendo crianças e adolescentes entre 0 e 17 anos em todo o estado, as ocorrências mais frequentes foram as lesões corporais culposas (49,5%) e dolosas (34,8%). Os crimes sexuais alcançaram 11,2%, sendo que 6,2% corresponderam ao estupro, e 5% ao atentado violento ao pudor (CLAVES, 1993).

A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) atendeu, em 1996, a 303 denúncias de maus-tratos contra crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro. Do total, 32,8% corresponderam a abuso físico, 25,2% a negligência, 4,0% a abuso psicológico e 6,0% a abuso sexual. Foram notificados abusos múltiplos em 31% dos casos e “outros abusos” em 1,0% (Cunha, 1998).

Este mesmo serviço aponta, em seu relatório de atividades de 1998, que atendeu durante o ano a 1.489 denúncias, envolvendo 3.099 crianças e adolescentes, perfazendo um total de 4.987 maus-tratos. A frequência de cada tipo de violência doméstica identificada nas crianças e adolescentes foi a seguinte, considerando que muitas foram vítimas de mais de um tipo de abuso: 58,6% corresponderam a negligência, 48,1% a abuso físico, 44,6% a violência psicológica e 9,4% a abuso sexual (ABRAPIA, 1999).

O Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI) constatou, no ano de 1996, 126 casos de violência contra crianças e adolescentes em Campinas. Destes, 47,7% corresponderam a agressão física, 19,8% a abuso sexual, 19,8% a negligência/abandono e 12,7% a abuso psicológico (CRAMI, 1997).

Dados da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, referentes a 1.931 notificações recebidas entre julho de 1999 e outubro de 2001, mostraram a seguinte distribuição dos diversos abusos em menores de 18 anos (Jornal do Brasil, 2001): negligência, 54%, maus-tratos físicos, 40%, abuso psicológico, 30%, e abuso sexual, 20%. Percebe-se, através dos percentuais, que as vítimas apresentavam mais de um tipo de abuso.

Constata-se, pelo exposto acima, que o abuso sexual não predomina nas estatísticas de tipos de abuso dos mais diversos níveis de atenção às vítimas, sendo que nos serviços ligados à área da saúde os percentuais são mais elevados. Também em trabalhos realizados em outros países o abuso sexual não representa um percentual expressivo dentre os casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, ficando em torno de 9% (Zavaschi et al, 1991). Certamente, esses percentuais relativamente baixos decorrem dos diversos sistemas de ocultação envolvidos nesse tipo de abuso.

2.3 – Conseqüências do abuso sexual

As conseqüências do abuso sexual são, muitas vezes, manifestações clínicas da ocorrência de um abuso que a vítima não confiou antes a ninguém. Seu reconhecimento por parte dos profissionais pode ser, portanto, a primeira suspeita da vitimização.

Muitos trabalhos indicam que o abuso sexual de crianças está associado a conseqüências negativas de ordem social, emocional, comportamental e física, que podem ser imediatas ou tardias.

As alterações físicas não são vistas com freqüência nas crianças abusadas sexualmente, mas em certos casos, além de lesões decorrentes dos contatos sexuais, pode haver traumas por tentativas de estrangulamento e outros ferimentos em geral, quando há violência física associada. As doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez são também efeitos físicos encontrados entre as vítimas.

A ausência de achados físicos pode ser explicada por alguns fatores: muitas formas de abuso sexual não causam injúria física; o tecido mucoso é elástico e pode distender sem causar lesão, além de cicatrizar rapidamente; muitas vítimas de abuso sexual não procuram atendimento médico por semanas ou meses após o abuso, e lesões superficiais ou fissuras podem cicatrizar em 24h a 48h (Lahoti et al, 2001).

Os sintomas decorrentes do abuso sexual atingem todas as esferas de atividade. Segundo Rouyer (1997), eles são a concretização, em relação ao corpo e ao comportamento, do que a criança sofreu de fato e daquilo que fantasiou. As reações somáticas são, para a autora, o modo preferencial de reagir das crianças pequenas (encoprese, enurese, dores em geral, falta de ar, perturbações do sono, problemas de alimentação); entre 5 e 10 anos podem expressar-se por meio de desenhos estereotipados e precisos que demonstram conhecimentos sexuais inadequados para sua idade; na adolescência os abusos provocam, em geral, sintomas de início mais ativos e intensos, podendo gerar tentativas de suicídio, fugas, anorexia grave e dores abdominais agudas.

Outros autores (Kendall-Tackett et al apud Amazarray & Koller, 1998), após revisão sobre o tema, perceberam que os sintomas manifestados pelos pacientes, em consequência de abuso sexual, guardam alguma relação com a faixa etária. Segundo eles, os pré-escolares geralmente sofrem de ansiedade, pesadelos, transtornos de estresse pós-traumático e comportamento sexual inadequado. Os escolares manifestam medo, distúrbios neuróticos, agressão, pesadelos, dificuldades escolares, hiperatividade e comportamento regressivo. Na adolescência, é mais comum haver depressão, isolamento, comportamento suicida, auto-agressão, queixas somáticas, atos ilegais, fugas, abuso de substâncias e comportamento sexual inadequado. Alguns sintomas foram considerados comuns às três fases: pesadelos, depressão, retraimento, distúrbios neuróticos, agressão e comportamento regressivo.

Dentre as alterações emocionais e comportamentais, Conte (1993) exemplifica a ampla variedade que pode ocorrer, sem especificar a faixa etária: dificuldade de aprendizado, promiscuidade sexual, fugas de casa, queixas somáticas, mudanças súbitas de comportamento, crises histéricas, fobias, pesadelos, rituais compulsivos, comportamentos auto-destrutivos ou suicidas.

Ao estudarem as consequências do abuso sexual em relação ao sexo da vítima, Garnefski & Arends (1998) verificaram que tanto meninos quanto meninas abusados sexualmente têm significativamente mais problemas emocionais (isolamento, ansiedade, baixa auto-estima, depressão), comportamentais (uso de álcool ou outras drogas, agressividade, prática de delitos, vadiagem) e idéias ou tentativas de suicídio do que seus pares não-abusados. No entanto, os meninos apresentavam significativamente mais consequências dos últimos dois tipos que as meninas.

Pesquisas americanas indicaram que as perturbações da sexualidade são os sintomas evocadores dos abusos sexuais (Rouyer, 1997). A criança pequena, na tentativa de elaborar o trauma que sofreu, muitas vezes passa de uma posição passiva para uma posição ativa, e sua excitação sexual manifesta-se por comportamentos de voyerismo e exibicionismo, bem como pela exploração ou agressão sexual em relação a outras crianças. Os desenhos e as brincadeiras com bonecas são formas mais elaboradas de exteriorizar o trauma. Adolescentes do sexo masculino que sofreram abusos sexuais na idade pré-púbere podem agredir sexualmente outras crianças; entre as adolescentes assiste-se, sobretudo, à repetição do abuso sofrido, provocada por comportamentos de sedução e incapacidade de evitar tais situações. Entre adolescentes pode ocorrer também ninfomania e prostituição, associadas a toxicomania e delinquência, como formas de desprezar os parceiros ou a si mesmos. Medo de tornar-se homossexual e frigidez são queixas também relatadas pela autora supracitada.

Quando uma criança tem oportunidade de revelar o que lhe aconteceu, recebendo crédito e ajuda, as manifestações mais notórias geralmente desaparecem; ela reencontra o interesse pelos outros e pela brincadeira, embora a angústia possa permanecer sob forma de diversas fobias (Rouyer, 1997), que merecem atenção e tratamento. Cabe ressaltar, no entanto, que, embora seja fundamental para a solução dos problemas, o momento da revelação é particularmente cercado de graves descompensações, devido a todas as medidas instituídas e reações familiares que decorrem desse ato. É, assim, um momento no qual é fundamental o apoio de familiares e da equipe que presta atendimento ao caso.

Se o diagnóstico de abuso sexual não foi feito ou se as pessoas não acreditaram na criança, esta acaba por aprender a aceitar a situação e sobreviver a ela, sob risco de problemas graves de personalidade mais tarde. Essa situação foi descrita como “Síndrome de adaptação” por Summit (apud Thouvenin, 1997), ao investigar a alta frequência com que vítimas de abusos intrafamiliares retratam-se e retornam à situação anterior e ao silêncio. A retratação, para o autor, seria uma adaptação extrema à situação de incesto.

A “síndrome do estresse pós-traumático”, segundo Amazarray & Koller (1999), tem sido muito enfatizada por vários autores como uma conseqüência a curto prazo, muito comum, do abuso sexual. Trata-se de uma síndrome decorrente de experiências “incomuns”, de caráter “incontrolável e atemorizante”, que causam severo impacto no indivíduo e se manifestam de três formas: reexperimentação dos fenômenos (lembranças intrusas, sonhos traumáticos, comportamento de reconstituição, angústia nas lembranças traumáticas etc); evitação psicológica (fuga de sentimentos, pensamentos, locais e situações, interesse reduzido em atividades habituais, transtorno de memória, perda de habilidades já adquiridas etc); e estado de excitação aumentada (transtorno do sono, irritabilidade, raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância etc).

Conseqüências a longo prazo são relatadas por Zavaschi et al (1991) em revisão sobre o tema: prostituição, distúrbios psicológicos e psicossomáticos, frigidez, vaginismo, dispareunia, homossexualismo, promiscuidade, impotência, pedofilia e pederastia, dificuldades sexuais no casamento, abuso de drogas, delinqüência juvenil, baixa auto-estima, depressão, sintomas conversivos e dissociativos, auto-mutilação, múltiplas tentativas de suicídio.

O abuso sexual afeta também o comportamento social das vítimas. Dificuldade de confiar nas pessoas, retraimento, relacionamentos superficiais, comportamento pré-social (vítimas compartilham, ajudam e se associam menos que crianças não-abusadas) e risco de tornarem-se adultos abusadores foram observados por diversos autores (Amazarray & Koller, 1998).

Entre as falsas crenças a respeito do abuso sexual, Sánchez (1997) inclui a de que seus efeitos seriam sempre muito graves ou importantes. Acreditar nisto, muitas vezes, leva a alarme ou a reação inadequada diante de casos concretos, que como veremos adiante é prejudicial à criança.

Muitos investigadores têm se ocupado em identificar fatores responsáveis pela variação no efeito do abuso. Compreender tais fatores poderia ajudar a identificar vítimas com maior necessidade de tratamento. Nesse sentido, Berliner (apud Conte, 1993) sugere que a maior duração do abuso, o uso da força e uma estreita relação entre vítima e abusador estão associados com um impacto mais sério ou negativo. O suporte dos pais e a crença na criança parecem estar associados com efeitos menos negativos. Para o autor, a idade não mostrou associação consistente com a intensidade dos efeitos.

Outros fatores relatados por Rouyer (1997) seriam o contexto familiar, o impacto após a revelação (as reações do círculo de conhecidos, as decisões sociais, médicas e judiciais), a idade e maturidade fisiológica e psicológica da vítima (em relação ao incesto, por exemplo, quanto mais cedo tenha ocorrido, maior o risco de traumas irreversíveis, principalmente à identidade) e a possibilidade de poder falar de imediato sobre o abuso.

A mesma autora acredita ser difícil estabelecer diferença entre consequência de atos isolados e de relações crônicas, uma vez que certos atos únicos que permanecem velados, ressurgindo anos depois, são particularmente devastadores. Ressalta a importância de um ambiente suficientemente bom que permita à criança confiar num adulto, a despeito do que lhe tenha acontecido, a fim de que consiga revelar o abuso.

Compreender o conceito de resiliência pode nos ajudar a entender a ocorrência de consequências muito ruins, decorrentes de abusos “leves” e de graves situações de abuso que, aparentemente, afetam pouco a vida da criança.

A resiliência – entendida como a capacidade de enfrentamento e fortalecimento diante da adversidade – “pode ser considerada como uma combinação de fatores que ajuda os seres humanos a enfrentar e superar os problemas e adversidades da vida” (Morales & Rabinovich, 1996:11). Segundo as autoras, esses fatores seriam relacionados tanto a características próprias das crianças e adolescentes (idade, temperamento, ausência de deficiências orgânicas, auto-estima, empatia, inteligência, capacidade de resolver problemas, dentre outros), quanto a atributos do ambiente (família, escola e comunidade promovendo a resiliência). Na verdade, uma combinação de processos sociais e intrapsíquicos determinaria a resiliência, ou seja, o desenvolvimento normal sob condições difíceis.

Algumas questões interessantes foram revistas por Junqueira (2001), ao focar o conceito de resiliência especificamente em relação ao abuso sexual, e auxiliam na

compreensão do fenômeno. Os primeiros vínculos da criança seriam fundamentais para o desenvolvimento de um indivíduo resiliente; apesar disso, trata-se de algo dinâmico, que pode ser construído e/ou desenvolvido através de interações entre o indivíduo e seu meio ambiente, sendo dependente também do contexto sócio-cultural. Sendo assim, a resiliência pode estar presente ou ser desenvolvida antes, durante ou após uma agressão; pode possibilitar uma adaptação às adversidades ou a superação do trauma sofrido, o que não significa que a experiência negativa tenha sido “apagada”. A re-significação do trauma vivido pode ser feita em distintas fases da vida (infância, adolescência, vida adulta), desde que estabelecido um vínculo de confiança.

Pode-se concluir, a partir do exposto acima, que o acolhimento das vítimas e suas famílias pelas equipes de saúde, com o conseqüente desenvolvimento de uma relação de confiança, pode ser o primeiro passo para a superação das situações abusivas vivenciadas, seja qual for o tempo decorrido entre o abuso e a busca de assistência.

A revelação pela vítima, a “descoberta” do abuso por outra pessoa, ou a simples suspeita de abuso podem desencadear diversas idas a serviços especializados, realização de exames complementares, abertura de processo legal, medidas de proteção (afastamento do agressor ou da vítima, por exemplo), dentre outras situações que, de certa forma, transtornam a vida familiar. Furniss (1993) chama atenção para que se tente evitar este “dano secundário”, o qual ele acredita que ocorre em cinco níveis:

- estigmatização social: reações de vizinhos, amigos, colegas de escola; conseqüências da separação familiar, incluindo dificuldades materiais e sociais;
- traumatização secundária no processo interdisciplinar: conflitos entre sistema legal e as necessidades psicológicas e de proteção à criança;
- traumatização secundária no processo família-profissional: família e profissionais desejam intervenções diferentes (terapêutica X punitiva X protetora);
- traumatização secundária no processo familiar: falta de crença na criança, culpabilização da vítima, negação por parte do agressor;
- traumatização secundária no processo individual: indução de rejeição, punição ou novo abuso através do comportamento da própria vítima (sexualizado ou de vítima vulnerável e incapaz de proteger-se)

Este mesmo autor chama atenção para o fato de que o dano secundário pode ser infligido, muitas vezes, pela não intervenção multiprofissional (por negação do problema ou por acreditarem que podem resolver sozinhos a situação) ou por uma intervenção prematura e fora do contexto (intervenções não coordenadas, remoções de vítimas ou prisões de supostos agressores que em seguida são revertidas). Ambas as situações são de competência dos

profissionais responsáveis pelo atendimento à vítima e sua família e nos remetem à questão da necessidade de formação adequada para que a intervenção transcorra da melhor forma possível, sem revitimizar a criança.

2.4 – A abordagem dos casos de abuso sexual

A abordagem terapêutica do abuso sexual contra a criança, em suas várias formas, é principalmente baseado na tentativa de combinar cuidados e proteção para a vítima, com o tratamento para todo o grupo familiar no qual ocorreu o abuso.

Por ser bastante freqüente e culturalmente mais aceita, a violência física tem sido melhor estudada no nosso meio e enfrenta menos resistência na condução dos casos. Como profissionais que lidamos diretamente com o problema, percebemos que a abordagem do abuso sexual é de fato mais complexa. Apesar das dificuldades, o profissional de saúde tem uma grande oportunidade de identificação e de atuação nos casos, uma vez que está diante da criança/adolescente e sua família e, independentemente de denúncias, pode perceber alterações tanto físicas quanto comportamentais do paciente, bem como dinâmicas familiares sugestivas de abuso, o que o coloca diretamente diante de situações concretas.

Até a década de 70, pouca ênfase era dada na avaliação médica da criança abusada sexualmente. Na década seguinte, houve uma maior preocupação com o tema, recomendando-se educação específica não apenas para os médicos, mas para todos os profissionais de saúde (Heger, 1996), o que já refletia o reconhecimento da necessidade da **atenção multiprofissional**.

Segundo Furniss (1993), o apoio interdisciplinar no trabalho com o abuso sexual não é um “luxo”, “é uma exigência básica e deve ser parte integral da intervenção global, uma vez que a tarefa no abuso sexual da criança é maior do que a capacidade e responsabilidade que um único profissional ou agência pode abarcar” (p. 247). Para o autor, os profissionais que lidam com essa questão precisam de algum apoio relacionado a seis diferentes aspectos:

- diante da “síndrome de segredo” que envolve o abuso sexual, pode ser difícil para o profissional manter um claro senso de realidade (diante de uma suspeita, o que é de fato realidade externa e o que é fantasia?), sendo importante que outros profissionais auxiliem a clarear as idéias a respeito;
- o trabalho é emocionalmente extenuante, tornando-se necessário um lugar onde os profissionais possam lidar com os efeitos que esse tipo de trabalho produz neles próprios;

- tratando-se de um problema multidisciplinar e metassistêmico, é importante conversar com colegas de outras profissões e agências, para que ajudem a colocar as idéias e ações no contexto da intervenção global;
- o apoio interdisciplinar é importante para que os profissionais possam reavaliar seus próprios limites pessoais e profissionais, que não devem ser ultrapassados;
- as questões de gênero e o problema de manejar o comportamento sexualizado das crianças que sofreram abuso sexual requerem discussão, clarificação, apoio e consulta interdisciplinar;
- os problemas multidisciplinares de manejo e tratamento requerem apoio também multidisciplinar para esclarecer posições em relação a outros profissionais e em relação à família.

Devido à ampla gama de fatores envolvidos no abuso sexual, Heger (1996) propõe o trabalho da equipe multiprofissional com enfoque nos direitos da criança, na preservação da família e nos direitos dos pais em deter a guarda dos filhos. A autora enfatiza que esta equipe tem o potencial de preservar recursos sociais e legais, ao indicar para proteção e investigação apenas casos pertinentes. Especificamente em relação ao médico, Heger acredita que este profissional tem o papel fundamental de assegurar à vítima e seus familiares o bem-estar da criança, a cicatrização de possíveis lesões, o crescimento e desenvolvimento normal da criança, além de não responsabilizá-la pelo ocorrido. Além disso, o médico também deve contribuir para encorajar os pais a manterem a criança em tratamento.

Segundo Souza et al (2001), a produção científica internacional a respeito do abuso sexual preocupa-se em delimitar o âmbito de ação das profissões que lidam com as vítimas. Grande parte dela limita o papel do médico ao levantamento de evidências físicas do abuso, ao tratamento dos ferimentos e à notificação dos casos.

Furniss (1993) ressalta que frequentemente os psicólogos e psiquiatras infantis são envolvidos nos casos de abuso sexual por serem considerados competentes na comunicação com crianças, o que seria uma distorção de seu papel genuíno de avaliar o estado de saúde mental da criança e de realizar terapia. Comenta que realizar entrevistas de revelação e entrevistas legais tem pouco a ver com o tradicional trabalho desses profissionais e acredita que essa seja uma tarefa temporária, até que profissionais da lei sejam suficientemente treinados e competentes para apurar os fatos.

Reportando-se ao papel da enfermagem frente a vítimas de maus-tratos, Ayuga & López (1997) ressaltam que essa categoria profissional, geralmente, é a que está mais próxima da criança, com frequência é o primeiro profissional a vê-la juntamente com sua família, e proporciona o cuidado contínuo quando há necessidade de hospitalização. Em diversas

situações, é o único agente disponível para prestar o atendimento, ficando, portanto, com a responsabilidade de tomar decisões tal como a notificação. Apesar de estarem em posição privilegiada para a prevenção e detecção de situações de maus-tratos contra crianças, as autoras chamam atenção para a carência de protocolos e orientações para prevenção, detecção e atenção voltados para a equipe de enfermagem.

Na literatura brasileira, encontramos um “protocolo para detecção da vitimização da criança” voltado para a enfermagem, contendo orientações para entrevista, exame físico e conduta frente aos casos de maus-tratos em geral (Brêtas et al, 1994). Os autores ressaltam o papel da enfermagem na prevenção (através da assistência pré-natal, da puericultura, de encontros educativos com a comunidade, de visitas domiciliares e da formação de profissionais comprometidos com a temática), na identificação, no tratamento (ressaltando o atendimento das necessidades básicas do paciente e apoio emocional à vítima) e no encaminhamento para outros profissionais especializados. Chamam atenção para o dever da notificação previsto no ECA e para a importância da participação do enfermeiro em equipes multiprofissionais. Especificamente em relação ao abuso sexual, o protocolo orienta a respeito dos sinais e sintomas mais frequentes a serem avaliados.

O assistente social tem reconhecida importância na atuação frente aos maus-tratos contra crianças e adolescentes, sendo em nosso meio, muitas vezes, a categoria profissional responsável por lidar com os casos nas unidades de saúde. Com os psicólogos, compõe a equipe técnica dos Conselhos Tutelares que apóia os conselheiros, sendo também essas duas categorias muito atuantes nos órgãos judiciários e instituições que acolhem crianças e adolescentes.

Quintanilla & Olivera (1997) citam quatro grandes funções dos serviços sociais no âmbito dos maus-tratos:

- **Prevenção** em seus três níveis, sendo que para a prevenção terciária reconhecem a necessidade de assistentes sociais especializados, que pudessem trabalhar com grupos de auto-ajuda para pais agressores, grupos terapêuticos com crianças maltratadas, grupos de famílias acolhedoras etc.
- **Detecção precoce**, especialmente de aspectos sócio-familiares (destacando-se o nível de estresse da vida cotidiana) que possam estar influenciando o funcionamento do lar e as relações entre pais e filhos, desencadeando os maus-tratos.
- **Investigação** das circunstâncias pessoais, familiares e sociais em que se desenvolve a criança, buscando identificar especialmente situações de alto risco para maus-tratos. Os passos propostos pelas autoras seriam: planejamento da investigação; primeira entrevista (ressaltam que grande parte do trabalho posterior depende do desenvolvimento dessa etapa

e do vínculo estabelecido nesse momento); entrevistas subseqüentes (buscando avaliar aspectos demográficos da família, sua história, a ocupação de seus membros, renda, a família extensiva, condições de moradia e aspectos pessoais dos componentes da família e sua dinâmica relacional); visita domiciliar (sempre recomendada, para conhecer o contexto social no qual a família desenvolve-se e como atua em seu próprio meio); contatos com a escola, a fim de verificar o comportamento da criança no ambiente escolar, a percepção da escola em relação à família e o rendimento escolar; contatos com outros serviços que atuam junto à família, para conhecer diversos pontos de vista a respeito do problema; elaboração de possível diagnóstico e prognóstico a respeito da situação de maus-tratos; retorno à família sobre o resultado da investigação da maneira mais compreensível possível e na medida em que se considere que ela possa escutar; encaminhamento final do caso, que vai depender do resultado da investigação.

- **Intervenção** de quatro formas possíveis: tratamento (intervenção dos profissionais da instituição na questões familiares); manutenção (após um tratamento, por período breve, a fim de assegurar que se mantenham as melhoras alcançadas); seguimento direto (contatos diretos com objetivo de controlar a família, para que não se produzam situações de risco); seguimento indireto (controle da situação através de agentes externos – escola, comunidade etc. – para evitar que se produzam maus-tratos). Durante a intervenção, pode-se facilitar recursos materiais que ajudem a melhorar a situação, porém as autoras ressaltam que o mais importante é que esse trabalho permita que a família elabore seus problemas e contradições.

Percebe-se que muitas dessas tarefas descritas como sendo de responsabilidade de uma ou outra categoria profissional podem ser (e são na prática) desempenhadas pelas demais categorias, ao menos parcialmente. Porém, é importante que cada um saiba seus limites, até mesmo para preservar-se.

O Laboratório de Estudos da Criança, da USP, propõe alguns procedimentos para o atendimento inicial às vítimas de abuso sexual, com o intuito de compor um “Dossiê Diagnóstico Multiprofissional”: ficha de abertura e acompanhamento do caso; laudo social; laudo psicológico; laudo do Instituto Médico Legal; laudo médico-ginecológico; laudo psiquiátrico; boletim de ocorrência policial (os três últimos seriam opcionais), além de parecer-síntese redigido por profissional responsável pelo processo na instituição (Azevedo & Guerra, 1997).

Os Conselhos Tutelares e outros serviços especializados que prestam atendimento a vítimas (como SOS-Criança), de modo geral, trabalham no sentido de alcançar este

diagnóstico de situação da forma mais completa possível, ainda que para isso necessitem encaminhar as crianças para outros serviços.

Muitos estudos indicam passos a serem seguidos na investigação dos casos de abuso sexual enfocando condutas médicas, psicológicas, aspectos sociais e legais (Gauderer, 1992; Berkowitz, 1994; Botash, 1997). Recomenda-se, também, que os profissionais de saúde familiarizem-se com os recursos locais de que dispõem, para coletar as provas que possam ser úteis ao processo legal. Embora vários autores proponham que a vítima seja avaliada sob diversos pontos de vista, parece faltar integração entre essas visões, de modo a proporcionar uma visão holística da criança.

Nesse sentido, Faleiros (1998) critica as formas de abordagem para abuso sexual baseadas em paradigmas de isolamento de problemas e da patologização do indivíduo. Propõe a articulação dos profissionais em rede, construindo uma integração estratégica de atores na implementação dos direitos das crianças e adolescentes. Propõe, para isso, uma mudança na formação dos profissionais.

Com um enfoque ainda mais ampliado, Leal (1998) acredita que para viabilizar novas formas de intervenção no abuso sexual de crianças e adolescentes é necessário ampliar a visão que se tem a respeito deste fenômeno, a partir dos aspectos culturais e estruturais nele envolvidos. Só assim poderíamos sair de uma ação assistencialista, particularizada no indivíduo e, no máximo, na família, para uma atuação mais ampla. Isto nos parece um grande desafio a ser alcançado e reforça ser imprescindível a atuação multiprofissional e intersetorial, ainda pouco praticada no nosso meio.

Apesar da visão difundida sobre a importância de uma abordagem que dê conta dos diversos aspectos envolvidos no abuso sexual, Souza et al (2001) apontam para a carência de visão sistêmica deste tipo de atendimento em grande parte das publicações.

Devido às características do serviço que estamos avaliando, um levantamento com foco nas recomendações sobre atendimentos prestados em unidades de saúde pareceu-nos um adequado ponto de partida para a discussão deste trabalho.

Segundo Heger (1996), historicamente, a **avaliação da criança** vítima de abuso sexual tem se modificado. Passou-se da valorização da história que a criança contava, para a valorização dos achados físicos no diagnóstico, apesar do conhecimento precário da anatomia do pré-adolescente. No entanto, nos últimos dez anos foram muitos os conhecimentos adquiridos em relação ao abuso sexual e suas diversas formas, bem como a respeito da grande variabilidade anatômica da genitália de crianças, revelando-se a complexidade e, ao mesmo tempo, a ineficácia da abordagem baseada principalmente nos aspectos físicos. Sendo assim, atualmente a história contada pela criança voltou a ser valorizada e o sistema legal cada vez

mais tem compreendido a necessidade de acreditar e proteger crianças, mesmo sem evidências clínicas de abuso, pois sabe-se que a ausência desses achados não exclui o diagnóstico de abuso sexual e que sua presença pode representar variações da normalidade.

Berkowitz (1995) sugere que a avaliação da criança vítima de abuso sexual deve constar de histórico médico (a fim de criar vínculo com a criança e verificar condições clínicas que possam auxiliar no diagnóstico diferencial); exame físico completo, incluindo a região anogenital; histórico psicossocial (incluindo detalhes da situação do abuso); e avaliação laboratorial para investigação de doenças sexualmente transmissíveis.

A história clínica ganha importância por garantir a proteção da criança, na medida em que nem sempre se consegue obter um exame físico completo, os achados genitais podem ser de natureza não-específica ou estarem ausentes, e porque geralmente as situações não chegam até os tribunais e, quando chegam, reluta-se em levar a criança a depor diante do juiz. Em tais circunstâncias, a história clínica pode ser a mais importante peça de um processo na instância judiciária.

O exame físico é importante para que sejam realizadas, o mais rápido possível, intervenções médicas necessárias ao caso e para serem oferecidos os esclarecimentos aos responsáveis e às vítimas a respeito dos danos locais e do prognóstico. Exame geral e minucioso – tanto quanto permitam as condições do paciente –, não apenas dirigido às queixas, é indispensável para a identificação de provas de existência fugaz (sêmem e algumas lesões em mucosas) e na formulação de hipóteses ainda ocultas na anamnese.

A literatura médica sobre o assunto recomenda que algumas informações sejam coletadas e documentadas no decorrer da avaliação de maus-tratos contra a criança: obtenção da história através de um adulto e da criança; descrição do mecanismo da lesão física ou dos atos sexuais específicos; avaliação do desenvolvimento, crescimento e comportamento da criança; exame completo das áreas afetadas; exames laboratoriais pertinentes ao caso; e coleta de evidências (Bar-on & Zanga, 1996).

Alguns dados foram considerados, por especialistas, como essenciais na documentação de abuso sexual (Socular, 1996): quem mora e quem cuida da criança; relação do perpetrador com a vítima; como a criança se refere ao perpetrador; onde, quando e como aconteceu o abuso; se foi utilizada força física; se perpetrador e vítima estavam vestidos no momento do abuso; se algum tratamento já foi realizado; exame físico completo, com descrição do hímen, estágio de desenvolvimento sexual, posição e técnica de realização do exame físico, lesões penianas e escrotais, dilatação e lesões anais; e estado emocional da vítima. Zavaschi et al (1991) acrescentam ainda a duração do abuso, os hábitos de vida da criança (banho, privacidade na troca de roupas e na vida sexual dos adultos que com ela

convivem), uso abusivo de álcool e/ou drogas ilícitas na família, doença mental na família e modificações no comportamento da criança e da família.

Alguns trabalhos propõem séries de indícios clínicos e laboratoriais sugestivos de abuso sexual, que por serem mais úteis à discussão dos resultados dessa pesquisa não serão apresentados no momento.

A Academia Americana de Pediatria recomenda um protocolo para atendimento de adolescentes vítimas de abuso sexual em serviços de emergência, o qual foi adaptado para atendimento também da criança por Zavaschi et al (1991). Neste protocolo, além dos dados da história e do exame físico previamente especificados, há detalhamento também de exames complementares, além de tópico reservado para anotação do tratamento realizado, da notificação e de um possível “follow-up”.

O Ministério da Saúde de nosso país elaborou norma técnica para “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” (MS, 1999), na qual traça diretrizes para a organização da atenção às vítimas e ressalta que todas as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia devem estar capacitados para o atendimento, sem necessidade de criação de serviços específicos para esse fim. Recomenda que: o atendimento se dê em local reservado; idealmente seja prestado por equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais; os laboratórios estejam equipados para realização de exames sorológicos, bacterioscópicos e culturas; haja um sistema padronizado de registro de dados que servirá de base para elaboração de relatórios periódicos (o próprio Ministério da Saúde propõe um modelo de ficha de atendimento); e haja sensibilização sobre o tema para todos os funcionários da unidade hospitalar e treinamento diferenciado para as equipes diretamente envolvidas no atendimento. O documento traz ainda listagem de equipamentos e instrumental necessários ao atendimento e orientações para a assistência às mulheres, incluindo anticoncepção de emergência, profilaxia para DST e interrupção da gravidez. Tal norma técnica, no entanto, não inclui crianças.

Além da avaliação clínica da criança, deve-se **avaliar as condições da família** para proteger a vítima de novos abusos e identificar pessoas (familiares e/ou pessoas afins) com as quais se possa contar para essa tarefa e para dar continuidade ao tratamento. É importante identificar quais são as capacidades adaptativas da família a situações de estresse, visto que isto proporcionará uma idéia prognóstica de como ela irá lidar com o problema (Zavaschi et al, 1991).

As avaliações da criança, da família, da situação abusiva e do contexto em torno de toda a situação devem ser realizadas, independente da categoria profissional envolvida, com a

visão de que nessa etapa (avaliativa, investigativa) já se inicia a intervenção no caso. Souza et al (2001) ressaltam que a maioria das publicações sobre atendimento de vítimas de abuso sexual têm uma concepção da anamnese e do exame físico como se não fizessem parte do tratamento psíquico e social. No entanto, sabe-se que a postura do profissional diante do caso, as opiniões e orientações que transmite aos envolvidos no decorrer dessa etapa, o vínculo que estabelece com o paciente e a família são fatores determinantes das etapas posteriores.

Além da **intervenção** de caráter mais orgânico já apontada nos parágrafos anteriores (tratamento de lesões, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez através da administração de medicamentos, interrupção de gravidez), outros aspectos são fundamentais e de responsabilidade – direta ou indireta – dos serviços de saúde: tratamento das questões psicológicas, intervenção em problemas sociais (ainda que acionando outros serviços) e notificação dos casos.

Como vimos anteriormente, as conseqüências do abuso sexual nas esferas emocional e/ou comportamental são diversas, assumem graus de severidade diferenciados em cada caso e se alteram no decorrer do acompanhamento. Além disso, não podemos ignorar que muitas vezes os familiares apresentam reações desse tipo, até mais explícitas que a própria vítima. Sendo assim, após cuidadosa avaliação da situação emocional da criança e da família, cabe à equipe de saúde decidir se o **apoio psicológico** pode ser feito pelo profissional que está acompanhando o caso (médico, enfermeiro, assistente social) ou se há necessidade de indicar intervenção especializada por psicólogo ou por psiquiatra.

Furniss (1993) separa a intervenção na crise (feita por qualquer pessoa para quem a criança tenha revelado o abuso, mesmo fora do serviço de saúde), daquela constituída por terapia prolongada. Por ser geralmente feita por pessoas sem treinamento específico para a tarefa e ser emocionalmente exaustiva, a primeira deve ter tempo limitado. Essa etapa é importante no preparo para a intervenção terapêutica, na medida em que essa “pessoa de confiança” é quem fará o encaminhamento para a intervenção especializada.

A intervenção terapêutica deve ter um caráter de abordagem familiar (não necessariamente de terapia familiar), no sentido de ser orientado para a família, ainda que não envolva todos os seus membros. Os terapeutas devem levar em conta as diferentes necessidades de cada membro da família, nos diferentes estágios da terapia, a fim de optarem dentre as possíveis formas de terapia: sessões individuais, sessões em grupo e/ou trabalho com subgrupos familiares (Furniss, 1993).

Para esse autor, o envolvimento psiquiátrico genuíno tem indicações precisas: na avaliação de perturbação primária decorrente do abuso sexual ou de trauma secundário decorrente da intervenção, além dos propósitos forenses.

Apesar de seu trabalho não descrever uma experiência prática, Junqueira (1998) defende que se mude o enfoque do atendimento psicológico da vítima de abuso sexual. Segundo a autora, os atendimentos psicológicos costumam enfatizar os problemas sexuais decorrentes do abuso e a abordagem terapêutica prioriza um olhar sobre a questão sexual, tanto para a criança quanto para seus familiares. Ela propõe que a abordagem terapêutica da criança violentada sexualmente tenha como orientação básica a noção psicanalítica de desamparo, e não somente (mas inclusive) a de sexualidade. Ambos – desamparo e sexualidade – seriam os norteadores do atendimento psicológico às vítimas de abuso sexual. A questão sexual seria abordada, mas não priorizada, em detrimento dos sentimentos de insegurança e desamparo experimentados pela criança. Esta proposta decorre de que “a criança abusada sexualmente se percebe vítima de uma violência que a remete a um estado de desamparo, onde ela fica desprotegida e submetida ao outro”(p. 7).

Foi feita uma proposta de modelo multidimensional por Lindon & Nourse (1994), para abordagem de adolescentes vítimas de abuso sexual na área da psicologia, em grupo, por tempo determinado (16 sessões). Esse modelo inclui três modalidades de tratamento: o componente de desenvolvimento de habilidades, o componente psicoterapêutico e o componente educativo. Dentre as habilidades, foram enfocadas: controle da ansiedade através de relaxamento, treinamento de afirmação, alcance de objetivos, treinamento de habilidades sociais e resolução de problemas. O componente psicoterápico trabalhou o reconhecimento de sentimentos, o desenvolvimento do ego, a identificação com outros e o relacionamento com colegas. O componente educativo enfocou a informação sobre questões relacionadas à sexualidade e à auto-proteção. Os objetivos principais do grupo eram minimizar os efeitos de longa duração do abuso e prevenir futuros episódios de abuso sexual. As autoras obtiveram melhora em todas as áreas enfocadas, em todas as adolescentes.

Embora essa proposta tenha sido feita para atender casos específicos (adolescentes com abusos já revelados), permite pensar na aplicação em outros grupos. Num meio como o nosso, carente de profissionais da área de psicologia, um trabalho com essas características tem as vantagens de atender vários pacientes concomitantemente, ser de curta duração e demandar poucos profissionais.

As **intervenções sociais nos casos de abuso sexual** têm sido pouco abordadas pela literatura nacional e internacional (Souza et al, 2001). Neste tipo de abuso elas dizem respeito, principalmente, à proteção da criança.

Quando o abuso é extra-familiar, é mais fácil proteger a criança de futuros eventos, uma vez que a criança pode continuar no ambiente doméstico, o afastamento do agressor é

mais viável e não causa maiores problemas para a criança e a família. No entanto, quando o abuso é intra-familiar, a situação é bastante complexa.

Nesse segundo caso, Furniss (1993) defende o ponto de vista de que é o agressor quem deve se retirar de casa. Manter a criança em casa significa manter vínculos importantes dentro da família, na rede social e na escola, os quais ela perderia se fosse colocada em outro lugar. Seria uma forma, portanto, de evitar uma inadvertida traumatização secundária. No entanto, o autor reconhece que, em algumas circunstâncias, é melhor afastar as crianças de casa: quando a mãe não acredita na criança; quando os familiares responsabilizam a vítima pelas conseqüências da revelação e por um eventual rompimento familiar; quando há rejeição de ambos os pais e risco de subsequente negação secundária do abuso pela criança; e quando adolescentes não desejam voltar para casa após a revelação.

Os profissionais de saúde têm uma atuação limitada em relação à proteção da criança, uma vez que os serviços aos quais estão vinculados geralmente não estão preparados para o acolhimento de vítimas ou famílias e, legalmente, esses profissionais não podem afastar as crianças de seus lares. Em geral, contam com os próprios familiares para executar a tarefa de proteger, ficando apenas com a função de identificar elementos protetores na família, conscientizá-los sobre a importância da proteção e monitorar o caso oferecendo apoio ao responsável pelos cuidados da criança.

A hospitalização de vítimas de abuso sexual pode ser uma medida tomada por profissionais de saúde como forma de protegê-las até que outras instituições consigam aplicar medidas mais definitivas. Mesmo não sendo a solução ideal, a hospitalização pode permitir uma acolhida da criança, uma avaliação da situação do ponto de vista médico, psicológico e social e uma orientação progressiva para a solução desejável. Sendo poucas as indicações clínicas de hospitalização decorrentes do abuso sexual, em geral, trata-se de “internação social”, o que acarreta problemas num contexto em que há falta de leitos hospitalares, como ocorre no nosso país.

Ainda na esfera social, a equipe de saúde pode desempenhar papel importante nas seguintes questões: identificar e tentar minimizar situações de estresse familiar que possam dificultar o tratamento do abuso sexual, providenciando recursos para comparecer às consultas, fornecendo comprovantes de comparecimento para fins de justificar ausências no emprego, ajudando a família a encontrar a melhor forma de conduzir-se em seu meio social etc; estabelecer contatos com outras instituições que lidem com a criança, para orientá-las no manejo de situações que podem decorrer do abuso, em especial os professores; e proceder à notificação ao Conselho Tutelar.

A **notificação** de casos suspeitos ou confirmados é obrigatória para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (artigos 13 e 245). É parte importante da intervenção, uma vez que possibilita estabelecer parceria com o Conselho Tutelar em relação às medidas a serem tomadas no caso, além de influir na dinâmica do acompanhamento das famílias e na própria situação abusiva, contribuindo para fazer cessar ou diminuir a situação de abuso pela possibilidade de desencadear ações legais (Ferreira et al, 1999).

A equipe de saúde deve encarar a notificação como uma medida de proteção à criança, para que possa passar essa idéia aos familiares e obter seu apoio nas medidas que porventura venham a ser tomadas em decorrência da notificação. Na experiência de Gonçalves e Ferreira (2002), a decisão de notificar se relaciona mais com o desencadeamento de um processo de assistência e auxílio do que punitivo.

Além da influência direta da notificação sobre os casos, a criação de um sistema de notificação para os maus-tratos, nos moldes que está sendo proposto pelo Ministério da Saúde, possibilitará a visibilidade epidemiológica e social do problema, permitindo o planejamento de ações e estimulando a formação de uma rede de proteção que, de forma indireta, beneficiará também a condução dos casos pelos profissionais.

Como referimos anteriormente, a notificação pelo setor saúde é carregada de problemas, mas esforços vêm sendo feitos no sentido de tentar minimizá-los, destacando-se a inclusão dos maus-tratos como evento de notificação compulsória em âmbito nacional e a elaboração de materiais específicos para orientação dos profissionais de saúde (SBP, 2000; MS, 2002).

2.5 – Dificuldades para lidar com o abuso sexual

Na “escala de inadmissibilidade” da nossa sociedade, Lefèvre (1992) comenta que “violiar o corpo de uma criança é menos inadmissível do que violiar sua sexualidade, até porque a maioria dos brasileiros acredita firmemente que a sexualidade da criança extravasa o plano do material, localizando-se na esfera do sagrado (as crianças são anjos e anjos não têm sexo) ou do intocável” (p. 39).

De fato, como também aponta Furniss (1993), nenhum pai é levado aos tribunais e nem a criança recebe tratamento pelo fato do pai haver dado uma palmada nas nádegas do filho. No entanto, um pai pode ser preso por ter manipulado levemente os genitais da criança. Ou seja, “um pouquinho de violência é aceitável, um pouquinho de sexo não é” (p. 13).

Flores (1998) adverte que o abuso sexual contra crianças produz sentimentos de raiva e desprezo, fazendo com que abusadores sexuais sejam agredidos, linchados, induzidos a suicídio quando descobertos, ou mesmo violentados sexualmente quando presos.

Lidar com a sexualidade da criança e com práticas sexuais representa, portanto, vencer tabus. Mas acreditamos que este seja apenas um dos aspectos envolvidos na dificuldade que profissionais, parentes e vítimas de abuso sexual têm em lidar com este evento.

O reconhecimento do abuso sexual e do que ele realmente significa requer que nos confrontemos, como pessoas, com aspectos difíceis da vida. Conte (1993) identifica alguns desses aspectos: sexo, poder, coerção, dor física e emocional, além do envolvimento de pessoas mais velhas que têm posição de responsabilidade em nossas famílias e em outras instituições sociais. O autor acredita que o melhor exemplo de que o nosso conhecimento está mais baseado na negação ou minimização do abuso sexual é o incesto. Segundo ele, muitos profissionais acreditam que o incesto é uma categoria diferente dos demais tipos de abuso sexual pelo fato de ser emocionalmente muito difícil ver o *pai* como um *agressor sexual*, devido à imagem que um pai carrega na nossa sociedade. Assim, agressores incestuosos seriam considerados diferentes de pedófilos ou outros agressores sexuais. No entanto, estudos revelam que esses pais, muitas vezes, abusam concomitantemente de outras crianças e até de adultos, o que reforça o caráter de agressores.

Uma série de dificuldades surgem até mesmo para que se suspeite de abuso sexual. Como o tema gera conflitos internos na criança, na família e nos profissionais de saúde, o reconhecimento do problema torna-se mais difícil. Por envolver medo e vergonha, a informação da vitimização sexual é, muitas vezes, negada pela própria vítima, que teme as repercussões familiares, profissionais e sociais que o fato possa desencadear (Vitiello, 1989).

Usualmente, os profissionais de saúde e a família também negam o problema. Segundo Zavaschi (1991), “este mecanismo de negação deriva da tentativa de se manter reprimidas fantasias sádicas infantis que existem em todas as pessoas. No contato com crianças submetidas a abuso, essas fantasias infantis ficam mais próximas de se tornarem conscientes, ocorrendo, então, sentimentos de forte angústia nos profissionais e familiares envolvidos, que tendem a negar o problema visando à diminuição de sua própria ansiedade” (p. 132).

Um outro aspecto é que alguns sintomas que aparecem na criança submetida a abuso sexual poderiam ter sido induzidos por qualquer outro agente causador de estresse, sendo portanto importante sempre investigar outros fatores. Se por um lado o diagnóstico precoce tem enorme importância e conseqüências significativas, por outro, um diagnóstico incorreto pode conduzir à separação familiar e à culpabilização penal de um inocente. Sendo assim,

todo cuidado é necessário para o diagnóstico, o que gera ainda mais ansiedade na equipe que atua no caso.

Segundo Heger (1996), os sistemas médico, social e legal ficaram perplexos, no início da década de 70, diante do desafio de fazer a sociedade entender que havia indivíduos que eram sexualmente atraídos por crianças e outros que procurariam gratificação sexual com crianças quando em situações de estresse ou perda de poder. Parece-nos que este desafio já foi superado: o abuso sexual de crianças e adolescentes é uma realidade que não pode mais ser negada. No entanto, ainda são muitas as dificuldades de compreensão e de enfrentamento do problema.

Um outro desafio apontado pela autora, no entanto, parece ainda estar sendo enfrentado nos dias de hoje, pelo menos em nosso país: os profissionais de saúde precisam aprender a interagir com o sistema legal e vice-versa. As potenciais implicações sociais e legais que muitas vezes ofuscam os aspectos clínicos são uma realidade no abuso sexual. Provavelmente a ampla dimensão de aspectos envolvidos no atendimento a casos de abuso sexual pode ser uma das causas de resistência dos profissionais de saúde a se envolverem com a prática deste tema.

Furniss (1993) faz um apanhado geral sobre todos os aspectos abordados acima ao afirmar que trabalhar com crianças vítimas de abuso sexual e suas famílias é complicado devido a quatro fatores:

1. por tratar-se de um problema interdisciplinar, requer estreita cooperação de uma ampla gama de diferentes profissionais com diferentes tarefas;
2. como um problema legal e terapêutico, requer o conhecimento dos aspectos psicológicos, criminais e de proteção da criança por parte de todos os profissionais envolvidos;
3. envolve crianças que, apesar de terem seus próprios direitos, não podem exercê-los por elas mesmas, precisando de proteção e cuidado dos pais;
4. a natureza específica do abuso sexual, que envolve a síndrome do segredo para a criança, a família e o agressor, dentre outras questões, complica a intervenção legal, a intervenção protetora da criança e a terapia.

Além das dificuldades relacionadas especificamente ao abuso sexual, há ainda aquelas que são comuns a todos os tipos de violência, e que obviamente também estão presentes nos casos específicos. Sentimentos intensos são mobilizados naqueles que trabalham com pessoas vitimizadas, podendo haver, além da negação, também raiva, desconforto, projeção ou ansiedade extrema (Meneghel, 1995). Além disso, a sensação de impotência e imobilismo pode ser freqüente nos profissionais que atuam na ponta da rede (Minayo, 1990), contribuindo ainda mais com as dificuldades já existentes.

Killén (1996) acredita que pouca atenção tem sido dispensada aos efeitos que uma carga emocional tão pesada pode trazer à rotina de trabalho dos profissionais. A autora cita vários tipos de sentimento ou pontos de conflito que parecem interferir consistentemente com o desempenho efetivo do cuidado às vítimas de maus-tratos: ansiedade devido à possibilidade de agressão por parte dos pais ou devido a alguma decisão tomada no caso; negação ou inibição da raiva; falta de suporte profissional; sentimento de incompetência; sentimento de total responsabilidade pelas famílias assistidas; dificuldade em separar questões profissionais das pessoais; sentimentos ambivalentes em relação aos clientes e ao seu papel profissional; necessidade de se manter sob controle etc.

Killén também descreve mecanismos utilizados pelos profissionais e pesquisadores da área para não enxergar certos problemas, como uma estratégia de sobrevivência: super-identificação com a família; evitação emocional ou mesmo geográfica da criança ou da família; simplificação do problema que se apresenta; deslocamento do problema principal para outras questões; e a falta de uma referência teórica ampla que permita nortear toda a observação, análise e intervenção no caso.

Apesar das dificuldades de ordem geral e específica, casos de abuso sexual têm sido identificados nas diversas instituições que lidam com crianças e adolescentes, sejam elas da área da saúde ou não, e não há como evitá-los. É, portanto, um desafio para toda a sociedade superar essas dificuldades para poder, efetivamente, ajudar as vítimas e prevenir os casos potenciais.

2.6 – Prevenção do abuso sexual

A prevenção da violência, à semelhança de outros agravos, pode ser trabalhada em três clássicos níveis (Cabanillas & González, 1997): primário – tem como alvo a população em geral, objetiva reduzir a incidência da violência e atua através de intervenções que educam, promovem a competência social, incentivam mudanças e ampliam as redes sociais; secundário – dirigido a grupos que se considera serem de alto risco, objetiva reduzir a duração e a gravidade dos eventos através de detecção e tratamento precoces; e terciário – tem como alvo as vítimas, objetiva reduzir seqüelas e evitar reincidências e atua através do tratamento das vítimas e seus familiares.

Bouvier (apud Junqueira, 2001) aborda os três níveis de prevenção do abuso sexual sob o enfoque do conceito de resiliência. Nesse sentido, a prevenção primária aumentaria a resistência das crianças através de um reforço dos conhecimentos acerca da problemática e da competência para enfrentarem uma situação de risco; a secundária estaria voltada a limitar a

gravidade dos abusos e de suas conseqüências, colocando fim a uma série de abusos que costumam ocorrer nesses casos e oferecendo à vítima uma ajuda precoce; a terciária ajudaria a vítima após cessar o abuso, através de psicoterapia, ajudando a família e a criança a dar sentido e elaborar o evento. A autora ressalta que as prevenções secundária e terciária baseiam-se na escuta da criança, sendo fundamental no nível secundário não apenas ouvir, mas também acreditar na criança, para que o processo de superação do trauma transcorra de forma satisfatória.

Enfocaremos a seguir alguns aspectos da prevenção primária, uma vez que as prevenções secundária e terciária estão, de certa forma, contempladas em outras partes deste trabalho.

O desenvolvimento de programas de prevenção primária para abuso sexual reflete a preocupação crescente com este problema. Tais programas podem ter como alvo crianças, adultos (pais, professores, pessoas que lidam com crianças em geral) ou ambos.

Em geral, esses programas se dirigem principalmente às crianças e incluem temas tais como a identificação de situações potencialmente abusivas, as reações adequadas diante de uma tentativa de abuso sexual e a revelação a um adulto confiável se o abuso já ocorreu (Taal & Edelaar, 1997).

A maior parte do material que trata da prevenção primária do abuso sexual se baseia em alguns conceitos-chave (Conte, 1993):

- a) as crianças são donas de seus corpos, e portanto podem controlar o acesso a eles;
- b) há diferentes tipos de toques (seguros e inseguros);
- c) segredos a respeito de contatos físicos podem e devem ser contados;
- d) a criança tem uma gama de indivíduos em seus sistemas de suporte para quem pode contar seus problemas;
- e) as crianças devem ser encorajadas a acreditar em seus sentimentos de modo que, quando uma situação lhes parecer desconfortável ou estranha, devem contar para alguém;
- f) as crianças devem aprender a dizer “não”.

Podemos notar, a partir destes conceitos, a dificuldade de viabilizar a prevenção deste tipo de abuso, uma vez que é necessário que a criança possua certos conhecimentos, tenha certo grau de discernimento e de decisão, tenha rede de suporte emocional mínima e coragem para enfrentar a situação.

Na opinião de Conte (1993), os programas e materiais que exemplificam e ensaiam habilidades para evitar ou escapar de abusos sexuais são os de maior valor, dentre as inúmeras propostas existentes.

Nos EUA, cerca de 85% das escolas de ensino fundamental oferecem programas cujos objetivos são ajudar as crianças a evitar e revelar o abuso sexual. Em 64% delas, tais instruções são obrigatórias (Finkelhor et al, 1995). Tais programas variam amplamente em seus conteúdos, porém contêm alguns pontos nucleares: alertar crianças sobre a frequência e a natureza do problema, ensiná-las algumas habilidades para evitar encontros perigosos, encorajá-las a contar para um adulto sobre tais episódios e assegurá-las de que estes incidentes não ocorrem por sua culpa.

Na experiência de Taal & Edelaar (1997), os programas de prevenção podem ter efeitos colaterais positivos e negativos. Dentre os últimos, estariam as reações negativas a qualquer contato físico, se a criança for incapaz de distinguir entre contatos seguros e não-seguros. Dentre os positivos, registram-se a melhoria das relações dos alunos, entre si e com os professores, como consequência da metodologia utilizada nos programas desenvolvidos nas escolas; além disso, há melhoria das habilidades para lidar com situações de conflito em geral, pelo fato das crianças generalizarem o que foi aprendido sobre abuso sexual.

Um questionamento que se coloca em termos de prevenção do abuso sexual é que as crianças não deveriam ser responsáveis pela sua própria proteção – esta seria responsabilidade dos pais, uma vez que as crianças pouco podem fazer para evitar um adulto sexualmente interessado nelas. Conte (1993) reforça que, apesar dessa idéia ser compartilhada por todos que lidam com prevenção de abuso sexual, este abuso ocorre há gerações dentro das casas e com as crianças estando sob a “supervisão” dos pais. Sendo assim, considera que não se pode desmerecer as iniciativas voltadas para as crianças.

Para Bouvier (apud Junqueira, 2001), a eficácia de tais programas deveria se basear no respeito à autonomia e aos direitos da criança. Nesse contexto, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências não apenas reconhece a prioridade da prevenção primária (por diminuir o custo de atendimento às vítimas, ter maior impacto e maior abrangência na proteção à população), como também inclui crianças e adolescentes nos grupos prioritários para atenção, ressaltando que será garantido “o cumprimento dos dispositivos legais concernentes aos direitos desses grupos...” (Brasil, 2001: p. 28). As prevenções de nível secundário e terciário também estão contempladas nesse documento, que elabora propostas desde o atendimento pré-hospitalar até a reabilitação, englobando a capacitação de recursos humanos e pesquisas na área.

Foram sugeridos alguns indicadores por um grupo de trabalho que estudou o assunto, visando os três níveis de prevenção do abuso sexual (Leal & César, 1998: 124):

- indicadores para a prevenção primária: “existência de agressão física entre os pais, presença de alcoolismo e/ou drogadição; deficiência na família; história de agressão

sexual na família; doença mental; mudança constante de residência; filhos indesejados; gravidez precoce/indesejada; baixa auto-estima da mãe e do pai; isolamento da família”;

- indicadores para a prevenção secundária: “fuga de casa; sinais físicos de agressão e lesões; mudança repentina de comportamento da criança; baixa auto-estima da criança”;
- indicadores para a prevenção terciária (atendimento às vítimas): “presença de sinais e sintomas de agressões sexuais e marcas físicas: lacerações, sangramentos, dores, edemas, baixo controle de esfíncteres; sinais psicológicos como isolamento, regressão, depressão, fobias, tentativa de suicídio, hipersexualidade ou inibição sexual; gravidez precoce”.

Considerando o abuso sexual como um fenômeno multifatorial, parece óbvio que as medidas preventivas, em todos os níveis, deveriam contemplar a ampla gama de fatores envolvidos para que fossem realmente eficazes. Para isso, a atuação conjunta intersetorial é o caminho que tem sido apontado pelos que atuam nessa área, embora ainda não seja uma prática difundida.

É necessário ainda, como defende Mercy (1999), que se mude o foco da prevenção do abuso sexual, passando do nível individual e familiar para o nível comunitário e social, compreendendo as normas e valores que sustentam este tipo de abuso, para atuar na base do problema. Para isso, acredita ser necessário responder a difíceis perguntas para que se complemente e reforce, com a prevenção primária, os esforços de identificar e tratar vítimas: que normas e valores sociais dão suporte ou encorajam o abuso sexual de crianças? Como eles são expressos e reforçados? Que instituições (família, mídia, igreja, escola) são mais influentes no estabelecimento e reforço dessas normas e desses valores e, conseqüentemente, podem ser mais influentes para mudá-los?

3 – Avaliação de programas e serviços de saúde

3.1 – Dimensões da avaliação

Considerada hoje uma área de conhecimento em grande expansão, a avaliação de serviços é essencial tanto para quem é responsável pela assistência quanto para usuários e financiadores. Segundo Wyszewianski (1988), o conhecimento e a compreensão da qualidade da atenção médica têm se movido em surtos, e não em progressão gradual e homogênea. Na década de 50, sedimentaram-se os fundamentos de praticamente todas as principais abordagens da avaliação de qualidade: surgiu, nos Estados Unidos, a sistematização do credenciamento dos hospitais, e iniciaram-se as auditorias médicas. No final da década de 60, Donabedian estabeleceu conceitos e vocabulário básicos amplamente utilizados quando se

fala em avaliação da atenção médica. A partir da década de 80, o litígio relacionado à negligência e à má prática médica passou, também, a contribuir para a aceleração das pesquisas e trabalhos relacionados à garantia da qualidade da atenção à saúde.

De acordo com Contandriopoulos et al (1997), embora as definições de avaliação sejam numerosas, há um amplo consenso em considerar que avaliar consiste “fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (p. 31).

Bowling (1997) enfatiza que a avaliação requer o uso de método científico e de coleta de dados sistemática e rigorosa, sendo considerada atividade central para a pesquisa sobre serviços de saúde. Nesse mesmo sentido e aplicando os conceitos para serviços e programas sociais, Aguilar & Ander-Egg (1994) consideram que “a avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, realizaram-se ou realizar-se-ão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão de fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados” (pp. 31-32).

Para Contandriopoulos et al (1997), o julgamento de valor realizado na avaliação pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Esses autores definem uma pesquisa avaliativa como aquela na qual analisam-se “a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (p. 37). Podemos considerar nosso trabalho, portanto, dentro desse campo de pesquisa.

Os objetivos da pesquisa avaliativa são (Aguilar & Ander-Egg, 1994): estabelecer o grau de pertinência, adequação, eficácia e eficiência de um programa ou serviço; determinar as razões dos êxitos e fracassos, considerando não apenas o serviço em si, mas a situação contextual que pode favorecer ou dificultar o desenvolvimento das ações (dispositivos legais, vontade política, disponibilidade financeira, condições sociais e valores culturais ou religiosos); facilitar o processo de tomada de decisões para melhorar e/ou modificar o programa; verificar a ocorrência de conseqüências ou efeitos imprevistos; e outros objetivos

mais gerais, tais como revisar criticamente os pressupostos teóricos que sustentam o programa, aumentar o conhecimento sobre o problema que deu origem ao programa e dar subsídios para a implementação de projetos semelhantes em realidades semelhantes.

Existem diferentes critérios para classificar as avaliações, sendo quatro deles os de maior interesse prático, segundo Aguilar & Ander-Egg (1994):

- segundo o **momento** em que se realiza a avaliação: antes da implementação do serviço ou programa; durante sua execução; ou após o programa alcançar seu pleno desenvolvimento;
- segundo as **funções** que a avaliação deve cumprir: avaliação somativa, que envolve a coleta de dados sobre um programa ativo ou terminado, com o objetivo de decidir se deve continuar ou repetir; ou avaliação formativa, que envolve a coleta de dados enquanto o programa está ativo, com o objetivo de desenvolvê-lo ou melhorá-lo (Bowling, 1997);
- segundo a **procedência dos avaliadores**: avaliação externa (recorre-se a avaliadores que não pertencem nem são vinculados à instituição executora do programa); avaliação interna (utiliza avaliadores pertencentes à instituição promotora ou gestora do programa, mas que não são diretamente responsáveis por sua execução); avaliação mista (combinação das anteriores); e auto-avaliação (as atividades avaliativas são executadas pelas próprias pessoas implicadas na execução do programa);
- segundo os aspectos do programa que são **objeto da avaliação**: avaliação do plano e conceitualização do programa; avaliação da instrumentação e do seguimento do programa (avaliação do processo); e avaliação da eficácia e eficiência do programa (avaliação de resultados). Embora os autores utilizem essa classificação, ressaltam que no campo da saúde a proposta mais aceita é a de Donabedian.

De fato, o marco conceitual mais utilizado para classificar as diversas metodologias de avaliação de serviços de saúde comporta as três etapas propostas por Donabedian (1984): estrutura, processo e resultado.

Por *estrutura* entende-se “as características relativamente estáveis dos provedores da atenção médica, dos instrumentos e recursos que têm ao seu alcance, e das estruturas físicas e organizacionais onde trabalham. O conceito de estrutura inclui os recursos humanos, físicos e financeiros que são necessários à atenção médica” (p. 98). Esse conceito pode ser operacionalizado em relação à distribuição dos profissionais e à sua variedade em termos de nível de treinamento, qualidade e habilidades; disponibilidade, localização e tipos de serviços disponíveis; instalações e equipamentos; disposição geográfica dos hospitais e outras instalações; insumos (ex: medicamentos); e outros tipos de recursos materiais e financeiros (Donabedian, 1984; Bowling, 1997). Donabedian valoriza menos a estrutura do que o

processo e o resultado, alegando que sua estabilidade relativa a torna inadequada para monitorização contínua e que pouco se sabe sobre as relações entre ela e a atuação profissional ou os resultados alcançados. No entanto, na realidade brasileira, convive-se com três situações que nos fazem valorizar o estudo de estrutura: a heterogeneidade das condições estruturais básicas existentes nos diversos serviços da rede de saúde, o mau uso da estrutura disponível e a instabilidade dos recursos destinados à manutenção dessa estrutura.

Por *processo* compreende-se “uma série de atividades que são realizadas por e entre profissionais e pacientes” (Donabedian, 1984: 96). Refere-se à organização, distribuição e utilização do serviço; à dinâmica dos eventos e das interações. Os tipos de dados a serem coletados incluem produtividade (operacionalizada através de taxa de altas, número de medicamentos fornecidos, tipos e números de contatos entre pacientes e profissionais, visitas domiciliares, tempo de internação etc); acessibilidade; dados sobre as relações profissional-paciente e profissional-profissional; seguimento de planos e procedimentos; e documentação. (Bowling, 1997).

Por avaliação de *resultados* Donabedian (1984) entende “a alteração do estado de saúde do paciente – atual e futura – que pode ser atribuída à atenção médica antecedente” (p. 100). Além dos aspectos físicos e fisiológicos, o autor inclui também a melhoria das funções social e psicológica, seguindo o conceito amplo de saúde. Estendendo ainda mais a definição de resultados a serem alcançados, Donabedian acrescenta as atitudes do paciente (incluindo sua satisfação), o conhecimento que tenha adquirido sobre saúde e alterações no seu comportamento relacionado à saúde.

Bowling (1997) considera a definição de Donabedian muito estreita, na medida em que só considera como resultado uma “alteração” no estado de saúde, excluindo assim a possibilidade da manutenção do paciente numa condição estável, o que pode também ser um objetivo válido do tratamento. Tal concepção excluiria também muitas atividades de promoção e prevenção em saúde. Assim, a autora considera que resultado refere-se à “efetividade das atividades em relação ao alcance das metas desejadas” (p. 12). Ressalta também que a complexidade dos resultados é maior no contexto do cuidado social, bem como no caso de cuidados de saúde prolongados, do que em intervenções e tratamentos específicos e limitados. Nos primeiros, o objetivo seria mensurar a diferença que o cuidado despendido gerou na vida de quem o recebeu, considerando portanto um contexto mais abrangente.

Tradicionalmente, a verificação dos resultados baseia-se em sobrevida, toxicidade, recidivas, vários indicadores de morbidade física e psicológica e variáveis sociais facilmente mensuráveis (ex: dias de falta ao trabalho ou à escola). É também comum que o foco maior esteja em aspectos negativos dos resultados, tais como morte, adoecimento, seqüelas, etc. No

entanto, a tendência atual é a incorporação de indicadores positivos, como graus de bem-estar, conforto e satisfação (Bowling, 1997). Aguilar & Ander-Egg (1994) acham importante que na avaliação dos resultados sejam considerados também os efeitos indiretos e os não esperados.

Esses três enfoques principais para a avaliação de serviços de saúde relacionam-se funcionalmente. A estrutura influencia o processo na medida em que aumenta ou diminui a sua qualidade. Por sua vez, o efeito da atenção no estado de saúde sofre influências da qualidade do processo do cuidado prestado. Na prática, muitas vezes torna-se difícil separar os indicadores de estrutura, processo e resultado de forma bem definida.

Diante do exposto acima, verifica-se que a avaliação de um serviço comporta diversos tipos e níveis de análise, que podem ser utilizados de forma isolada ou concomitante, cabendo ao pesquisador optar por aqueles que sejam mais adequados aos seus objetivos e viáveis em termos de execução. No nosso caso, utilizaremos a avaliação dos três pilares clássicos propostos por Donabedian (estrutura, processo e resultados), associando a eles as percepções dos atores envolvidos no atendimento prestado pelo Ambulatório da Família.

3.2 – Estratégias de avaliação

Tradicionalmente, distinguem-se dois tipos de metodologia de avaliação que pretendem, cada qual à sua maneira, avaliar os aspectos anteriormente citados: a quantitativa e a qualitativa. Ambas têm trazido, isoladamente, importantes contribuições para a área da saúde. Elas permitem redirecionar as práticas, visando melhorar a qualidade dos serviços.

Enquanto a pesquisa quantitativa utiliza métodos emprestados das ciências físicas, da epidemiologia e da estatística, a qualitativa utiliza métodos comuns às ciências sociais; enquanto na pesquisa quantitativa os métodos são geralmente utilizados de forma dedutiva (testam-se hipóteses e interpreta-se resultados à luz de teorias pré-estabelecidas), na qualitativa são aplicados de forma indutiva (da observação para a teoria); enquanto os dados quantitativos são caracterizados como objetivos, válidos e confiáveis, os qualitativos geralmente são caracterizados como robustos, detalhados, aprofundados, descritivos e orientados para o processo (Santos, 1999). Cada uma dessas abordagens apresenta vantagens e desvantagens e cabe ao investigador optar pela que melhor atende aos objetivos de sua pesquisa.

Mais recentemente, surgiram iniciativas de integrar as abordagens quantitativas e as qualitativas, visto que uma pode compensar as limitações da outra, permitindo maior aproximação da realidade observada.

Minayo & Cruz Neto (1999), dentre outros autores, ressaltam que os estudos quantitativos e os qualitativos não se opõem nem se contradizem, apenas se complementam; consideram que dados quantitativos e qualitativos são inseparáveis e interdependentes. Gomes (1994) ressalta que a opção pela pesquisa qualitativa não significa excluir as abordagens quantitativas relacionadas à temática em questão, no sentido de melhor aprofundar a análise. Recomenda que as abordagens sejam articuladas, de forma que não se acentuem as dicotomias entre os pólos qualitativo e quantitativo

Enquanto a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 1994a: 21), a quantitativa permite-nos uma outra dimensão, que Demo (1991) chama de “qualidade formal”. Esta última, segundo este autor, refere-se a instrumentos e a quantidades que podem ser testadas, verificadas, experimentadas, mensuradas, resistindo à incursão ideológica.

De acordo com a abordagem dialética, a quantidade é pensada como uma das qualidades dos fatos e fenômenos (Minayo, 1994a). Chizzotti (1998) considera que os dados quantitativos são importantes nas pesquisas qualitativas, principalmente na etapa exploratória de campo ou nas etapas em que esses dados podem mostrar uma relação mais extensa entre fenômenos particulares. Santos (1999) apresenta uma visão ainda mais ampla da utilização conjunta das duas abordagens, mostrando as várias possibilidades de integrá-las e as situações em que uma ou outra podem ser utilizadas para desenvolver uma pesquisa, validar ou interpretar resultados, quer partindo-se de uma delas e complementando com a outra, quer utilizando-as de forma simultânea.

Segundo Silva et al (1996), no Brasil a avaliação da qualidade dos serviços de saúde praticada pelas instituições tem se restringido, geralmente, ao exame parcial da estrutura física, aos aspectos quantitativos de produção dos serviços e à avaliação de morbimortalidade, utilizando-se freqüentemente de parâmetros, indicadores e padrões inadequados ou obsoletos.

Minayo et al (1997) também discutem a insuficiência das avaliações que têm sido feitas, mostrando a necessidade de incorporação e integração de outros aspectos qualitativos aos tradicionalmente avaliados. Sendo assim, parece que um método não restrito a uma única fonte de dados seja o mais adequado, permitindo ampliar as tentativas de abordagem.

Com este objetivo, alguns estudos têm utilizado a triangulação, que segundo Minayo (1992) “é um termo usado nas abordagens qualitativas para indicar o uso concomitante de várias técnicas de abordagem e de várias modalidades de análise, de vários informantes e pontos de vista de observação, visando a verificação e a validação da pesquisa” (p. 102). A

triangulação aborda o objeto investigado sob, pelo menos, três ângulos distintos que interagem a partir: a) da cooperação de distintos campos científicos que se articulam entre si e com a realidade; b) da integração de distintos métodos, sem que cada um perca sua especificidade (dialética entre integração e distinção); c) da integração de distintas técnicas para a construção dos dados, tanto no âmbito quantitativo quanto no qualitativo (Minayo et al, 1999).

Com a triangulação, os diferentes métodos e técnicas não perdem sua especificidade, mas contribuem para a construção de um novo objeto, de um objeto mais integrado, mais complexo. Minayo & Cruz Neto (1999) consideram que a triangulação não exige grande criatividade teórica, uma vez que tenta integrar as vantagens de métodos já tradicionalmente utilizados. Advertem, no entanto, que esta união de elementos filosóficos distintos pode gerar reações, e que é necessária uma superação dialética para vencer as barreiras entre as diversas abordagens.

Ao tentar superar dicotomias como quantitativo e qualitativo, enfoque disciplinar e interdisciplinar, dentre outras, a triangulação metodológica torna-se um instrumento de iluminação da realidade sob vários ângulos, propiciando sua maior visibilidade. É, assim, compatível com a complexidade dos fenômenos sociais.

A avaliação por triangulação de métodos propõe-se a integrar “à análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações de todos os atores envolvidos na implementação das ações e a visão que esse conjunto de atores constrói sobre todo o projeto” (Shutz apud Minayo et al, 1997: 3). Nesta proposta, os atores são, além de alvo analítico, sujeitos de auto-avaliação, tomando ciência dos dados para realizar as mudanças necessárias e o aprimoramento de suas ações.

Sendo assim, uma condição imprescindível para aplicar a triangulação é que a equipe de profissionais deseje trabalhar cooperativamente: essa equipe deve participar em todas as fases da investigação, desde a concepção até a apresentação dos resultados. Esta condição foi conseguida no caso do serviço avaliado nesta pesquisa.

Ao lançarmos mão de dimensões e estratégias variadas para a avaliação de um serviço de saúde, acreditamos poder conhecer melhor a multiplicidade de fatores envolvidos na assistência prestada à clientela, bem como suas complexas interações. Compartilhamos com a idéia de Hartz (1997) de que, ao optar-se por pesquisas que utilizam a “cultura da complexidade”, ultrapassa-se os “limites ‘confortáveis’ da precisão cartesiana para ‘arriscar’ compreender os fenômenos em sua complexidade” (p. 26), o que para a autora é uma via indispensável nos processos de avaliação na área da saúde.

3.3 – Avaliação de serviços que atendem vítimas de abuso sexual

Dentre os desafios lançados ao setor saúde para o enfrentamento da violência estão a necessidade de reorganização de serviços para atender a novas necessidades e uma melhor definição das ações em relação à demanda (Minayo,1994). Entende-se que boa parte dos requisitos necessários a esta tarefa podem ser satisfeitos a partir da avaliação dos serviços de saúde.

Existem na literatura específica trabalhos que, sob diferentes aspectos, avaliam questões ligadas ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. A partir de pesquisa bibliográfica, identificamos avaliações dirigidas a três diferentes níveis de atendimento a vítimas de abuso sexual:

- aquelas que se preocupam em verificar a atuação de profissionais ou equipes não especializados no atendimento a estas vítimas;
- aquelas que estudam o desempenho de serviços especializados neste tipo de atendimento;
- aquelas que enfocam as propostas de prevenção.

3.3.1 – Avaliação de serviços não especializados

Esses trabalhos foram realizados em serviços de atendimento geral pediátrico, e portanto abarcam mais especialmente o reconhecimento de casos de abuso sexual e as abordagens diagnósticas iniciais.

Bar-on & Zanga (1996) compararam a coleta e a documentação de informações essenciais à avaliação de crianças vítimas de maus-tratos físicos e sexuais em um serviço de Emergência nos EUA (Virgínia), antes e depois da implantação de um impresso estruturado especificamente para estes casos. O impresso continha uma parte comum aos dois tipos de abuso e partes específicas para cada um deles. Verificaram a superioridade da forma estruturada tanto em relação à quantidade quanto à qualidade dos dados coletados. O processo de avaliação foi útil também como uma ferramenta de ensino: cada avaliação foi revista e comentada com o médico residente que havia preenchido a ficha estruturada de atendimento.

Pelo fato de familiares, policiais e serviços de proteção à criança trazerem vítimas de abuso sexual aos serviços de emergência de hospitais, esta costuma ser uma importante porta de entrada de muitas vítimas para os processos médico-legais. Preocupados com a qualidade dos dados coletados neste setor, que geralmente não possui equipe multidisciplinar necessária ao bom atendimento a este tipo de problema, Gordon & Jaudes (1996) avaliaram a

confiabilidade das entrevistas de *screening* conduzidas por médicos num serviço de emergência em Chicago (EUA). Tais entrevistas não seguiam nenhum protocolo estruturado. Como as crianças posteriormente eram encaminhadas para serviço especializado, onde passavam por avaliações de equipe multidisciplinar através de protocolos bem estabelecidos, foi feita comparação entre esses dois momentos, em relação à identificação do perpetrador. Concluíram que, quando a própria criança revela quem foi o agressor, os dados são semelhantes nos dois serviços. No entanto, a entrevista investigativa foi mais importante na identificação do agressor quando a criança não foi a fonte de informação no serviço de emergência. Os autores reconhecem as limitações próprias de um serviço de emergência no atendimento a essas vítimas: o local não é apropriado para entrevistas de revelação e dificilmente pode-se garantir um atendimento tranquilo ou ininterrupto para vítimas sem lesões agudas. Recomendam que só sejam encaminhados para esses serviços os casos que necessitam de medidas médicas ou forenses agudas.

Se por um lado o setor de Emergência não é o ideal, por outro lado pode ser uma oportunidade única de contato da vítima com um serviço de saúde, conforme aponta Deslandes (1999). Com base em observações realizadas em dois hospitais públicos do município do Rio de Janeiro, a autora reconhece a importância desse nível de atenção não apenas para prover cuidados médicos, mas também para dar início à prevenção. A partir de seu estudo, sugere que é necessário investir em alguns aspectos para que se consolide o atendimento de emergência às vítimas de violência: sensibilização/capacitação dos profissionais do setor para a importância do reconhecimento e da atuação diante das situações; criação de rotinas institucionais para o atendimento, atribuindo responsabilidades às diversas categorias profissionais envolvidas; elaboração de “listas de referência” de outros serviços que possam receber os pacientes atendidos na Emergência; e melhoria do registro hospitalar dos casos de violência, a fim de subsidiar o planejamento de ações futuras. Apesar da referida pesquisa não ter focado especificamente o abuso sexual, sabe-se que essas observações podem ser estendidas para o atendimento desses casos.

Também preocupados com o atendimento inicial às vítimas, Ashworth et al (1995) avaliaram o impacto que a informação obtida na anamnese poderia causar na interpretação de achados do exame físico realizados por médicos residentes, num hospital pediátrico do Alabama (EUA). Segundo os autores, a literatura revela que o impacto de uma história clínica pode causar vieses na interpretação de exames físicos ou laboratoriais, como já demonstrado em eletrocardiogramas e radiografias. Uma vez que a revelação de abuso sexual frequentemente causa impacto emocional nos profissionais, tais emoções poderiam afetar, inadvertidamente, seus achados clínicos. Assim, variações anatômicas normais poderiam ser

interpretadas como indicativas de abuso sexual, na tentativa de ajudar na proteção da criança perante a justiça. Nesse estudo, os residentes foram expostos a 15 slides de genitálias e ânus de pré-escolares, metade inequivocamente normais e metade com alterações típicas de abuso sexual. Cada slide foi acompanhado, em momentos diferentes (intervalo de 3 semanas), de uma história explícita de abuso sexual e uma história não específica que não sugeria abuso. Os médicos deveriam responder com “sim” ou “não” à pergunta: “Estes achados físicos são específicos de abuso sexual?”. Os autores concluíram que as informações da história clínica tiveram um impacto diferencial na habilidade de classificar corretamente os achados físicos nas crianças potencialmente abusadas, e que nessa amostra a interpretação do exame físico de crianças potencialmente abusadas não foi influenciada por vieses de expectativas. Recomendam mais estudos sobre o tema, já que slides não substituem casos reais e os dados não podem ser generalizáveis devido às peculiaridades do programa de residência médica utilizado. Preocupa também o fato de que uma situação que freqüentemente se apresenta é aquela na qual, sem haver história clínica, acha-se alterações no exame físico. Justamente nesta situação houve baixo percentual de interpretação correta do exame físico pelos residentes.

A maioria (2/3) dos 179 profissionais de saúde mental (enfermeiros, psicólogos e psiquiatras) de um hospital universitário em Londres relataram, em pesquisa realizada por Lab et al (2000), que nunca haviam tido treinamento para investigar ou tratar abuso sexual. A mesma proporção não se sentia suficientemente preparada para questionar seus clientes do sexo masculino sobre experiências de abuso sexual na infância. A pesquisa apontou para a necessidade de treinamentos que incluíssem três pontos específicos: a) taxas de prevalência de abuso sexual, especificamente entre homens, uma vez que muitos profissionais mostraram desconhecer a dimensão do problema; b) técnicas para questionar sobre abuso sexual, uma vez que a maior parte dos entrevistados utilizava formas não sistemáticas de abordagem, comprovadamente ineficazes para facilitar a revelação, segundo os autores: ou aguardavam que o paciente trouxesse à tona o problema ou só questionavam quando se lembravam; c) sobre as conseqüências potenciais possíveis do abuso sexual para as vítimas, que poderiam alertar para o problema.

A constatação do despreparo de profissionais da área de saúde mental para lidar com uma questão que geralmente implica em ações específicas dessa área, num hospital de ensino de um país desenvolvido, no qual a questão do abuso sexual está em discussão há muito mais tempo que no Brasil, mostra mais uma face da complexa questão que é o enfrentamento do abuso sexual.

3.3.2 – Avaliação de serviços especializados

Esses trabalhos foram realizados em serviços que se especializaram no atendimento a vítimas de violência em geral e/ou de abuso sexual, alguns dos quais também se propõem a acompanhar as vítimas.

Socular (1996) avaliou o conhecimento a respeito do abuso sexual numa amostra de médicos que participavam de um programa estadual sobre avaliação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes na Carolina do Norte (EUA), analisando também os fatores que afetam este conhecimento. A avaliação foi feita a partir de questionários que abrangeram três áreas diferentes: avaliação clínica, documentação de itens essenciais e interpretação da suspeita. As respostas foram comparadas com as de cinco *experts* no assunto. A autora concluiu que o conhecimento sobre o assunto mostrou algumas deficiências específicas (em relação a doenças sexualmente transmissíveis e na documentação de achados físicos e de anamnese), e que é geralmente melhor entre pediatras e pode ser melhorado por educação continuada.

Horowitz et al (1997) analisaram os fatores que afetam a utilização de serviços de tratamento por meninas abusadas sexualmente, referidas por serviços de proteção da área metropolitana de Washington (EUA). Nesse trabalho, os autores analisam apenas os fatores de adesão ao tratamento psicoterápico. Concluem que o abuso iniciado em idade precoce e a presença de psicopatologia nestas pacientes (depressão e comportamento agressivo ou delinqüente) foram os fatores preditivos para o comparecimento a um maior número de sessões de terapia.

Uma avaliação realizada no SOS-Criança do CRAMI-Campinas em 1992 nos traz alguns dados importantes, embora não seja um estudo voltado apenas para o atendimento às vítimas de abuso sexual (Deslandes, 1993). O tipo de abuso (físico, sexual, psicológico ou negligência), por exemplo, não influenciou no tempo de acompanhamento dos casos. Este tempo variava mais em função da receptividade das famílias às ações do CRAMI e do acolhimento das orientações, além das limitações dos recursos do serviço. Outro dado que chama atenção é o pouco tempo para atividades teóricas devido à sobrecarga de trabalho. No caso do CRAMI, o fato de trabalharem com estagiários com grande rotatividade e pouca experiência no tema torna este aspecto ainda mais preocupante. Por último, chama atenção a dificuldade de integração com outros serviços, revelada na avaliação, percebendo-se como a área mais crítica a da saúde mental.

Através de avaliação qualitativa e quantitativa, Cunha (1998) estudou o SOS-Criança da ABRAPIA. Assim como no CRAMI, a deficiência material e de recursos humanos

interferiu no desempenho institucional. A equipe priorizava casos mais graves para serem atendidos mais rapidamente, e dentre estes estavam os casos de abuso sexual. Os índices de comprovação das denúncias foi de apenas 5,6% para o abuso sexual, em contraste com os 58% encontrados para negligência e abuso psicológico e 46,5% para abuso físico. O trabalho mostrou a dificuldade de acompanhar as famílias, não apenas pela resistência como também devido a questões materiais que dificultavam o comparecimento à instituição. A falta de rede de serviços no município do Rio de Janeiro também foi levantada. A autora referiu ainda que, apesar do ECA estabelecer a obrigatoriedade da notificação ao Conselho Tutelar, tal orientação “não vem sendo regularmente respeitada, não só por esta como por outras instituições de atendimento”, concluindo que “o ECA ainda está longe de sair do plano da legislação para o plano da prática” (p.100).

Outros aspectos foram apontados por Gonçalves et al (1999) ao avaliarem a dinâmica de atendimento prestado pelo programa SOS-Criança da ABRAPIA durante o ano de 1993. Esse estudo mostrou índice de confirmação bem abaixo do encontrado por Cunha dentre os atendimentos de 1996, e os autores acreditam que após aquele período tanto a população quanto os técnicos possam ter passado a compreender melhor a dinâmica do fenômeno da violência, encaminhando suspeitas mais fundamentadas. Os casos cujas denúncias foram confirmadas tiveram tempo de acompanhamento maior e demandaram mais ações por parte da equipe em relação aos casos não confirmados. Os autores concluem pela necessidade de capacitação permanente de pessoal e de integração do programa estudado à rede de serviços sociais e de saúde.

Em trabalho recente desenvolvido nos EUA, Socolar et al (2001) avaliaram cinco programas estaduais de diagnóstico médico de maus-tratos. Os autores ressaltam os melhores resultados alcançados em regiões ou estados onde existem programas especialmente voltados para esse fim. Verificaram que o conteúdo dos programas em cada estado varia consideravelmente, mas identificaram questões comuns a todos eles: o financiamento para a manutenção das ações, quer através do estado, quer a partir de parcerias; um treinamento relacionado aos objetivos fundamentais do programa; e a organização dos serviços com nível padrão, planejados de acordo com as necessidades locais. Os autores enfatizam que a existência de registros médicos padronizados e de critérios uniformes para o conteúdo das notificações são medidas úteis para melhorar a qualidade da documentação.

3.3.3 – Avaliação de programas de prevenção

Apesar de inúmeros programas e materiais desenvolvidos para ajudar crianças a prevenir ou escapar de abusos sexuais, sabe-se pouco a respeito do real efeito dessas propostas. Muitas avaliações testam o aprendizado logo após o programa educacional, mas há carência de trabalhos que acompanhem a retenção do conhecimento por longo tempo (Conte, 1993).

Além disso, o tipo de conhecimento que se quer passar em alguns programas preventivos é, por si só, de difícil apreensão pelas crianças. Três exemplos dessas dificuldades são citados por Conte (1993): a compreensão de conceitos abstratos pelas crianças; a aceitação de que familiares e conhecidos possam tentar abusar sexualmente delas; e a idéia de que a vítima não é culpada pelo abuso sexual.

Outras limitações são apontadas por Taal & Edelaar (1997), especificamente em relação aos programas dirigidos aos escolares. A primeira seria o fato de que tais programas incluem indiscriminadamente todos os alunos, sem diferenciar aqueles mais ou menos vulneráveis, quando se sabe que alguns alunos seriam mais vulneráveis que outros. A segunda é o conteúdo reduzido que é passado sobre o abuso sexual, devido às limitações impostas pelas escolas e pelos pais. Segundo os autores, embora represente a simplificação de um processo complexo, tem sido a única forma encontrada até então para introduzir o tema nas escolas.

Alguns trabalhos têm se preocupado em avaliar o efeito negativo que programas de prevenção de abuso sexual possam causar nos participantes, pela possibilidade de serem danosos para as crianças (causando ansiedade ou criando problemas comportamentais) ou criarem um falso senso de segurança nos membros da sociedade (Conte, 1993).

Para Conte (1993), a questão-chave para a década de 90, em termos de prevenção, seria verificar se as crianças podem, efetivamente, usar os conhecimentos adquiridos nesses programas para prevenir, escapar ou evitar seu próprio abuso. Nesse sentido, Finkelhor et al (1995) verificaram que os programas educativos desenvolvidos em escolas de ensino fundamental não estão associados à redução da incidência do abuso sexual. Porém, consideram que isto não invalida tais programas, uma vez que eles aumentam a probabilidade da criança revelar sua vitimização, além de diminuir o nível de culpa pelo abuso que sofreram. Estes autores lembram que as crianças são vulneráveis ao abuso sexual, em parte, por serem pequenas e fracas e estarem expostas a indivíduos maiores, mais velhos e potencialmente agressivos, fatores esses que não podem ser alterados através de medidas

educativas dirigidas a crianças, sendo necessário o desenvolvimento de programas voltados para os agressores.

Ao analisar os trabalhos que tratam da avaliação de serviços de atendimento a vítimas, verifica-se que não há diretrizes norteando os temas que necessitam de aprofundamento. São estudos isolados, cada qual atendendo a necessidades locais, que não podem ser generalizados ou comparados. Vários foram os aspectos enfocados: qualidade e formas de registro das informações; conhecimento sobre o tema; diagnóstico do abuso sexual; atendimento e acompanhamento dos casos; e a eficácia dos programas de prevenção. Chama atenção o número reduzido de trabalhos que avaliam o atendimento de vítimas de violência no nosso meio, não sendo encontrado nenhum enfocando especificamente o atendimento a vítimas de abuso sexual.

METODOLOGIA

1 – Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa avaliativa do atendimento das vítimas de abuso sexual através da triangulação de métodos. Trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo e qualitativo, que se insere no campo da pesquisa social.

A opção por uma abordagem que articula os métodos quantitativo e qualitativo deveu-se às seguintes premissas:

- que o quantitativo e o qualitativo são complementares, como exposto anteriormente;
- que o atendimento nos serviços de atenção à saúde são processos socialmente construídos, e portanto sua compreensão não pode ser reduzida a características biológicas ou exteriores aos sujeitos;
- que uma avaliação de tais processos precisa levar em conta não só os fenômenos biológicos e a tecnologia empregada pelos serviços, mas também os significados sociais que influem nos contextos da atenção prestada.

2 – Local do estudo

Nossa pesquisa foi desenvolvida no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), hospital de referência para atendimento a condições clínicas pediátricas de maior complexidade. Vinculado à Universidade Federal do Rio de Janeiro e situado na Cidade Universitária, Ilha do Fundão, foi fundado em 1953 e desde então desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa relacionados à saúde da criança e do adolescente. O atendimento à população ocorre em diversos níveis: ambulatorial (ambulatórios de pediatria geral e mais de vinte especialidades pediátricas), de internação e de emergência. A instituição atende mensalmente cerca de 2000 pacientes no Ambulatório de Pediatria Geral, 3800 nos diversos ambulatórios de especialidades pediátricas e 3000 no setor de Emergência, além de admitir em torno de 250 crianças para internação por mês.

3 – Definição das amostras, fontes de dados e instrumentos de coleta de dados

3.1 – Para a abordagem quantitativa:

Foram utilizadas duas fontes para a obtenção dos dados quantitativos:

- **banco de dados do AF:** já existente no serviço, construído com o programa EPI-INFO, onde estão armazenadas algumas informações básicas sobre todos os pacientes atendidos no serviço. Tem por finalidade auxiliar no controle do acompanhamento e é atualizado semanalmente. Esta fonte foi utilizada apenas como ponto de partida para a seleção da nossa amostra. Através dela foi possível identificar os números dos prontuários dos pacientes registrados no AF como vítimas de abuso sexual.
- **prontuários dos pacientes:** cada paciente do IPPMG tem um prontuário próprio, onde ficam registradas todas as consultas, procedimentos, exames complementares, visitas domiciliares, contatos telefônicos, pareceres de especialistas, evoluções de internações e outros informes. Esses prontuários foram a fonte das informações coletadas sobre os pacientes incluídos na pesquisa.

A coleta de dados dos prontuários foi realizada em duas etapas: nos meses de agosto e setembro de 2000 e em março e abril de 2001.

Na primeira etapa, o banco de dados do Ambulatório da Família registrava 125 vítimas de abuso sexual (casos suspeitos ou confirmados). Destas, 100 obedeciam aos critérios de inclusão na nossa pesquisa: havia registro de suspeita ou de confirmação de abuso sexual; havia registro de atuação da equipe do AF no prontuário, e a primeira consulta havia sido a partir de abril de 1996 e pelo menos seis meses antes da coleta dos dados, de forma a haver tempo suficiente para o desenvolvimento de algumas ações pela equipe.

O instrumento de coleta de dados foi testado com doze prontuários, tendo sido necessárias algumas alterações até chegar à forma final (anexo 1). Os 100 prontuários foram estudados e tiveram o protocolo de pesquisa preenchido na ocasião.

Três foram os motivos para realizar uma segunda etapa de coleta de dados a partir de prontuários: a) até março de 2001 não havíamos realizado a análise dos dados já coletados dos primeiros 100 prontuários; b) tínhamos conhecimento, através de observação das reuniões semanais da equipe, que um número razoável de pacientes com diagnóstico de abuso sexual havia ingressado no serviço nos últimos meses; c) houve substituição de um pediatra da

equipe em dezembro de 1999. Parte dos cem primeiros pacientes incluídos na primeira etapa (aqueles cuja primeira consulta havia ocorrido até março de 2000) eram, assim, clientes do novo pediatra, porém sem tempo suficiente de evolução que permitisse uma avaliação. Uma maior abrangência do período avaliado se impunha, sob pena de importantes vícios de observação daquela amostra inicial.

Sendo assim, em março de 2001 fizemos nova busca no banco de dados do AF e verificamos que estavam cadastrados 436 pacientes, perfazendo um total de 588 abusos, sendo 166 registrados como vítimas de abuso sexual. Desses, 129 preencheram os critérios de inclusão na pesquisa. Os 37 restantes foram excluídos pelos seguintes motivos:

- quatro prontuários não foram localizados pelo Setor de Arquivo Médico do IPPMG, o que impossibilitou sua análise;
- duas crianças haviam sido atendidas por profissionais da equipe antes do AF constituir-se em serviço estruturado;
- em três prontuários não foi encontrado registro de qualquer profissional do AF;
- em outros três casos não foi encontrada qualquer referência a abuso sexual no prontuário;
- 25 pacientes haviam iniciado acompanhamento após setembro de 2000 (data final limite estabelecida por representar seis meses antes da segunda fase de coleta de dados).

Toda a coleta de dados de prontuários foi desenvolvida, portanto, utilizando esses 129 pacientes selecionados. Os dados foram armazenados em banco próprio, construído especificamente para a pesquisa através do programa Epi-Info, versão 6.02.

Cabe ressaltar que todos os prontuários estudados na primeira fase foram revistos na segunda etapa da pesquisa, devido à possibilidade de terem ocorrido alterações em algumas variáveis do estudo entre as duas etapas.

3.2 – Para a abordagem qualitativa

Buscando atender aos objetivos desta pesquisa foram utilizadas as seguintes técnicas para a coleta dos dados qualitativos:

- análise documental;
- observação participante;
- entrevistas semi-estruturadas individuais;
- grupo focal.

3.2.1 – A análise documental

A análise documental baseou-se nas seguintes fontes: atas das reuniões semanais de equipe realizadas entre novembro de 1995 e maio de 2001; relatórios do serviço referentes às atividades desenvolvidas nos anos de 1995, 1996 e 1997 (únicos disponíveis até a fase final da coleta de dados); e um relatório de produtividade de atendimentos, advindo do banco de dados do AF e emitido em fevereiro de 2001.

Procuramos resgatar, através dessas fontes, principalmente as questões históricas do AF, tanto as relacionadas à sua criação quanto as que dizem respeito aos problemas vivenciados pela equipe e às formas de superação documentadas no período estudado e que dissessem respeito às variáveis de interesse do estudo.

3.2.2 – A observação participante

A observação participante (OP) é obtida por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno a ser estudado, permitindo recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir de suas perspectivas e seus pontos de vista (Chizzotti, 1998).

De acordo com Becker (1997), o grau de envolvimento do pesquisador com o grupo estudado pode variar desde um papel apenas de observador (não participando em absoluto de nenhuma atividade) até, em outro extremo, ser um participante em caráter integral (estando sujeito às mesmas experiências que qualquer outro membro do grupo). Por pertencermos ao serviço que está sendo avaliado, funcionamos como observador em caráter integral. Como veremos adiante (item 5.2), tal tipo de integração traz vantagens e desvantagens para a coleta e a análise dos dados, exigindo cuidados especiais por parte do pesquisador.

Nossa observação ocorreu através da participação nas reuniões da equipe do AF no período compreendido entre 3/4/98 e 25/5/01. Existem três momentos distintos nas reuniões, que são demarcados pelos próprios componentes da equipe, e que podem ou não ocorrer num mesmo turno. São eles: a) discussões sobre os atendimentos da semana; b) discussões técnicas / administrativas / de planejamento do ensino; c) discussões sobre a dinâmica de grupo, com a participação de um psicanalista. Esta última é mensal, as demais são semanais. Todas as etapas das reuniões da equipe foram utilizadas para realizar nossa observação.

Nossa presença assumindo um papel de observador foi explicitada desde o início da coleta dos dados desta pesquisa, juntamente com a apresentação das linhas gerais do projeto em 3/4/98.

Não sendo um elemento estranho à equipe, nem tampouco a única a fazer anotações durante as reuniões (quase toda a equipe sistematicamente faz registros pessoais, por escrito, durante as reuniões), a OP transcorreu de forma tranqüila, embora com a curiosidade por parte de alguns sobre o que era anotado, certamente pelo fato de terem conhecimento de que a avaliação estaria sendo feita. Sem seguir um roteiro de observação, buscamos captar aspectos da dinâmica de funcionamento do grupo e as dificuldades que eram trazidas para as discussões, em especial as relacionadas ao atendimento às vítimas de abuso sexual.

Assim como na análise documental, as observações feitas nas reuniões de equipe diziam respeito, muitas vezes, a aspectos gerais do serviço, e não especificamente ao atendimento das vítimas de abuso sexual. Entendemos, no entanto, que são aspectos que dizem respeito à generalidade dos casos, e portanto incluem o abuso sexual.

3.2.3 – As entrevistas individuais

A pesquisa qualitativa privilegia fundamentalmente duas técnicas para o desenvolvimento do trabalho de campo: a entrevista e a observação participante. Ambas reúnem um *corpus* qualitativo de informações.

A entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. Através dela o pesquisador procura obter informações contidas na fala dos atores sociais individual e/ou coletivamente. As entrevistas podem ser estruturadas (pressupõem perguntas previamente formuladas), não-estruturadas ou abertas (nas quais o informante aborda livremente o tema proposto) ou semi-estruturadas, que correspondem a formas articuladas das duas anteriores (Cruz Neto, 1994).

Mediante a entrevista podem ser obtidos dados de duas naturezas (Minayo, 1992): a) os que se referem a fatos objetivos e concretos da realidade; b) os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado: suas atitudes, valores e opiniões, ou seja, informações subjetivas, ao nível mais profundo da realidade. Estes últimos só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos.

Minayo (1992) considera que toda entrevista, como interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade. Assim, em uma sociedade conflitiva como a nossa, cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de sua realização quanto nas informações nela produzidas.

É importante que a entrevista seja incorporada ao seu contexto, podendo ser complementada ou fazendo parte da observação participante.

Utilizamos a entrevista semi-estruturada individual com os profissionais do IPPMG e de outras Instituições e com os pais/responsáveis pelos pacientes. Por ter sido utilizada outra técnica para as entrevistas com os profissionais do AF, estas serão apresentadas em tópico separado, que trata dos grupos focais.

Transcrevemos pessoalmente todo o material gravado em fita cassete (entrevistas individuais e grupos focais), o que foi fundamental para ter uma noção geral desses dados, norteando a fase de análise. Todas as fitas foram desgravadas ao término da pesquisa.

a) Profissionais do IPPMG

Foram selecionados alguns dos profissionais do IPPMG que mais haviam encaminhado pacientes incluídos na pesquisa. Entendemos que esses seriam os mais capacitados para auxiliar na avaliação do AF.

Todos os encaminhamentos internos foram provenientes de médicos, portanto não foram entrevistadas outras categorias profissionais do IPPMG. Com a intenção de incluir vários setores da Instituição, e na busca de experiências diversas, foram entrevistados seis profissionais nos meses de julho e agosto de 2001: uma médica da Enfermaria, um professor que atua no Ambulatório de Pediatria Geral, uma professora do Ambulatório de Dermatologia, uma médica plantonista da Emergência, um médico que atua tanto no Ambulatório Materno-Infantil quanto na Emergência e uma médica do Ambulatório de Adolescentes.

Não houve nenhuma recusa em participar das entrevistas, tendo os profissionais se mostrado bastante solícitos e disponíveis tão logo contatados. Embora com o mesmo roteiro para todos, a duração das entrevistas variou de 20 a 40 minutos, por características próprias de cada entrevistado, uns mais concisos, outros mais prolixos. Realizamos pessoalmente todas as entrevistas com os profissionais do IPPMG, e a proximidade já existente com os profissionais facilitou a abordagem e o diálogo. A impressão geral é de que o fato da entrevistadora pertencer ao serviço que estava sendo avaliado não prejudicou a expressão dos colegas a respeito do mesmo. Ao contrário, expressaram críticas e sugestões na medida em que pareciam compreender a relevância de avaliar para melhorar o desempenho das atividades do AF, o que poderia reverter em melhoria para o trabalho de cada entrevistado.

A entrevista englobou aspectos relacionados ao conhecimento do profissional sobre o AF, sua participação em treinamentos sobre violência e especificamente sobre abuso sexual, suas relações com o AF e sua impressão sobre a atuação do serviço. O roteiro completo da entrevista encontra-se no anexo 2.

Os profissionais do IPPMG estão identificados, na apresentação dos resultados desta pesquisa, como *IPPMG 1*, *IPPMG 2* etc.

b) Profissionais externos

A seleção desses profissionais tomou por base o fato de pertencerem a serviços ou Instituições que mais atuaram nos casos de abuso sexual incluídos na pesquisa e de terem participado diretamente do atendimento a alguns desses pacientes. Sendo assim, foram selecionados cinco profissionais, pertencentes a três diferentes Instituições:

- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) / Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ): dois médicos, professores do Departamento de Cirurgia, sendo uma do Serviço de Ginecologia e um do Serviço de Proctologia, ambos serviços utilizados como referência pela equipe do AF;
- Núcleo de Atenção à Violência (NAV): uma psicóloga;
- Conselho Tutelar de Ramos: uma assistente social e uma conselheira tutelar.

No serviço de Proctologia do HUCFF, os dois primeiros profissionais contatados disseram não conhecer o AF, apesar de terem respondido pareceres de algumas crianças. Foi necessário, então, buscar um terceiro profissional desse serviço. Os demais profissionais contatados aceitaram de pronto participar da pesquisa. À semelhança do que ocorreu com os profissionais do IPPMG, realizamos pessoalmente todas essas entrevistas, sendo possível perceber o interesse dos profissionais externos pela oportunidade de contato direto com um profissional do AF. Quatro dos entrevistados discutiram casos específicos e todos fizeram perguntas sobre o serviço no decorrer das entrevistas. A entrevista criou, assim, uma oportunidade para que os entrevistados adquirissem maior conhecimento sobre o AF, bem como possibilitou a troca de informações entre os serviços.

As entrevistas ocorreram nos meses de agosto e setembro de 2001 e tiveram duração entre 25 a 45 minutos. Os principais aspectos abordados foram semelhantes aos dos profissionais do IPPMG. O roteiro da entrevista encontra-se no anexo 3.

Os profissionais externos ao IPPMG estão identificados, na apresentação dos resultados desta pesquisa, como *Profissional externo 1*, *Profissional externo 2* etc.

c) Pais / responsáveis

A seleção dos responsáveis para as entrevistas buscou contemplar a variedade de situações que se apresentam na prática do AF, na tentativa de incluir vivências diversificadas. A tabela 1 mostra as características dos casos selecionados.

Tabela 1

Características dos casos selecionados para entrevista dos responsáveis

Nº do paciente selecionado	Faixa etária do paciente	Relação com agressor	Situação do abuso	Tipo de contato sexual	Nº episódios de abuso	Acompanhamento no AF	Notificação do caso	Profissional que atendeu no AF
1	escolar	IF*	confirmado	manipulação	vários	irregular	sim	Pediatra 1
2	escolar	EF*	confirmado	sexo anal	2	irregular	sim	Pediatra 1
3	adolescente	EF + IF	confirmado	sexo oral e anal	vários	abandono	sim	Pediatra 2
4	pré-escolar	IF	confirmado	manipulação	1	regular	não	Enfermeira
5	escolar	IF	confirmado	penetração digital	2	regular	sim	Enfermeira
6	escolar	IF	suspeito	manipulação	vários	abandono	sim	Pediatra 2
7	pré-escolar	NI*	suspeito	NI	NI	abandono	não	Pediatra 2
8	pré-escolar	EF + IF	suspeito	penetração digital	NI	regular	sim	Enfermeira

* IF = intrafamiliar; EF = extra-familiar; NI= não identificada

Convidamos, por telefone, cinco responsáveis. Para os outros três foram enviados telegramas, por não disporem de telefone para contato.

O processo de convocação transcorreu sem maiores problemas e todos aqueles contatados por telefone aceitaram participar da avaliação do serviço. Houve boa aceitação também por parte dos que receberam telegrama, deixando de comparecer apenas uma responsável, cujo endereço não foi localizado (caso nº 7).

Assim, foram entrevistados sete responsáveis: quatro mães, um pai, uma irmã e um responsável pelo abrigo onde a criança se encontrava na época da entrevista. Não foi necessário substituir o paciente nº 7 uma vez que havia sido selecionado por haver abandonado o acompanhamento e por termos outros casos nessa situação. Cabe ressaltar que o paciente nº 3 tinha uma irmã, escolar, que havia sido submetida a situações de abuso semelhantes às suas, diferenciando-se por ter sofrido, também, estupro.

Nessa fase houve uma intercorrência porque uma mãe, apesar de concordar com a participação e haver conversado pessoalmente conosco, levantou a possibilidade de tratar-se de uma “emboscada armada” por seu ex-marido, autor do abuso sexual da criança em questão.

Na dúvida, telefonou para o Serviço Social do IPPMG pedindo que fosse averiguada a veracidade da convocação e compareceu ao IPPMG um dia antes da entrevista para certificar-se. Esta senhora mostrou-se bastante amedrontada e abalada emocionalmente com as ameaças do ex-marido, conforme foi possível verificar através da gravação da entrevista. Tratando-se de uma família cuja frequência ao AF tem sido bastante irregular, o comparecimento para a entrevista foi importante para atender a algumas necessidades da responsável – que foi atendida por profissional do AF no mesmo dia – e para retomada do acompanhamento da criança.

As entrevistas com pais e responsáveis foram realizadas nos meses de agosto e setembro de 2001, por uma pesquisadora auxiliar treinada neste tipo de atividade, não pertencente à Instituição. A opção por não realizarmos pessoalmente essa etapa da pesquisa deveu-se à busca de isenção dos depoimentos dos entrevistados, tendo em vista havermos atendido alguns dos pacientes selecionados.

A duração das entrevistas variou entre 25 e 40 minutos e foram abordados os seguintes temas: impressão sobre a estrutura de atendimento no AF e sobre vários aspectos do atendimento prestado; relação com os profissionais; motivos para faltas/abandono; resultados alcançados; e satisfação com o atendimento. O roteiro dessas entrevistas encontra-se no anexo 4.

Os responsáveis estão identificados, na apresentação dos resultados desta pesquisa, como *Responsável 1*, *Responsável 2* etc.

3.2.4 – As entrevistas coletivas (grupos focais)

A discussão de grupo (entrevista coletiva, “grupo focal”) enfatiza as opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados em relação a determinado tema, tomando como foco o debate e a reflexão grupal. Portanto, difere da observação participante, que focaliza mais o comportamento e as relações. É importante para o aprofundamento qualitativo de questões socializáveis e tem papel complementar às demais técnicas. Junto com as entrevistas individuais, a observação participante e outras formas de coleta de dados compõem a triangulação na coleta de dados, e possibilitam que o pesquisador construa uma série de possibilidades de informações que lhe indicam se seu caminho está correto (Minayo, 1992).

Foram realizadas duas sessões com a equipe do AF, em agosto de 2001, utilizando a técnica do grupo focal. As atividades tiveram duração de pouco mais de duas horas cada uma. Todos os profissionais que prestam atendimento no AF participaram das duas atividades, quais sejam: dois pediatras, duas psicólogas, uma enfermeira e uma assistente social. Apesar

de ter sido convidada, uma terceira psicóloga que faz parte da equipe encontrava-se de licença no período e não compareceu às duas atividades. Cabe ressaltar que esta profissional não presta atendimento às vítimas.

As atividades foram conduzidas por dois profissionais não pertencentes ao IPPMG e com experiência na técnica de grupo focal. Um deles conduziu o debate e o outro atuou como observador, controlando a gravação e fazendo as anotações pertinentes durante as atividades. Dessa forma, tivemos a oportunidade de também participar ativamente da discussão, assumindo o papel de pediatra que desenvolvemos no serviço avaliado.

As duas atividades de grupo focal tiveram diferentes objetivos. Na primeira discutiram-se aspectos gerais sobre o AF, o desenvolvimento do trabalho em equipe e as relações com familiares das vítimas e com serviços externos. Na segunda, foram enfocadas questões específicas em relação ao abuso sexual e ao atendimento a vítimas desse tipo de abuso. Os roteiros das duas sessões encontram-se nos anexos 5 e 6, respectivamente, e ambos foram cumpridos em sua integralidade.

A equipe vivenciou de forma positiva a experiência, chegando a ser verbalizado que as atividades deram oportunidade não apenas para reflexão sobre a prática, como para organizar uma série de conceitos, atividades e ações que, apesar de serem aplicados no dia a dia, ainda não tinham sido sistematizados em conjunto. Foi cumprido, nesse sentido, um dos objetivos da pesquisa estratégica, na qual o presente estudo se constitui.

Os profissionais do AF estão identificados, na apresentação dos resultados desta pesquisa, como *AF 1*, *AF 2* etc.

4 – Variáveis de avaliação

Entendendo que a nossa temática é a “avaliação do atendimento à vítima de abuso sexual no AF” e de acordo com os objetivos estabelecidos para a pesquisa, trabalhamos com as seguintes categorias teóricas:

- a) estrutura do AF;
- b) processo de atendimento às vítimas;
- c) resultados do atendimento às vítimas.

A fim de operacionalizar tais categorias teóricas, definimos um conjunto de variáveis a serem estudadas. Muitas dessas variáveis são qualitativas e dizem respeito às percepções dos atores envolvidos no atendimento às vítimas, ao processo de trabalho e às relações nele desenvolvidas. Outras podem ser identificadas como indicadores tradicionalmente utilizados com enfoque quantitativo e, portanto, objetivamente mensuráveis.

Embora não seja uma variável de avaliação, a caracterização do perfil dos casos de abuso sexual atendidos foi incluída por ser fundamental para discutir a adequação do atendimento à demanda do serviço.

Utilizamos as seguintes variáveis, que estão discriminadas no anexo 7 em função de seus objetivos e com as respectivas descrições, categorizações, fontes e técnicas de coleta:

- **Para caracterizar o perfil dos casos de abuso sexual atendidos pela equipe:** frequência do abuso sexual no AF; associação com outros tipos de abuso; características dos pacientes em relação ao sexo e à idade; características dos abusos sexuais em relação à origem da suspeita, à situação de confirmação na chegada ao AF, à relação do agressor com a vítima, ao grau de familiaridade entre agressor e vítima, ao tipo de contato sexual e ao número de episódios de abuso sexual.
- **Para avaliar a estrutura de atendimento às vítimas de abuso sexual no AF:** estrutura física; equipe multidisciplinar; recursos materiais; referência e contra-referência.
- **Para avaliar o processo de atendimento às vítimas de abuso sexual no AF:** inserção da clientela no AF (acesso ao AF, origem da demanda, motivos do encaminhamento, tempo decorrido entre o abuso e o atendimento); dinâmica do atendimento (consulta de primeira vez, acompanhamento ambulatorial, avaliação clínica); envolvimento das famílias no acompanhamento; relações do AF com outros serviços e com a clientela; exercício do trabalho em equipe; indicadores de processo (tempo médio de acompanhamento dos pacientes, proporção de comparecimento regular, proporção de busca ativa de faltosos, média de consultas comparecidas, proporção de notificação dos casos); dificuldades dos profissionais para lidar com o abuso sexual.
- **Para avaliar o resultado do atendimento prestado pelo AF às vítimas de abuso sexual:** satisfação da clientela; modificações na dinâmica familiar; indicadores de resultado (proporção de resultados clínicos satisfatórios, proporção de reincidência do abuso, proporção de confirmação do abuso pelo AF, proporção de casos em acompanhamento, proporção de abandonos, proporção de altas).

5 – Análise dos dados

5.1 – Da análise quantitativa:

De acordo com Chizzotti (1998), a análise de dados quantitativos tem como objetivo “propor uma explicação do conjunto de dados reunidos a partir de uma conceitualização da

realidade percebida ou observada” (p.69), podendo-se utilizar, para isso, dentre outras opções, as análises estatísticas.

Na nossa pesquisa utilizamos o sistema Epi-Info, versão 6.02, através de seu programa Analysis, para proceder à análise estatística. Tal programa permite efetuar listagens, montar distribuição de frequências, criar tabelas, calcular médias, medianas, Odds-Ratio, teste de chi-quadrado, dentre outras várias possibilidades.

Efetuamos uma análise quantitativa descritiva, sendo os dados distribuídos segundo variáveis de interesse, em termos de frequências absolutas e relativas. Foram investigadas associações entre algumas das variáveis incluídas no estudo e realizadas análises dos dados com interesse na identificação de sua significância estatística. Quando pertinente, foram também utilizadas médias e medianas das variáveis.

Buscando atender a um dos objetivos da pesquisa, trabalhamos com alguns indicadores de processo e de resultado selecionados a partir da bibliografia consultada (Donabedian, 1984), considerando também que a elaboração e a escolha de indicadores está condicionada à qualidade e à quantidade dos dados disponíveis ou suscetíveis de serem obtidos (Aguilar & Ander-Egg, 1994).

▪ **Indicadores de processo:**

- **Tempo médio de acompanhamento dos casos:** média dos tempos, em meses, que cada criança e/ou sua família compareceu ao serviço, desde a primeira consulta até a data da alta ou da última consulta – nos casos que não compareciam ao serviço há mais de seis meses quando o prontuário foi revisto para a pesquisa –, ou da análise do prontuário – nos casos que ainda estavam em acompanhamento na data da revisão do prontuário.
- **Proporção de acompanhamento regular:** número de pacientes que compareceram regularmente às consultas agendadas em relação ao total de pacientes que tiveram alguma seqüência de atendimento no serviço. Foram, portanto, excluídos os casos que compareceram apenas a uma consulta.
- **Proporção de busca ativa em faltosos:** relação entre o número de pacientes nos quais a equipe realizou busca ativa, por qualquer meio, e o total de pacientes que tiveram acompanhamento irregular.
- **Média de consultas comparecidas por paciente:** número total de consultas em relação ao número total de pacientes, considerando todo o período de acompanhamento no serviço, incluindo as consultas da vítima e as dos familiares ou responsáveis.

- **Proporção de notificação dos casos:** percentual de casos notificados para qualquer instância legal até o momento da coleta dos dados, em relação ao total de casos estudados.
- **Indicadores de resultado:**
 - **Proporção de resultados clínicos satisfatórios:** relação entre a soma dos pacientes que tiveram melhora das manifestações clínicas com os que tiveram regressão total dessas manifestações e o total de pacientes que tiveram a possibilidade de alguma avaliação da evolução do quadro clínico.
 - **Proporção de reincidência:** relação entre o número de pacientes sobre os quais havia relato, no prontuário, de novo episódio de abuso durante o acompanhamento no AF, e o número de pacientes nos quais havia sido possível identificar um primeiro abuso e que haviam tido algum acompanhamento no AF.
 - **Proporção de confirmação do abuso:** relação entre o número de casos confirmados no momento da coleta de dados e o total de casos estudados.
 - **Proporção de casos em acompanhamento:** relação entre o número de pacientes que haviam tido consulta no serviço nos últimos seis meses e o total de pacientes estudados.
 - **Proporção de abandonos:** relação entre o número de pacientes que não compareciam no serviço há seis ou mais meses e o total dos pacientes estudados. O critério de tempo utilizado seguiu o determinado pela equipe para classificar os casos no banco de dados do serviço, tendo sido estipulado pelo fato de que nenhum pacientes tem retorno agendado com intervalo superior a seis meses.
 - **Proporção de altas:** relação entre o número de pacientes cujas altas do AF estavam registradas no prontuário e o total de pacientes estudados.

5.2 – Da análise qualitativa

A pesquisa qualitativa produz um volume imenso de descrições detalhadas, que precisam ser organizadas e compreendidas. Conseqüentemente, o pesquisador é colocado diante de um problema: analisar tais dados de forma sistemática. Sendo assim, todo cuidado é necessário na fase de análise. Através de um processo continuado, complexo e não-linear, no qual se procura identificar dimensões, categorias, tendências, padrões e relações, os dados vão sendo trabalhados e seus significados desvendados (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder,

1998). A análise dos dados foi então desenvolvida durante toda a nossa investigação, num processo interativo com a coleta de dados.

Três grandes obstáculos costumam estar presentes na fase de análise de dados, segundo Minayo (1992). O primeiro é a “ilusão da transparência”: é o perigo da compreensão espontânea como se o real se mostrasse nitidamente ao observador. Quanto mais o pesquisador tenha a impressão de familiaridade com o objeto, mais se torna possível tal ilusão. O segundo obstáculo diz respeito ao fato do pesquisador se envolver intensamente com métodos e técnicas, esquecendo-se dos significados presentes em seus dados. O último obstáculo, freqüente na interpretação de trabalhos empíricos, é a dificuldade de relacionar a teoria com os dados obtidos no trabalho de campo. São necessários conhecimento científico e experiência para superar esses três obstáculos.

O primeiro desses obstáculos é particularmente importante para a nossa pesquisa, uma vez que somos parte do serviço estudado, como já ressaltado anteriormente. Cicourel (1990) aponta que, se por um lado, a participação mais intensa do pesquisador supostamente lhe permite coletar dados mais ricos, por outro lado maior será o perigo de “virar nativo”, adotando a maneira de perceber e interpretar o ambiente que é própria do grupo estudado, tornando-se cego para muitas questões importantes. Como solução, Cicourel propõe ao pesquisador possibilitar-se ‘saídas do campo’ para revisões periódicas sobre o que aconteceu e aonde vai a pesquisa.

No nosso caso não foi viável esse tipo de solução, pela impossibilidade de nos afastarmos da assistência às vítimas ou mesmo das reuniões de equipe. Foi possível, entretanto, adotar o exercício do “estranhamento”. Tal prática, proposta pela Antropologia, leva em conta que, ao estudar uma situação que é exatamente a mesma do pesquisador, o “familiar” pode não ser “conhecido” (Schraiber, 1997). Propõe-se, então, tornar exótico aquilo que é familiar. Este foi o exercício que utilizamos para buscar uma análise mais fidedigna do objeto estudado nesta pesquisa.

Dentre as técnicas de análise existentes, optamos por utilizar a “Análise de Conteúdo”, que Bardin (1977:42) define como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens”. A base da análise de conteúdo é uma hermenêutica baseada na dedução, a *inferência*.

A técnica se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação (oral, visual, gestual) reduzida a um texto ou documento e tem como objetivo compreender

criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (Chizzotti, 1998).

A referida técnica “procura reduzir o volume amplo de informações contidas em uma comunicação a algumas características particulares ou categorias conceituais que permitam passar dos elementos descritivos à interpretação ou investigar a compreensão dos atores sociais no contexto cultural em que produzem a informação ou, enfim, verificar a influência desse contexto no estilo, na forma e no conteúdo da comunicação” (Chizzotti, 1998: 99).

Na nossa pesquisa, a análise de conteúdo foi utilizada especialmente como forma de sistematizar e interpretar as informações obtidas através das entrevistas, à luz dos objetivos da pesquisa.

Foi necessário, numa etapa posterior, escolher o tipo de técnica a ser utilizada dentre as várias que fazem parte da análise de conteúdo. Optamos pela análise temática (cuja “unidade de registro” é o *tema*), uma das modalidades mais utilizadas por aqueles que empregam a análise de conteúdo (Gomes, 1993) e das mais adequadas à investigação qualitativa do material sobre Saúde (Minayo, 1992). Ela “consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1977).

Seguimos as três etapas propostas por Bardin (1977) para operacionalizar uma análise temática:

1ª) pré-análise:

- organização do material a ser analisado através dos seguintes passos: leitura exaustiva do conjunto das comunicações (leitura “flutuante”) e verificação da validade do material coletado em termos de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;
- revisão dos objetivos da pesquisa frente ao material coletado;
- elaboração de indicadores orientadores da interpretação final: determinação das unidades de registro (temas), das unidades de contexto (contexto do qual fazem parte as unidades de registro) e das categorias empíricas (específicas, concretas), geradas a partir da coleta de dados, e que foram comparadas às categorias teóricas pré-estabelecidas.

2ª) exploração do material: transformação dos dados brutos, visando alcançar os núcleos de compreensão do texto (recorte dos textos em unidades de registro, seguido de classificação e agregação dos dados em categorias teóricas ou empíricas que comandaram a especificação dos temas).

3ª) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: tentativa de desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto, buscando tendências ou outras determinações características do fenômeno que estamos estudando (Gomes, 1993).

A análise de conteúdo, modalidade temática, foi assim utilizada para o estudo de todo o material coletado a partir das entrevistas individuais e dos grupos focais. O material foi analisado inicialmente de forma individual (cada entrevista), posteriormente foram confrontados internamente em cada grupo (profissionais do IPPMG, profissionais externos ao IPPMG e responsáveis) e, finalmente, entre os diversos grupos, incluindo o representado pelos profissionais do AF.

Esse material, já organizado de acordo com as categorias teóricas estabelecidas na pesquisa, foi então trabalhado numa análise conjunta com os dados obtidos através das demais fontes.

6 – Recursos

Em relação aos recursos humanos, além da pesquisadora principal, um pesquisador auxiliar realizou as entrevistas com os pais / responsáveis e dois outros profissionais participaram dos grupos focais com a equipe do Ambulatório da Família (um como moderador e outro como observador externo, como já referimos anteriormente).

Em relação aos recursos financeiros utilizados, foram remunerados pela participação na pesquisa o pesquisador auxiliar e um dos profissionais que realizou o grupo focal, com recursos próprios da pesquisadora principal, utilizando a “bolsa FIOCRUZ” do curso de Doutorado da ENSP. Foram disponibilizados vales-transporte para todos os responsáveis e seus acompanhantes que compareceram às entrevistas, através da mesma fonte de recursos.

7 – Aspectos éticos

Nosso projeto de pesquisa foi apresentado formalmente à equipe do AF em 3 de abril de 1998, constando na ata desse dia que “Ana Lúcia apresentou sucintamente a sua proposta de tese de Doutorado, que envolve a avaliação de aspectos assistenciais do nosso grupo e também a participação de todos os componentes. Todos concordaram em participar e aceitaram a proposta geral do trabalho”.

Atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das “Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos”, nosso

projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa do IPPMG sob o nº 04/00, sendo aprovado em 27 de dezembro de 2000. Todos os participantes tiveram garantidos o anonimato e sua participação foi espontânea e após consentimento livre e esclarecido devidamente assinado, conforme estabelecido na referida resolução (anexos 8 e 9).

Apesar da aceitação, é pertinente lembrar que podemos nos ver diante de um dilema ético, como ressalta Becker (1997), caso os resultados apontem para uma realidade desfavorável ao serviço. Tal dilema ocorre porque o investigador, por um lado, precisa elaborar relatos francos e irrestritos exigidos pela ciência e, por outro, tem a obrigação de não causar danos àqueles que permitiram que ele os estudasse. Becker acredita que a solução do dilema encontra-se nos próprios compromissos éticos assumidos pelo investigador frente ao grupo estudado. Sugere que o pesquisador faça acordo claro com o grupo antes de iniciar o trabalho, alertando-os sobre todas as possibilidades desagradáveis às quais podem estar se expondo.

Acreditamos que uma forma de minorar tal problema seja comunicar ao grupo os resultados que apontem para a necessidade de modificações no atendimento, à medida em que forem detectados. Tal estratégia, prevista no tipo de pesquisa que realizamos, permite que sejam avaliados e corrigidos procedimentos no processo de avaliação. Desta forma, age-se eticamente não apenas com os profissionais, mas também com a clientela, que se beneficia mais prontamente das mudanças do serviço.

Nesse sentido, além das comunicações informais periódicas no decorrer da pesquisa e da própria reflexão nos grupos focais que permitiu à equipe rever uma série de procedimentos de sua prática diária, os resultados preliminares foram apresentados e discutidos formalmente com a equipe em outubro de 2001, em reunião da qual participaram os profissionais do AF (à exceção da psicóloga que não havia participado dos grupos focais) e o psicanalista que faz a supervisão do grupo.

Esta pesquisa está em consonância com o Código de Ética Médica de 1988, não infringindo nenhum dos artigos relacionados no Capítulo XII (Pesquisa Médica).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Objetivando tornar o texto menos enfadonho, a apresentação e a discussão dos resultados se darão concomitantemente, num mesmo capítulo. Iniciaremos pela apresentação do histórico do Ambulatório da Família e do perfil dos casos de abuso sexual atendidos no serviço, para que o leitor se situe em relação ao contexto e às situações que se apresentam à equipe. Em seguida, apresentaremos a avaliação da estrutura existente para o desempenho das atividades, destacando a influência dessa estrutura no funcionamento do serviço. Continuando, abordaremos a avaliação do processo do atendimento às vítimas e, finalmente, os resultados obtidos a partir desse atendimento. A percepção dos atores envolvidos abrangerá alguns desses aspectos, sendo incluída sempre que for pertinente fazê-lo.

1 - Histórico do Ambulatório da Família

No início de 1995, alguns profissionais do IPPMG, interessados na questão da violência e motivados por um convênio com fins de assessoria em pesquisa, firmado entre a instituição e a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), iniciaram encontros com a finalidade de elaborar um projeto para atividades nesta área. Constituiu-se, assim, o **Núcleo de Atenção a Crianças Vítimas de Violência** e iniciava-se a “pré-história” do Ambulatório da Família.

Durante o ano seguinte esses profissionais, já então um grupo multiprofissional formado por aproximadamente dez pessoas dentre as quais havia pediatras, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, nutricionista e um médico epidemiologista, passaram a promover encontros semanais para estudo do tema da violência contra a criança e planejamento de atividades institucionais de ensino, pesquisa e assistência nesta área específica.

A divulgação do Núcleo no IPPMG ocorreu através de um boletim informativo existente na instituição, de circulação interna. No final de 1995, e no início do ano seguinte, esse periódico chamou atenção para a questão da violência como um problema social, ressaltou os objetivos centrais do programa que estava sendo desenvolvido e abordou, brevemente, os seguintes temas: mortalidade por violência, suspeita ou identificação de casos de maus-tratos na infância, conseqüências da violência e a obrigatoriedade da notificação aos Conselhos Tutelares.

A instituição foi, assim, alertada para o tema em questão. Como consequência, gerou-se uma demanda interna para atendimento de casos suspeitos de maus-tratos, levando à **implementação do Ambulatório da Família (AF)** em abril de 1996. A criação do serviço foi feita através de decisão interna da equipe do Núcleo e formalizada junto à Direção do hospital.

A escolha do nome “Ambulatório da Família”, segundo artigo publicado por profissionais que compõem a equipe do próprio serviço (Ferreira et al, 1999) não apenas tentava evitar a estigmatização das crianças e famílias assistidas, como refletia “uma proposta de trabalho que tem por base o entendimento de que a abordagem da dinâmica das relações familiares é essencial para interferir no processo de violência instalado contra a criança, uma vez que permite entender de forma mais global as causas e as consequências do abuso” (p. 124). No mesmo artigo consta que o **objetivo** do serviço é “identificar, acompanhar e prevenir recorrências em casos de violência contra a criança e o adolescente” (p. 124), adotando uma abordagem empática para melhor compreensão da dinâmica das relações intra e extra-familiares que resultaram no ato violento.

Em termos de **espaço físico** para desenvolvimento das atividades, registram-se duas necessidades desde o início das atividades do Núcleo: o espaço para o atendimento dos pacientes (o funcionamento do AF em si) e espaços para o desenvolvimento das demais atividades do Núcleo.

O primeiro a ser resolvido foi o espaço para o atendimento de pacientes do AF, através de ocupação de boxes de uma sala do Ambulatório Geral de Pediatria desde 1996. A outra necessidade da equipe era a definição de um espaço físico institucional para o Núcleo, o que passou a ser discutido no início de 1998. Havia intenção de obter-se uma sala “administrativa” próxima às salas de atendimento, que desse apoio às atividades assistenciais (disponibilidade de telefone, impressos etc.). Em agosto de 1999, conseguiu-se uma sala para este fim, contígua às salas de atendimento, na qual a equipe dispõe de telefone, computador, pequena biblioteca, arquivo, e onde ficam disponíveis os formulários do serviço.

Como ocorre com os serviços de unidades públicas em geral, não se dispõe de verba própria orçamentária, rotineira, para o AF. **Recursos financeiros** aportaram ao serviço, provenientes unicamente de uma jornada técnico-científica organizada pela equipe, de um prêmio recebido na UFRJ como projeto de extensão, e da participação da equipe em um curso da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Com esses recursos, adquiriu-se parte do material existente na sala “administrativa” do Núcleo (computador, máquina fotográfica, materiais de escritório), livros e a assinatura de uma revista especializada para consulta da equipe.

A **equipe do AF** está constituída, desde o início, por seis profissionais que prestam atendimento direto às vítimas: dois pediatras, uma enfermeira, uma assistente social e duas psicólogas. No decorrer dos cinco anos estudados, houve substituição de uma pediatra, de uma psicóloga clínica e, por duas vezes, do assistente social. Os pediatras, a enfermeira e uma das psicólogas pertencem ao quadro de funcionários da Universidade, enquanto a assistente social e a outra psicóloga ao quadro do IPPMG.

Houve a tentativa infrutífera de envolver um advogado na equipe. Funcionário do IPPMG, esse profissional compareceu a algumas reuniões e posteriormente alegou não ter disponibilidade de tempo para o trabalho demandado pelo AF. A necessidade de incorporar um advogado à equipe não foi mais aventada desde então.

Cabe ressaltar que o Núcleo hoje em dia é formado por esses seis componentes do AF e uma psicóloga que, apesar de não prestar atendimento às vítimas, é a responsável pelo banco de dados do serviço e participa da discussão de casos. Percebe-se, portanto, que a equipe do Núcleo praticamente se restringiu à equipe do AF, já que permaneceram quase tão somente aqueles profissionais que de alguma forma se envolveram com a assistência. Na prática, nem mesmo a equipe faz distinção entre Núcleo e AF, sendo este último o único reconhecido tanto no IPPMG quanto externamente.

Detalhes sobre as funções atualmente desempenhadas por cada profissional, sua forma de inserção e atuação na equipe serão tratados adiante, na avaliação da estrutura do serviço.

Tem sido importante, para a integração e fortalecimento da equipe, a atuação de um psicanalista, não pertencente aos quadros da Instituição, que desenvolve um trabalho voluntário desde maio de 1998. Sua inserção ocorreu por iniciativa da equipe, que sentia necessidade de supervisão externa. Durante o primeiro ano, esse profissional participou semanalmente das discussões de casos e de alguns debates sobre o conceito de violência. A partir do segundo ano, passou a comparecer apenas uma vez ao mês, dando suporte às ações e relações da equipe, nos moldes de grupo operativo. Para esse encontro mensal são reservados 90 minutos da reunião de rotina da equipe (cuja duração é de 3 a 4 horas, semanalmente), em datas pré-determinadas.

Os profissionais do IPPMG não tinham qualquer formação na área de atendimento a vítimas de violência à época dos primeiros movimentos para a constituição do Núcleo, à exceção de uma psicóloga, com algum conhecimento teórico do assunto, recém-chegada ao IPPMG transferida do Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência. A **formação teórico-conceitual da equipe do AF** sobre esse tema começou em 1995, através da discussão de alguns textos relacionados ao assunto durante o ano que precedeu o início do atendimento.

A equipe adquiriu um pensamento teórico reflexivo basicamente em três momentos. O primeiro, no “Curso sobre Violência Doméstica”, ministrado em 1996 por uma psicóloga experiente no assunto, de outra Universidade, a convite da equipe do Núcleo. Além de suprir formação teórica ao Núcleo, o curso foi realizado com o objetivo de sensibilizar um número maior de profissionais da instituição, tendo sido estrategicamente escolhidos aqueles que atuavam em setores onde a possibilidade de identificação de casos seria maior, a saber: Emergência, Enfermarias, Setor de Triagem de pacientes e Ambulatório Geral. Além desses, foram selecionados professores do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ, que desempenhavam atividades nos Ambulatórios de Especialidades do IPPMG. O curso teve duração de 40 horas e contou com a participação de 40 profissionais, representando um marco institucional para o enfrentamento – no IPPMG – da violência contra crianças.

Um segundo momento foi a Jornada sobre “Violência contra a criança e o adolescente”, organizada pela equipe do Núcleo, em 1997. Com duração de 16 horas, teve como principal objetivo a abordagem de aspectos práticos do atendimento às vítimas. O AF já estava em funcionamento na ocasião e muitos questionamentos surgiam da própria prática no serviço e na instituição como um todo. Esse evento, aberto para profissionais do IPPMG e profissionais externos, contou com a participação de convidados experientes cuja contribuição foi a de dirimir dúvidas e problemas suscitados pelo atendimento às vítimas.

O terceiro momento na formação da equipe – e de maior densidade de conteúdos – foi a participação de seis profissionais do Núcleo (correspondendo a cinco dentre os sete que compõem a equipe atual) no “Telecurso de Especialização em Violência Doméstica”, da USP. A especialização ocorreu durante o ano de 1997 e foi encerrada com um curso de 40 horas naquela Universidade, versando especificamente sobre abuso sexual, ministrado pelo professor Tilman Furniss, especialista de renome internacional. Tal curso exigia dos alunos que se agrupassem em equipes interinstitucionais, o que proporcionou aos profissionais do Núcleo do IPPMG contatos semanais com profissionais da ABRAPIA e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – parceiros de equipe – permitindo trocas e conhecimentos mútuos entre as instituições envolvidas e estabelecendo fortes vínculos que se mantêm até os dias atuais.

Desde então os profissionais do AF não mais participaram, em conjunto, de quaisquer atividades externas visando sua formação teórica e conceitual no tema da violência, o que somente tem ocorrido em nível individual.

As discussões teóricas foram ocorrendo com menor frequência na medida em que a necessidade de discutir a prática tornou-se prioritária durante as reuniões. Desde maio de 1996, os registros das atas demarcam dois momentos distintos nas reuniões: um para discutir

casos, outro para demais assuntos (questões administrativas, de ensino, discussões teóricas). Durante um ano, as reuniões chegaram a ser em mais de um turno, uma vez que rotineiramente a discussão de casos avançava ao ponto de suprimir o outro momento da reunião.

A preocupação em intensificar as reflexões teóricas sobre violência está registrada em atas durante todo o período estudado neste trabalho. Ocorreram algumas discussões com temas menos conceituais, voltados para a prática do atendimento, tais como: entrevista de revelação para abuso sexual, genograma, orientações éticas dos Conselhos Regionais de Medicina e Psicologia, dificuldades da notificação de casos, o papel do pediatra no atendimento às vítimas etc. Chegou-se também à tentativa de sistematização de algumas questões consideradas necessárias às atividades práticas, como, por exemplo, os critérios de alta, o tempo de acompanhamento dos casos e a especificidade das consultas de primeira vez. Tais discussões não chegaram a ser aprofundadas e os critérios e condutas, na prática, têm sido avaliados caso a caso nas reuniões de equipe. Retornaremos a esta questão mais adiante neste texto.

No período estudado, percebe-se que a equipe investiu na **organização do trabalho assistencial**. Nesse sentido, vislumbrando a possibilidade de conhecer e controlar os atendimentos prestados, foi elaborado um banco de dados do serviço, com informações sobre os pacientes e o atendimento realizado, o qual foi implementado um ano após o início do funcionamento do AF.

Esse banco armazenaria dados dos atendimentos realizados pelos pediatras e pela enfermeira, na época os únicos que recebiam pacientes de primeira vez, representando a porta de entrada para o AF. Foi elaborada, então, uma ficha correspondente aos dados que constavam no banco, a ser preenchida na primeira consulta e atualizada a cada atendimento. Cada paciente tem uma ficha no serviço e seu preenchimento não substitui as anotações rotineiras do prontuário a cada contato ou consulta com a equipe.

Em março de 1998, a partir de pesquisa realizada por uma profissional da equipe, e de um primeiro relatório a partir do banco de dados, verificou-se a necessidade de se rever e reestruturar o banco existente. O grupo discutiu novas variáveis a serem introduzidas, tendo-se assinalado que não se poderia ampliar em muito as variáveis, visto que poderia vir a comprometer a confiabilidade dos dados. Durante o ano de 1999, houve várias reuniões sobre a ficha para coleta dos dados e verificou-se ainda deficiências no formato do banco de dados e na qualidade dos dados lá inseridos. Como consequência, passou-se a fazer lentamente, mas de forma sistemática, a revisão dos prontuários com correção das informações contidas no banco de dados, revelando a preocupação da equipe com a qualidade do material ali contido.

Em agosto de 1999, foi implementado o banco de dados no formato que é utilizado até o momento e, em fevereiro de 2000, foram discutidas mudanças nas fichas de registro de atendimento de forma a adequá-las ao novo formato do banco. Dessa ficha constam, assim, dados de identificação da criança e de seus responsáveis, dados sobre o abuso e o agressor, os encaminhamentos realizados, a situação do caso quanto à notificação e a relação de consultas, uma a uma, com registros de comparecimento ou falta, de modo a permitir rápida identificação da regularidade e da manutenção do acompanhamento do caso (anexo 10). Tal ficha passou a ser preenchida apenas para os pacientes que ingressaram no serviço a partir daquela data (fevereiro de 2000), ficando os casos antigos com fichas nos formatos anteriores. Este tem sido um problema da utilização deste banco de dados em pesquisas, uma vez que nas fichas antigas faltam os dados incluídos mais recentemente.

Embora durante o ano de 1998 tenha havido a tentativa, por parte da coordenação da equipe, de incluir dados próprios dos atendimentos das psicólogas e da assistente social no banco de dados do serviço, tal iniciativa não teve continuidade.

Constata-se, assim, que o banco de dados do AF conta apenas com os registros das consultas médicas e de enfermagem, sem a inclusão de dados específicos da psicologia e do serviço social. Uma vez que no ano de 2001 a assistente social passou a prestar alguns atendimentos sem interferência direta de outros profissionais da equipe (devido à grande demanda do serviço), esta tem também preenchido a ficha de registro geral correspondente a cada paciente que ingressa no AF. A ausência de dados dos atendimentos prestados pelas psicólogas e pela assistente social dificulta a visibilidade do trabalho dessas profissionais a partir do banco de dados do serviço, sendo necessária a utilização do prontuário para obter qualquer informação sobre esses atendimentos.

É evidente que a vertente assistencial do “Núcleo de atenção a crianças vítimas de violência”, representada desde 1996 pelo Ambulatório da Família, tem sido a responsável pela **divulgação** e pelo reconhecimento interno e externo do trabalho da equipe. Embora exista uma *home page* do Núcleo desde agosto de 1997, poucas foram as manifestações de conhecimento da equipe através deste meio e não há qualquer material impresso de divulgação do Núcleo ou do AF, quer para profissionais, quer para a clientela. Apenas alguns poucos documentos foram enviados para outros serviços durante os anos estudados, porém com o objetivo de orientar profissionais a respeito do funcionamento do AF, e não o de divulgação do serviço ou do Núcleo.

Além das atividades assistenciais, todos os membros da equipe do AF participam de **atividades de ensino**, interna e externamente à UFRJ, já previstas desde a implementação do Núcleo. O serviço ainda não inseriu alunos nas atividades assistenciais de forma rotineira,

porém tem permitido estágios de alunos de graduação e pós-graduação interessados, tanto no ambulatório quanto nas reuniões de equipe.

Os profissionais do Núcleo têm ministrado aulas em cursos regulares para graduação de medicina, enfermagem e fonoaudiologia, todos da UFRJ. Além dessas atividades, no segundo semestre de 1999, a equipe começou a ministrar uma disciplina abordando o tema “Violência contra a criança e o adolescente”. Trata-se de disciplina de escolha opcional oferecida no curso de medicina da UFRJ, com 12 semanas de duração. As 4 horas semanais incluem atividades teóricas e a discussão de casos atendidos no AF. Esta disciplina tem ocorrido regularmente, duas vezes ao ano, e envolve toda a equipe. Em média apenas 60% das dez vagas disponibilizadas por semestre têm sido preenchidas, segundo os próprios alunos devido à pouca divulgação da existência da disciplina, ainda relativamente nova como opção no curso de Medicina. Na avaliação dos alunos, a disciplina, além de proporcionar conhecimento mais aprofundado sobre o tema em questão, tem sido importante por favorecer contato com equipe multidisciplinar e por chamar atenção para questões geralmente não abordadas no curso médico, como as de natureza psicológica, social e legal.

Nos últimos anos, o tema “Violência contra crianças e adolescentes” foi inserido em diversos cursos de extensão ocorridos no IPPMG, e alguns livros didáticos organizados por profissionais da instituição também incluíram capítulos sobre o tema.

Convites para apresentação do trabalho da equipe ou para ministrar aulas sobre o tema em outras instituições ocorreram desde o primeiro ano de funcionamento do AF, tomando grande vulto nos anos de 1999 e 2000. Eventos nas áreas de Psicologia, Enfermagem, Medicina e Segurança Pública contaram com a participação de membros da equipe no decorrer dos anos estudados. Chama atenção a baixa demanda na área de Serviço Social, o que pode ser explicado pela dificuldade de envolvimento pleno dos assistentes sociais que integraram a equipe até recentemente, nas atividades não assistenciais do grupo. Este perfil condiz com características gerais do Serviço Social do IPPMG, que tem se mostrado um serviço voltado exclusivamente para a assistência, não desenvolvendo atividades de ensino ou pesquisa na instituição.

Nas atividades das quais participam, é notório que os membros da equipe do AF contribuem devido à experiência concreta com o atendimento às vítimas. Vários dos eventos dos quais participaram tinham o caráter de treinamento de outras equipes para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

A experiência com a assistência tem permitido uma pequena, mas constante **produção científica** por parte de alguns membros da equipe, em conjunto ou individualmente. A maior parte dessa produção versa sobre questões relacionadas à assistência às vítimas, ou seja, a

experiência prática tem sido um instrumento não apenas para o ensino, mas também para a produção científica. Percebe-se, no entanto, que esta produção se concentra em alguns membros da equipe, sendo necessário um esforço no sentido de envolver de forma mais abrangente todos os profissionais.

Pelo exposto, pode-se perceber que as ações da equipe do AF ocorrem num contexto institucional de boa aceitação, nos três níveis previstos para serem desenvolvidos na instituição (assistência, ensino e pesquisa); a própria equipe tem investido mais intensamente nas questões assistenciais, sendo o desenvolvimento dos dois outros níveis quase exclusivamente consequência do primeiro; a equipe mantém uma certa estabilidade em termos de sua constituição; a equipe está atenta aos deslizes e desvios que ocorrem no dia a dia, embora não consiga transformar muitos “diagnósticos” em ações concretas para resolução dos problemas.

2 – Perfil dos casos de abuso sexual

A apresentação a seguir, do perfil dos casos de abuso sexual, tem por objetivo tornar visível ao leitor um panorama das situações que se apresentam à equipe do AF. Está dividido em três subitens, nos quais descreveremos brevemente: a) a frequência do abuso sexual em relação aos demais atendimentos; b) as características das crianças e adolescentes atendidos, segundo sexo e idade; c) e as características dos abusos sexuais. Acreditamos que este seja um conteúdo importante para auxiliar na compreensão geral desta pesquisa, embora um estudo aprofundado das características dos abusos fuja aos nossos objetivos.

2.1 – Frequência do abuso sexual no AF

Um panorama geral dos atendimentos do AF, no período estudado, mostrou que o abuso sexual representa um percentual expressivo dos casos (tabela 2).

Tabela 2
Distribuição da clientela atendida no AF, segundo o tipo de abuso.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N = 436 pacientes e 588 abusos)

Tipo de abuso	Número de abusos	Percentual
Abuso físico	170	28,9 %
Abuso sexual	166	28,2%
Negligência	154	26,2%
Abuso psicológico	98	16,7%
Total	588	100,0%

Essa distribuição tem sido a mesma desde que se começou a elaborar estatísticas do serviço, com o abuso sexual ocupando um lugar de destaque não usualmente descrito por outras instituições que prestam atendimento a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, onde a negligência e o abuso físico são os mais freqüentes. Em 1998, a equipe discutiu possíveis causas para esse comportamento, sendo levantados três fatores que poderiam contribuir para isto: o abuso sexual mobiliza mais o profissional de saúde que, conseqüentemente, encaminharia mais esse tipo de abuso ao AF; o IPPMG é unidade de referência, o que poderia aumentar a detecção do abuso sexual a partir de avaliações clínicas mais minuciosas dos pacientes, ao ser investigada uma grande diversidade de sinais e sintomas que se apresentam à instituição; e, por fim, muitas situações de negligência que não eram suficientemente “severas” não haviam sido assumidas pelo AF, mas pelo setor de Pediatria Geral, diminuindo relativamente esse tipo de violência no serviço em questão.

De fato, o percentual de abusos sexuais observado no AF (28,2%) é mais elevado do que a maioria dos serviços que não estão inseridos diretamente em unidades de saúde, como por exemplo a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência, cujo percentual de abuso sexual, dentre os casos atendidos em 1998, foi de 9,4% (ABRAPIA, 1999) e o Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância, onde o abuso sexual representou 19,8% dos atendimentos em 1996 (CRAMI, 1997). Dentre as notificações recebidas pela SES/RJ, entre julho de 1999 e outubro de 2001, o abuso sexual foi o menos freqüente, estando presente em 20% dos casos (Jornal do Brasil, 2001).

Constatamos, através de entrevista com profissionais não pertencentes ao IPPMG, que de fato eles seguem critérios diversos para encaminhamento de casos para o AF, selecionando-se, no entanto, aqueles mais complexos ou que necessitam de avaliação médica,

o que certamente contribui para o maior número de casos de abuso sexual. As opiniões abaixo descritas ilustram esses critérios:

“... quando a gente manda, não é uma coisa emergencial ... mas tinha que ser encaminhado para alguém que pudesse fazer acompanhamento médico.”
[profissional externo3]

“... geralmente quando você precisa mandar pro AF, a situação é difícil, é grave, é frágil, você não vai ter condição de fazer o atendimento aqui por algum motivo...”
[profissional externo 4]

“... quando eu cheguei aqui, me disseram:... ‘casos de estupro, IPPMG’. Porque lá é o melhor lugar pra avaliar, e tudo isso. Então eu sempre fiz isso... caso grave, de violência doméstica, IPPMG.” [profissional externo 5]

No período estudado, algumas vítimas de abuso sexual também foram encaminhadas por órgãos da Justiça para esclarecimento diagnóstico, o que não aconteceu com outros tipos de abuso.

Percebe-se, portanto, que tanto os profissionais externos quanto os do próprio AF, de certa forma, selecionaram a clientela e estabeleceram uma ordenação de importância para os tipos de maus-tratos, na qual o abuso sexual aparentemente se destaca. Parece, também, que o AF assumiu um papel de serviço de referência para este tipo de abuso.

Um outro aspecto que pode ser verificado, também através da tabela 2, é que os 436 pacientes apresentaram 588 abusos, ou seja, algumas crianças e adolescentes do AF foram vítimas de mais de um tipo de abuso.

Segundo Kinard (1994), um dos espinhos para a pesquisa relacionada aos maus-tratos contra a criança é justamente a classificação de formas múltiplas deste tipo de violência, já que embora se prefira trabalhar com variáveis caprichosamente categorizadas, raramente os maus-tratos existem nas formas isoladas desejadas pelos pesquisadores.

Essa foi uma questão que também mereceu esforço de superação na nossa pesquisa. Embora tenhamos selecionado os pacientes a partir de sua classificação como vítimas de abuso sexual, verificamos que em 31% deles havia associação com outros tipos de abuso, com as diversas combinações mostradas na tabela 3.

Tabela 3
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo associação com outros tipos de abuso. Abril de 1996 a setembro de 2000. (N= 40 pacientes)

Tipo de associação	Número de pacientes
Abuso sexual + físico	9
Abuso sexual + negligência	6
Abuso sexual + psicológico	13
Abuso sexual + físico + psicológico	3
Abuso sexual + físico + negligência	4
Abuso sexual + psicológico + negligência	4
Abuso sexual + físico + psicológico + negligência	1
Total	40

Kinard (1994) levanta uma série de questões em relação à associação de formas de maus-tratos, dentre elas as seguintes:

- embora os estudos devessem incluir subgrupos representativos de todas as combinações possíveis, muitas delas ocorrem raramente e seria difícil obter amostras representativas para conduzir análises apropriadas;
- os tipos de maus-tratos denunciados ou confirmados podem não refletir todas as formas de maus-tratos sofridos pela criança;
- quando uma criança sofreu diversos tipos de maus-tratos, concomitantes ou não, é difícil para o pesquisador determinar se os efeitos são resultado do tipo mais recente ou de efeitos cumulativos de todos os tipos;
- independentemente de como os maus-tratos são definidos, nenhum investigador pode ter certeza de que os tipos de maus-tratos representam formas “puras” de abuso.

Esse mesmo autor se refere a um trabalho desenvolvido por ele próprio, no qual utilizou uma “classificação hierárquica” para resolver o problema das múltiplas formas de abuso: abuso sexual com ou sem abuso físico ou negligência foi classificado como abuso sexual; abuso físico com ou sem negligência foi classificado como abuso físico; e negligência sem abuso sexual ou físico foi classificada como negligência. Chama atenção a não inclusão do abuso psicológico, não comentada pelo autor.

Na nossa pesquisa, classificamos todos os casos de abuso sexual como tal, independentemente de haver ou não associação com os demais tipos de abuso, à semelhança do que foi utilizado pelo autor supracitado. Entretanto, trabalharemos com duas categorias

(abuso sexual com e sem associação com outros tipos de abuso) sempre que acharmos que tal distinção poderá interferir em alguns dos resultados encontrados na avaliação do serviço.

A opção por incluir todas as vítimas de abuso sexual na avaliação, abrangendo as que têm outros abusos associados, foi corroborada pelo fato da equipe considerar o abuso sexual como aquele que requer mais especificidades em seu atendimento, o que pode ser verificado através dos seguintes depoimentos:

“Tem uma dinâmica completamente distinta, é o que de modo geral requer exames complementares, que nos outros você não faz... traz uma carga muito forte no atendimento, então a carga vivida pela família, pela criança e por nós profissionais que estamos lidando com aquela situação gera uma reação no profissional, os outros não tanto... A gente cria uma reação imediata que é de repulsa.” [AF 1]

“...está dentro do tabu do incesto, acho que passa por aí, a coisa mais profunda lá da alma da gente. Mas ele é o tipo de abuso que traz mais dificuldade. E até no dia a dia mesmo, nas discussões a gente percebe a dificuldade. Até uma observação que foi feita recentemente é que a gente não consegue lidar com o agressor do abuso sexual da mesma forma que lida com o agressor das outras formas de abuso” [AF 1]

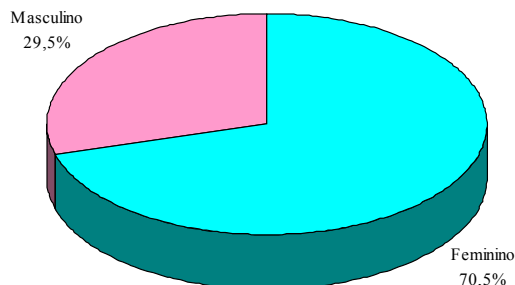
“O abuso sexual é o grande stress” [AF 4]

2.2 – Características dos pacientes atendidos por abuso sexual

Relatório interno do AF, emitido em fevereiro de 2001, mostrou que não há predominância de um sexo numa análise dos 417 pacientes atendidos pelo serviço até então (51,7% para sexo feminino e 48,3% para o masculino). Esse relatório não especificava os sexos por tipo de abuso.

No entanto, reforçando dados da literatura, verificamos a predominância do sexo feminino dentre as vítimas de abuso sexual no serviço, como pode ser verificado no gráfico 1.

Gráfico 1
Distribuição das vítimas de abuso sexual atendidas no AF, segundo sexo.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=129)



Segundo a literatura, o abuso sexual tem sido mais freqüentemente identificado em meninas, embora cada vez mais seja notificado este tipo de abuso nos meninos. Gordon & Jaudes (1996) encontraram 89% de meninas em sua amostra (serviço de emergência) e Palusci et al (1999), 78% (em dois serviços de proteção à criança). As meninas também predominaram dentre estudantes adolescentes numa grande amostra estudada por Garnefski & Arends (1998), representando 80% dos que relataram terem sofrido abuso sexual. Relatório da ABRAPIA, referente a 121 casos de abuso sexual atendidos no ano de 1998, mostra que o sexo feminino representava 71,1% das vítimas e o masculino 28,9% (ABRAPIA, 1999), à semelhança da distribuição que encontramos.

Segundo Lab et al (2000), a noção de que homens podem ser vítimas de abuso sexual é relativamente recente, de modo que os estudos a respeito estão ainda começando a surgir. Se, por um lado, as vítimas do sexo masculino não revelam suas experiências (por negarem que as mesmas tenham sido abusivas, por vergonha ou por medo das conseqüências negativas), por outro, os profissionais de saúde identificam menos o abuso sexual em homens, apesar dos efeitos se mostrarem semelhantes em ambos os sexos. Alguns motivos para essa segunda situação são levantados pelos autores: os profissionais não suspeitam ou não investigam a possibilidade de abuso sexual no sexo masculino; muitas vezes não acreditam na revelação de abuso feita por homens; negam, junto com os pacientes, que a experiência tenha sido abusiva, por acreditarem que a experiência com mulheres mais velhas signifique “iniciação” à vida sexual ou por terem dificuldades em admitir a ocorrência de atividades homossexuais.

Contextualizando culturalmente a postura dos profissionais de saúde, Lab et al (2000) ressaltam que eles não seriam imunes às crenças, mitos e estereótipos existentes na sociedade.

Portanto, compartilhariam de muitos pontos de vista amplamente difundidos tais como a “feminilização da vitimização” e a “masculinização da opressão”, que colocam as mulheres como vítimas e os homens como agressores, dificultando a visibilidade da vitimização masculina.

Ao chegarem ao AF, a média de idade das vítimas de abuso sexual incluídas nessa pesquisa foi de 6,8 anos, com mediana de 6,5 anos, variando de 10 meses a 18 anos de idade. A idade média das crianças abusadas sexualmente que chegaram a um serviço de emergência em Chicago (EUA), estudado por Gordon & Jaudes (1996), foi de 6,4 anos, e média semelhante foi encontrada por Palusci et al (1999) em dois serviços de proteção à infância nos EUA (7,4 anos), ambas semelhantes à encontrada no AF.

Considerando-se as mesmas faixas etárias e comparando os dados do AF com os da ABRAPIA (tabela 4), verifica-se que existe diferença na distribuição da ocorrência por faixa etária, embora em ambos os serviços a maior parte se encontre entre 2 e 10 anos de idade.

Tabela 4
Comparação da faixa etária das vítimas de abuso sexual
atendidas no AF e na ABRAPIA

Faixa etária	Amb. Família (abril/96 a set/00) N= 129 casos	ABRAPIA* (1998) N= 121 casos
< 2 anos	3,9%	–
2 a 5 anos	36,5%	41,3%
6 a 10 anos	45,2%	28,1%
11 a 15 anos	13,4%	25,6%
16 a 18 anos	1,6%	5%

* Relatório de atividades do ano de 1998 (ABRAPIA, 1999)

Nota-se que não foi atendida pela ABRAPIA nenhuma vítima de abuso sexual menor de 2 anos de idade. É provável que um serviço do tipo SOS-Criança, como é o caso, tenha menos oportunidade de diagnosticar abuso sexual nessa faixa etária, por se tratarem de crianças ainda sem capacidade para relatar abusos, sendo as suspeitas mais relacionadas a alterações físicas ou comportamentais. Tais alterações levam os familiares a buscarem ajuda de profissionais de saúde, que podem então suspeitar de abuso sexual. As diferentes formas de captação dos casos desses dois serviços (um principalmente por denúncia anônima e o outro pela procura espontânea dos responsáveis ou encaminhado por profissionais de saúde) também podem influenciar na maior ocorrência dessa faixa etária num serviço de saúde.

Admitindo como ponto de corte a idade de 12 anos – a fim de identificar os adolescentes de acordo com a definição do ECA – verificamos que apenas 6,9 % das vítimas de abuso sexual atendidas pelo AF no período estudado correspondiam a adolescentes. Segundo o último relatório do AF (fevereiro de 2001), poucos são os adolescentes atendidos pelo serviço (8,4%).

A clientela do IPPMG também é reduzida na faixa etária que corresponde aos adolescentes. Isto se deve a limitações na capacidade do Serviço de Adolescentes do hospital em atender à demanda e também ao fato de existir limite máximo de idade (13 anos incompletos) para atendimentos na Emergência e para internação nas enfermarias. Certamente esses fatores contribuem para o reduzido número de atendimentos de adolescentes no AF, já que a maior parte da demanda do serviço advém de encaminhamentos internos e há pouca procura espontânea, como veremos adiante.

A equipe do AF identificou algumas diferenças entre o atendimento de crianças e o de adolescentes, considerando este último mais difícil pelos seguintes motivos: *“muda completamente a dinâmica do atendimento”* uma vez que *“com o adolescente você tem que obrigatoriamente criar um espaço de troca”*; *“o nosso diálogo se faz de outra forma”*, alterando o que é de praxe na consulta pediátrica, que está centrada num *“diálogo profissional-pais ou responsáveis”*; ainda que sua maior capacidade de verbalização possa ser útil para esclarecer o abuso sofrido, *“o adolescente tem mais meios de compreender a situação e até de jogar com a gente”*, podendo *“dissimular”*; o adolescente pode *“aceitar ou não o atendimento”*, enquanto *“com a criança, a mãe faz um trabalho de aceitação do profissional. Então você tem uma mediação...”*; *“a gente não tem formação pra atender o adolescente”*; a própria dinâmica do AF *“tem toda uma montagem da maneira de atender que não é específica pro adolescente”*, não contemplando, por exemplo, o atendimento inicial apenas com o adolescente, sem os familiares; *“a montagem da equipe tem que ser diferente”* para que possa suprir as necessidades do atendimento do adolescente.

Um outro estudo realizado na ABRAPIA, também relativo aos casos atendidos em 1998, mostrou que a concentração de vítimas de abuso sexual ficou na faixa etária entre 0 e 10 anos (Abreu, 1999). A autora comenta que a maior prevalência nesta faixa etária ocorre possivelmente por ser a mais frágil física e emocionalmente, além de ter maior dependência dos cuidados dos pais e/ou responsáveis. Esse estudo, porém, limitou-se ao abuso intrafamiliar, o que certamente influenciou o predomínio dessa faixa etária.

A média e a mediana de idade das meninas do nosso estudo foram iguais (7 anos) e ligeiramente maiores que as dos meninos, que foram de 6,4 e 6,2 anos, respectivamente. Verificamos que não havia adolescentes (pacientes com 12 ou mais anos de idade) do sexo

masculino dentre os pacientes estudados. O pequeno número de adolescentes da nossa amostra (apenas 9 no total) não nos permite aprofundar o estudo a respeito.

Dentre as 86 vítimas de abuso sexual que Guerra (2000) estudou, apenas quatro correspondiam ao sexo masculino, e todas tinham até 5 anos de idade. O autor aventou a hipótese de que nessa faixa etária nenhum dos sexos pode defender-se do abuso, e que com o aumento da idade os meninos passam a defender-se melhor, diminuindo a possibilidade de tornarem-se vítimas. Referiu-se, também, à possibilidade dos abusos em meninos mais velhos serem encobertos por questões culturais, como já comentamos anteriormente.

Fischer & McDonald (1998), além das possibilidades supra-citadas, aventam também a hipótese de meninos pós-púberes serem menos desejados pelos agressores do sexo masculino do que os pré-púberes. Analisando a ocorrência do abuso sexual em relação a sexo e idade, esses autores verificaram que meninos mais velhos são menos propensos a serem abusados sexualmente do que meninas mais velhas, não havendo tal diferença nas idades mais precoces (7 anos ou menos).

Em relação à faixa etária para a ocorrência de abuso sexual, segundo Sánchez (1997) todas as investigações confirmam que a puberdade seja o período mais vulnerável. Entretanto, é possível que em idades precoces o abuso possa não ser reconhecido, ou a própria criança possa não se recordar dos abusos. Na literatura há relatos de abuso sexual desde o período neonatal (Zavaschi et al, 1991).

Procuramos resgatar na nossa pesquisa a idade da criança no primeiro episódio de abuso sexual, o que foi obtido para 63 dos 129 pacientes (48,8%). Essa mostrou-se pouco abaixo do que encontramos para a idade de chegada ao AF (descrita acima): variou de 1 a 15 anos, com média de 6,1 anos e mediana de 6,5 anos. É interessante notar que 58 entre as 63 crianças (92%) tiveram o primeiro episódio de abuso entre 2 e 10 anos de idade, sendo 28 delas entre 2 e 5 anos e as outras 30, entre 6 e 10 anos.

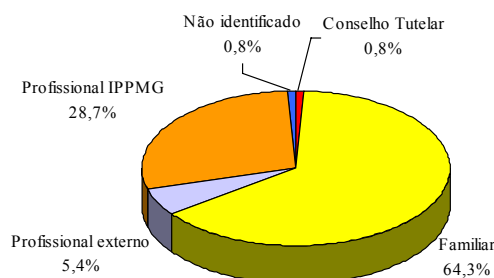
Muram (1999) relatou que a idade média encontrada na literatura para a ocorrência do primeiro incidente de abuso sexual varia entre 8 e 11 anos. Um pouco acima, portanto, do encontrado no AF.

2.3 – Características dos abusos sexuais

2.3.1 – Origem da suspeita

Na maioria dos casos estudados foi possível identificar quem suspeitou da ocorrência de abuso sexual, como pode-se verificar no gráfico 2.

Gráfico 2
Distribuição das situações de abuso sexual atendidas no AF, segundo a origem da suspeita.
Abril de 1996 a Setembro de 2000. (N=129)



É interessante notar que a preocupação em relação a uma possível ocorrência de abuso sexual, na maioria das situações, surgiu dentro da própria família. Este dado parece apontar para uma tomada de consciência dos familiares em relação à necessidade e à possibilidade de mudar a situação, quebrando o silêncio e buscando atendimento a fim de ajudar as vítimas.

O relatório do AF, emitido em fevereiro de 2001, revela a diferença do abuso sexual em relação aos demais tipos de abuso no que diz respeito à origem da suspeita, e confirma a importância dos familiares para a suspeita do abuso sexual: neste tipo de abuso a família surgiu em percentual semelhante ao dos profissionais de saúde como responsáveis pela suspeita (46,9% e 50%, respectivamente), enquanto nos outros tipos de abuso os profissionais representaram quase a totalidade dos responsáveis pela suspeita (84,6 % no abuso físico, 92,1% na negligência e 93,2% no abuso psicológico). Sendo os castigos físicos frequentemente utilizados na cultura brasileira como meio educativo e a negligência e o abuso psicológico pouco reconhecidos pelos familiares, é compreensível que em geral esses casos surjam a partir da suspeita dos profissionais de saúde.

A diferença dos achados nos levantamentos da nossa pesquisa e do relatório do AF, em relação ao abuso sexual, deve-se provavelmente a problemas no preenchimento das fichas de pacientes do AF, fonte de dados para o relatório. Verificamos, nas reuniões de equipe, que este dado específico era interpretado e preenchido de forma desigual por um dos profissionais responsáveis pelo preenchimento da ficha. Como já foi relatado, o banco de dados do AF passa atualmente por revisões devido à constatação de falhas desse tipo e à falta de dados verificados em levantamentos anteriores. Embora o referido relatório englobe 152 vítimas de

abuso sexual, os dados sobre a origem da suspeita, por exemplo, só estavam disponíveis em 98 casos.

2.3.2 – Situação de confirmação do abuso na chegada ao AF

À primeira consulta no AF, verificamos que em seis casos (4,7%) não havia suspeita de abuso sexual, ou seja, as crianças haviam sido encaminhadas por outros tipos de maus-tratos. Em 56 casos (43,4%), os profissionais registraram no prontuário que havia “suspeita de abuso sexual”. Os 67 casos restantes (51,9%) classificamos como “confirmados” pelos seguintes motivos:

- a) apesar de, em geral, não haver registro claro no prontuário de que esses abusos estavam confirmados, notava-se a falta das palavras “*suspeita de*” na impressão sobre o caso, descrevendo-se apenas “*abuso sexual...*”, o que os diferenciava das situações suspeitas. A pouca clareza dos registros de prontuário em relação ao abuso estar confirmado, numa primeira consulta, pode dever-se à insegurança do profissional que atende em afirmar, de pronto, a ocorrência do abuso sexual, sem ter tido a possibilidade de contato mais intenso com a criança e sua família. Retomaremos essa discussão adiante, quando apresentarmos a situação de confirmação dos abusos após atuação da equipe do AF.
- b) esses casos contemplavam os “critérios de confirmação” estabelecidos pela equipe do AF. Pode-se verificar no anexo 10 que no bloco “chegada ao AF”, da ficha do paciente que serve como fonte de dados para o banco do serviço, há um item denominado “razões de confirmação na chegada”. Esse item, de preenchimento livre por parte do profissional que presta o atendimento, tem no entanto opções fechadas para a digitação no banco de dados. Tais opções foram estabelecidas em equipe e são os critérios adotados para confirmação dos maus-tratos em geral. São eles, tal como constam nas opções do banco de dados do serviço: “relato da criança”; “testemunha”; “testemunha por familiar”; “exames complementares”; a combinação desses quatro critérios dois a dois; e “outros” critérios. Verificamos junto à profissional que alimenta o banco de dados, e que portanto classifica as anotações das fichas, que: “testemunha” refere-se a alguém que não é da família mas presenciou o abuso; e “exames complementares” inclui os exames laboratoriais e as alterações no exame físico.

A partir da consulta aos prontuários, e tomando por base os critérios acima utilizados pelo serviço, alguns dos quais foram por nós desdobrados, utilizamos na nossa pesquisa os seguintes critérios para classificar os abusos como confirmados: relato da criança para um profissional (de saúde, na escola, na delegacia etc) e/ou relato da criança para outra pessoa

(parentes, amigos etc) e/ou existência de testemunha do abuso (quer seja pessoa da família ou não) e/ou alterações de comportamento compatíveis com abuso sexual (comportamento sexualizado – masturbação excessiva, brincadeiras) e/ou verificação de alterações físicas sugestivas de abuso sexual, quer seja por familiares, quer seja por profissionais de saúde e/ou outros critérios.

Com base nesses critérios, para os 67 pacientes que chegaram ao AF com situações de abuso “confirmadas”, verificou-se o seguinte: em 88,1%, houve relato da criança para alguma pessoa; em 29,9%, a criança relatou para um profissional; em 29,9%, alguém presenciou o abuso; em 34,3%, a criança apresentava alterações de comportamento compatíveis com abuso sexual; em 20,9%, algum familiar verificou alterações físicas compatíveis com abuso sexual; em 22,4%, algum profissional de saúde verificou alterações físicas compatíveis com abuso sexual; e, em dez casos (14,9%), a confirmação se fez por outros critérios, dentre eles, quatro casos nos quais o agressor admitiu o abuso.

Nota-se que várias situações apresentavam mais de um dos critérios selecionados e que, na maioria das vezes, a vítima já havia manifestado o abuso ao chegar ao AF, quer direta e verbalmente, quer indiretamente através de alterações comportamentais.

Retomaremos a discussão desses critérios mais adiante, na avaliação dos resultados do atendimento, uma vez que a confirmação dos abusos pela equipe foi uma das variáveis estudadas.

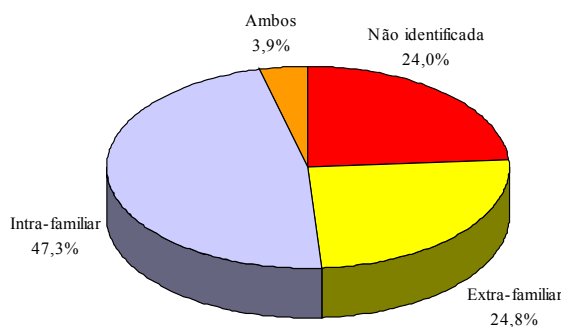
Verificamos através desse levantamento a necessidade de revisão da ficha de preenchimento de dados do AF, incluindo nela critérios fechados (para não permitir vieses de interpretação por parte do digitador) e a possibilidade de inclusão de outras combinações de critérios. É necessário também discutir os critérios disponíveis no banco, pois não são claros (ex: testemunha e testemunha familiar); englobam situações diversas num mesmo critério (ex: alterações no exame físico são incluídas no critério “exame complementar”); e não contemplam situações bastante frequentes nos prontuários dos pacientes estudados e na literatura, como, por exemplo, as alterações de comportamento, que têm sido incluídas na categoria “outros”. Certamente, se os profissionais do AF, ao preencherem as fichas, tivessem que categorizar seus casos de acordo com esses critérios – o que não acontece pois a codificação é feita posteriormente por outro profissional –, já teriam percebido a necessidade de discutir e aperfeiçoar tais critérios.

2.3.3 – Relação do agressor com a vítima

A relação do agressor com a vítima não pode ser identificada em 24% dos casos, pelo fato de não haver suspeitos. Tais situações representam aquelas encaminhadas ao AF por profissionais, baseados não em queixa familiar de abuso sexual e sim, tão somente, pela verificação de alterações físicas ou de comportamento condizentes com abuso sexual.

Em 47,3% o abuso foi intrafamiliar; em outros 24,8%, o agressor não pertencia à família da vítima (abusos extra-familiares), sendo aí incluídos os vizinhos, amigos da família, colegas de escola e babá; e em 3,9%, houve relato de abuso intra e extra-familiar concomitantemente ou em períodos diferentes. A distribuição dos casos, segundo a relação entre agressor e vítima, pode ser melhor visualizada no gráfico 3.

Gráfico 3
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF,
segundo a relação do agressor com a vítima.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=129)



O maior percentual de abusos intrafamiliares encontrado em nossa amostra não encontra respaldo na maior parte da literatura consultada. Manion et al (1996) relatam que inquéritos comunitários realizados no Canadá e nos EUA mostraram que o abuso sexual extra-familiar é o mais prevalente entre crianças, alcançando cifras acima de 70% quando são incluídos abusos sem contato físico. Wyatt et al (1999) também encontraram, em sua amostra, mais de 60% de agressores extra-familiares. Fischer & McDonald (1998), em estudo com 1101 casos obtidos em arquivos policiais no Canadá, verificaram 56% de abuso extra-familiar e relataram que uma revisão de dez estudos mostrou que a incidência do abuso intrafamiliar é geralmente menor que a do abuso extra-familiar, alcançando cifras de 10% a 50% dos casos.

Guerra (2000), em seu trabalho realizado na Bolívia, embora não explicita os percentuais de agressores intra e extra-familiares, também relata que a maioria das agressões são perpetradas por agentes extra-familiares.

A predominância de agressões intrafamiliares, revelada na nossa amostra, encontra paralelo em Flores (1998), que relata que os abusos extra-familiares representam menos de 20% dos abusos sexuais. Verificamos situação semelhante no Programa SOS-Criança da ABRAPIA, no qual 63,2% dos abusos sexuais foram praticados por familiares (ABRAPIA, 1999).

A maior ocorrência de abusos intrafamiliares pode ser explicada pelas características do IPPMG, que atende predominantemente crianças numa faixa etária ainda muito dependente dos familiares, e não atende grandes emergências, sendo pouco freqüentes, por exemplo, situações de estupro.

Pesquisas sugerem diferenças entre os abusos intra e extra-familiares sob diversos aspectos. Fischer & McDonald (1998) citam em seu trabalho algumas dessas diferenças, comparando o que a literatura diz a respeito com o que verificaram em seu trabalho:

- **a gravidade do abuso** – na literatura não há consenso a respeito, embora haja mais estudos mostrando que o abuso intrafamiliar, por geralmente ser de maior duração e ter maior freqüência de contatos, possibilitando progressão gradual do toque à penetração, envolveria os mais sérios danos. Fischer & McDonald verificaram início mais precoce, duração mais longa, maior nível de intrusão e mais seqüelas físicas e emocionais nas vítimas de abuso intrafamiliar;
- **o uso de agressão física ou verbal** – também é controverso o que se encontra na literatura. Se por um lado, no abuso intrafamiliar, a maior disponibilidade da vítima e o tempo mais prolongado de contato entre agressor e vítima poderiam ensejar o desenvolvimento do uso da violência, por outro lado, estranhos seriam mais freqüentemente responsáveis por agredir vítimas mais velhas, que ofereceriam mais resistência, e portanto os abusos extra-familiares estariam mais associados a ameaças e maior intensidade de agressões. Fischer & McDonald verificaram que agressores intrafamiliares fazem menos uso de força física ou verbal, ou sedução, e maior uso de instruções para evitar a revelação por parte da vítima;
- **o sexo das vítimas** – a literatura é consistente em relação a esse aspecto: as vítimas dos abusos intrafamiliares são, mais freqüentemente, crianças do sexo feminino; há maior probabilidade de meninos serem abusados sexualmente por estranhos ou conhecidos que não são parentes. Fischer & McDonald não verificaram diferenças de sexo das vítimas em seu estudo;

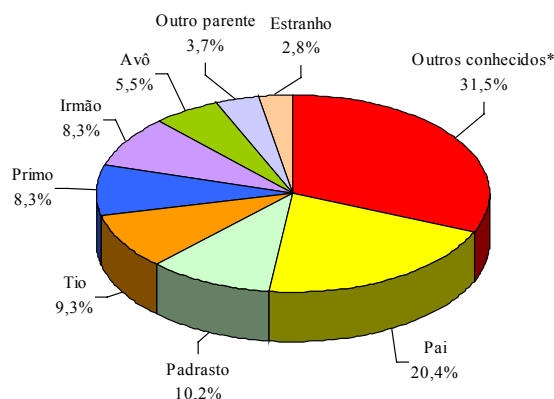
- **a idade das vítimas** – a literatura mostra que crianças mais jovens são mais freqüentemente vítimas de abuso intrafamiliar, enquanto, as mais velhas, de extra-familiar. O ponto de corte seria em torno dos 5 anos de idade. Fischer & McDonald verificaram que as vítimas do abuso intrafamiliar foram significativamente mais jovens do que as do extra-familiar, no primeiro episódio de abuso (6,9 anos e 9,8 anos, respectivamente);
- **a duração do abuso** – em geral verifica-se maior duração dos abusos intrafamiliares, devido à maior acessibilidade às vítimas e à menor probabilidade de notificação ou de notificação precoce. Relações abusivas com duração maior do que um ano, bem como relações com duração desconhecida, ocorrem especialmente nos casos intrafamiliares. Os dados de Fischer & McDonald corroboraram os achados de maior duração do abuso intrafamiliar: enquanto 24% desses casos duraram mais de 1 ano, apenas 3,6% dos extra-familiares tiveram essa duração.

Kercher & McShane (apud Conte, 1993) verificaram que nos abusos intrafamiliares é mais provável ocorrerem carícias e intercuro heterossexual, e menos provável ocorrer exibicionismo, do que nos abusos extra-familiares.

Embora haja diferenças nos dois tipos de abuso sexual, sabe-se que o abuso extra-familiar também causa problemas tanto para as vítimas quanto para os familiares, sendo necessário que a equipe de saúde atue tendo em mente essas conseqüências.

O gráfico 4 apresenta a distribuição dos agressores, segundo sua familiaridade com a vítima, nos 98 casos em que esta identificação foi possível. Para uma mesma vítima existiram, algumas vezes, mais de um agressor, perfazendo um total de 108 agressores.

Gráfico 4
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo o grau de familiaridade do agressor com a vítima. Abril de 1996 a setembro de 2000.
(N=108 agressores)



* Outros conhecidos: vizinhos, colegas de colégio, babá, amigos da família.

No relatório do AF, emitido em fevereiro de 2001, verificou-se que o abuso sexual difere dos demais tipos de abusos em relação ao agente agressor. Tal como constatamos no gráfico 4, nesse relatório foi possível verificar grande variedade de agressores sexuais e os pais/responsáveis não representavam a maioria deles, embora contribuíssem com expressivo percentual. Nos abusos físico e psicológico, ao contrário, o relatório aponta que pai/padrasto e mãe/madrasta foram os principais responsáveis pelos abusos (juntos, foram responsáveis por 79,6% das agressões no abuso físico e 89,2% no psicológico), tendo a mãe um maior percentual no abuso físico; na negligência também, é à mãe que se atribui a quase totalidade dos casos (83,1%).

Os agressores estranhos à vítima representaram apenas 2,8% dentre os agressores identificados da nossa amostra. Manion et al (1996) encontraram percentual igualmente baixo (9,1%), numa amostra exclusivamente de abusos extra-familiares. Guerra (2000) relatou que 21% dos agressores encontrados em sua pesquisa na Bolívia eram desconhecidos das vítimas. Verifica-se, assim, que de fato as crianças e adolescentes em geral são vítimas de pessoas que têm acesso a elas e, muitas vezes, tão conhecidos que gozam de sua confiança.

Dentre os 108 agressores identificados na nossa pesquisa, apenas três (2,7%) eram do sexo feminino: uma babá da creche, uma madrinha e uma irmã. A literatura também mostra uma frequência maior de homens como agressores: Sánchez (1997) encontrou percentual de 87% para homens e Abreu (1999) verificou o agressor do sexo masculino em 89,7%.

Na estatística de Lewis & Stanley (2000), as mulheres representaram 1,58% dos agressores. Segundo as autoras, há duas correntes de pensamento que tentam explicar o percentual significativamente menor de mulheres entre os agressores sexuais. A primeira delas defende que tal ocorrência deve-se à sub-notificação, pelo fato das atividades muitas vezes não serem reconhecidas como abusivas quando praticadas por mulheres. O outro ponto de vista defende que o abuso sexual praticado por mulheres é, de fato, menos frequente que o praticado por homens. As mulheres não cometeriam abusos sexuais suficientes para se tornar um problema merecedor de consideração. Acreditamos que ambas as situações, em conjunto, possam explicar o baixo percentual de agressoras no abuso sexual.

Embora a idade dos agressores não tenha sido incluída como variável para estudo na nossa pesquisa, a existência de crianças e adolescentes perpetradores de abuso sexual dentre os casos que vêm sendo atendidos pela equipe foi uma questão levantada pelos profissionais do AF, em uma das sessões de grupo focal. Embora em ambas as situações seja difícil caracterizar a ocorrência do abuso sexual, entre crianças parece ser ainda mais complicado, como pode-se verificar nas seguintes falas:

“fica complicado pra definir se teve ou não abuso sexual, na prática, quando tem acontecido entre crianças... E às vezes com adolescentes. Porque o conceito existe, mas...” [AF 2]

“Eu acho que isso entre crianças, de alguma maneira, não é. A não ser que tenha uma diferença muito grande de vivências, de entendimento... de repente um menino muito ingênuo de 10 com um de cinco, também de repente não tem abuso, né?” [AF 4]

“Entre crianças é caracterizado mais um jogo sexual, entendeu? A questão da descoberta entre crianças, isso já é normal de ocorrer... acontece no desenvolvimento, né?” [AF 5]

“E, ainda que haja uma diferença maior, se esse maior, esse adolescente, tiver algum comprometimento, a gente sabe que ele não está na verdade com um desenvolvimento adequado pra aquela... Então a gente tem que contextualizar tudo o que chega, na verdade. Nada pode ser direto... A questão da diferença de 5 anos. Mas mesmo assim a gente tem que estar vendo o desenvolvimento deles. Na prática é um horror.” [AF 3]

Perpetradores de abuso sexual de todas as idades já foram identificados na literatura (Conte, 1993), e em 20% dos casos notificados nos EUA os agressores são adolescentes (AAP, 1999).

Agressores sexuais pré-púberes têm sido pouco estudados e pouco reconhecidos no contexto da violência familiar. Williams (1994) considera que comportamentos abusivos em crianças decorrem de abusos prévios severos (sexual ou físico). Assim, o abuso sexual cometido por crianças seria “a expressão sexual da agressividade, e não a expressão agressiva da sexualidade” (p. 119). O autor acredita que diversos fatores contribuem para a baixa percepção do abuso sexual cometido por crianças: a) na cultura ocidental, a sexualidade usualmente não é atribuída às crianças, sabendo-se pouco sobre o que é um comportamento sexual típico entre elas; b) a sociedade atribui comportamentos sexuais abusivos a adultos, considerando o que ocorre entre crianças como “apenas uma fase” de seu desenvolvimento. Assim, “jogos sexuais” são erroneamente evocados para explicar os mais diversos comportamentos, desde curiosidades pelo corpo do outro até penetração forçada; c) por fim, até recentemente admitia-se que atividades sexuais entre crianças da mesma família eram menos sérias do que os contatos externos.

É comum, na prática, surgir dúvida se a atividade na qual se envolveram duas crianças significa experimentação ou abuso. Considera-se que um comportamento típico da infância seja mútuo, de natureza não coercitiva e de acordo com o nível de desenvolvimento da criança (Williams, 1994). Finkelhor propõe que se considere como contatos aceitáveis entre pré-púberes ou adolescentes jovens aqueles que envolvem crianças da mesma idade, que sejam

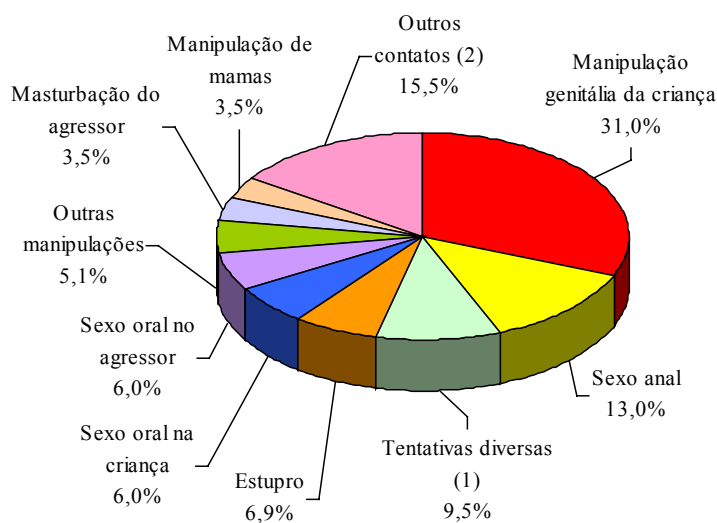
mutuamente iniciados, sejam limitados no tempo e envolvam apenas toques ou exibicionismo (Finkelhor apud Wissow, 1990).

A preocupação da equipe com crianças e adolescentes que supostamente cometeram abuso sexual fica clara através de duas situações peculiares que dizem respeito a essa parcela dos agressores, explicitadas nas atividades de grupo focal: esses agressores muitas vezes são chamados para entrevista, o que não é uma prática com os demais agressores de abuso sexual, e, sempre que possível, são encaminhados para avaliação investigativa dos motivos que os levaram a cometer o abuso; há um cuidado especial na notificação de situações que envolvem agressores dessas faixas etárias, principalmente nos abusos não confirmados, pela *“dificuldade de julgar o impacto de uma notificação”* para a vida futura do suposto agressor. Foi ressaltado, também, que *“a situação que tem sido mais fácil trabalhar tem sido adolescente da mesma família: abusadores adolescentes da mesma família tem sido a situação que dá mais conversa, mais possibilidade de trabalhar na psicologia atualmente.”*

2.3.4 – Tipo de contato sexual

O tipo de contato sexual ocorrido entre o agressor e a vítima foi identificado em 81 casos da amostra estudada (62,8%), totalizando 116 contatos. A distribuição da frequência de cada tipo de contato ocorrido está apresentada no gráfico 5.

Gráfico 5
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo o tipo de contato sexual. Abril de 1996 a setembro de 2000. (N= 116 contatos)



1 – tentativas de praticar sexo oral ou vaginal, ou tentativas de manipulações, sem sucesso

2 - atritar o pênis na genitália, na região anal ou nas coxas; beijar a boca da criança; penetração digital na vagina e/ou no ânus; lambe a orelha da criança; “chupar” o pescoço da vítima; exibicionismo para a vítima; ejacular sobre a criança; instruir a criança para praticar sexo oral com outra criança.

Verifica-se que a manipulação da genitália da criança foi o tipo de contato mais freqüente no AF, e que a maior parte dos contatos representou práticas fisicamente menos invasivas.

Dentre as situações de abuso extra-familiar que estudaram, Manion et al (1996) encontraram como principais experiências abusivas as que são menos invasivas fisicamente (muitas crianças tiveram mais de um tipo de experiência): o toque com conotação sexual sobre roupas (63,6%), a manipulação de genitália da criança ou a instrução para a criança se masturbar (56%), o exibicionismo (34,8%) e o convite para participar de práticas sexuais (22,7%) foram as práticas mais freqüentes. Práticas mais invasivas surgiram, no entanto, dentre os abusos extra-familiares estudados por esses autores, com freqüência acima da observada no AF: sexo oral na criança (18,2%), penetração digital anal ou vaginal (15,2%), intercurso vaginal (13,6%) e intercurso anal (12,1%).

Na literatura há classificações de abuso sexual baseadas nos comportamentos sexuais aos quais as crianças foram expostas. Nesse sentido, Hazen & Fonseca (1998) dividem o abuso sexual em: sensorial (inclui pornografia, exibicionismo, linguagem/imagem sexualizada, assédio); por estimulação (carícias inapropriadas em partes consideradas íntimas

ou de forma insinuante, assédio); e por realização (relações sexuais com contatos físicos genitais).

Russell (apud Conte, 1993) atribuiu níveis de gravidade aos abusos sexuais, de acordo com o tipo de contato ao qual foi submetida a vítima:

- **muito graves:** tentativa ou realização de intercurso vaginal, oral ou anal, *cunnilingus* e *anilingus*;
- **graves:** tentativa ou realização de carícias em genitália, intercurso simulado e penetração digital;
- **menos graves:** tentativa ou realização de tocar as nádegas, coxas, pernas ou outras partes do corpo, mamas cobertas ou genitália; beijos.

Não nos parece adequado atribuir graus de seriedade ao abuso sexual apenas a partir do tipo de contato entre a vítima e o agressor, uma vez que uma infinidade de fatores contribuem para tornar um caso mais complexo, como vimos anteriormente. Embora a equipe do AF não tenha, de fato, identificado o tipo de contato como uma das dificuldades a serem enfrentadas na abordagem dos casos, especificamente para o trabalho psicoterápico parece que esse aspecto tem efeitos importantes, a julgar pelos relatos de uma das psicólogas, descritos a seguir:

“...é mais difícil quando houve assim um grande abuso, realmente, com a criança, que a criança ficou toda arrebatada... Agora, quando não ficou assim tão atingida, mesmo sendo muito difícil, é mais fácil trabalhar com a família.” [AF 4]

“Os que eu peguei do físico, abuso muito grande, fica uma coisa totalmente fechada. Elas não trabalham nada... elas não falam da situação, não entram na situação. Fica muito difícil trabalhar” [AF 4]

2.3.5 – Número de episódios de abuso sexual

O número de episódios de abuso sexual foi identificado em 76 (58,9%) dos 129 pacientes estudados. Dentre estes, verificamos que houve episódio único em 40,8%, dois episódios em 15,8%, três ocorrências em 1 caso (1,3%) e “muitas vezes” em 42,1%.

Kassim & Kasim (1995) não conseguiram identificar o número de episódios em 32,6% das 101 vítimas de abuso sexual confirmados, atendidos por uma equipe de referência num hospital da Malásia. Embora o percentual não identificado no AF seja maior (41,1%), cabe lembrar que, em muitos casos, a suspeita surgiu sem qualquer relato que permitisse identificar episódios de abuso.

Na nossa amostra, os abusos confirmados tiveram episódio único em 38% das vezes e vários episódios em 41,3%. Os pacientes com associação de outros tipos de abuso tiveram, igualmente, episódio único em 38% das vezes, tendo ocorrido vários episódios em 42,9% deles. Verifica-se, portanto, que ambas as situações mostraram semelhança com os casos em geral.

Fischer & McDonald (1998) verificaram que apenas 23,5% dos abusos intrafamiliares envolveram incidente único de abuso, em contraste com 62,4% dos abusos extra-familiares que estudaram. No AF, verificamos que 34,1% dos abusos intrafamiliares e 57,7% dos extra-familiares tiveram episódio único de abuso sexual.

Em dois estudos com mulheres americanas, em momentos distintos, com dez anos de intervalo (1984 e 1994), Wyatt et al (1999) verificaram que 45% e 34%, respectivamente, relataram pelo menos 1 episódio de abuso sexual antes dos 18 anos de idade (considerando-se abuso sexual apenas quando havia ocorrido “contato físico sexual”). O número de episódios variou de um a nove no primeiro estudo, com 59% das mulheres relatando mais de um episódio; dez anos mais tarde, o número de incidentes variou de um a cinco, com 40% das mulheres relatando mais de um episódio. As autoras questionam o valor isolado do menor número de episódios em 1994 como um dado positivo, uma vez que, no segundo período estudado, as situações foram mais graves. Concluem pela necessidade de pesquisas para determinar se um episódio único de trauma mais severo teria menos efeitos a longo prazo do que traumas menos severos por tempo prolongado.

Como vimos anteriormente, vários são os fatores determinantes das conseqüências do abuso sexual e, certamente, um maior número de episódios não significa, por si só, pior prognóstico. No entanto, independente das seqüelas, que certamente interferirão no trabalho da equipe, a ocorrência de vários episódios de abuso indica que houve uma maior exposição da criança ao risco. Seja qual for o motivo da recorrência do abuso, este é um dado importante a ser considerado no trabalho da equipe com a família.

Resumidamente, e considerando-se as características mais freqüentemente encontradas, podemos caracterizar os casos de abuso sexual atendidos no AF como mostra a tabela 5.

Tabela 5
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo as características mais frequentes das variáveis estudadas. Abril de 1996 a setembro de 2000.

Variável estudada	Característica mais frequente
Associação com outros tipos de abuso	Não = 69%
Sexo	Feminino = 70,5%
Idade	6 a 10 anos = 45,2%
Origem da suspeita	Familiar = 64,3%
Situação de confirmação na chegada ao AF	Confirmado = 51,9%
Relação entre agressor e vítima	Intrafamiliar = 47,3%
Tipo de contato sexual	Manipulação de genitália = 31%
Número de episódios de abuso	Vários = 42,1%

3 – A estrutura do serviço

Embora as concepções teóricas que fundamentam o trabalho da equipe não possam ser caracterizadas exatamente como elementos da estrutura do serviço estudado, tal como definidos por Donabedian (1984) e Bowling (1997), as abordaremos neste capítulo por considerarmos que são a base e o fator norteador das ações desenvolvidas pelos profissionais. Em seguida, descreveremos alguns aspectos da estrutura atual do serviço, os problemas identificados a partir das fontes consultadas e das entrevistas, e as soluções encontradas pela equipe para superá-los. Finalizaremos confrontando a estrutura existente com aquela desejada para o atendimento de vítimas de abuso sexual, quer a partir de recomendações da literatura, quer na visão dos envolvidos no atendimento.

3.1 – Concepções teóricas

Embora tenha havido certo investimento da equipe para conhecer e discutir os conceitos clássicos de violência existentes e buscar aquele a ser adotado no serviço, não se chegou a definir claramente tal conceito. Ficou evidente que algumas referências teóricas norteiam o trabalho da equipe e que há dificuldades na aplicação desses referenciais:

“Não temos um conceito. A resposta é essa. A gente está o tempo todo discutindo conceito. E se perguntando ‘é violência ou não é’, se tinha que estar no grupo ou não... o que é culturalmente aceito ou não... tem as conceituações clássicas, que

são óbvias e que não dá margem pra muita dúvida, mas há situações que muitas vezes são relacionadas a conflitos familiares, dinâmica familiar confusa, problemas sócio-econômicos, e que a gente tem que se questionar mesmo se essa criança... se a gente trabalhar com o conceito de bem-estar, essa criança está com seu bem-estar comprometido. Agora, isso se caracteriza como uma situação de violência, e que, portanto, mereça uma atuação do Ambulatório da Família?” [AF 1]

“Eu acho que a gente, na psicologia, tem um conceito de violência psicológica: é aquela em que o aparelho psíquico não pode assimilar nem pode lidar. E isso varia de uma pessoa pra outra. Então existem as descrições práticas e existe a realidade. Por isso que a gente faz o diagnóstico, que vê aquela criança e aquela família. E vê até que ponto a dinâmica, o relacionamento, estão sendo mais ou menos violentos, aquela criança pode ou não lidar em seu aparelho psíquico com aquela situação, ter ou não um desenvolvimento. Então essas noções assim existem, e dão margem, no dia a dia, quando entram na dinâmica, a muita discussão. E eu digo uma coisa: existe conceito, um referencial, o individual de cada um e o que pode ser grupal. Entendeu? Você, como pediatra, vai ter um determinado referencial, ela, como assistente social, também, eu, como psicóloga, também, e esses vários referenciais individuais também vão compor um outro, grupal. E pode não ser exatamente igual. E, às vezes, parece que ficam coisas diferentes, mas tem essas diferenças que a gente tem que lidar.” [AF 4]

“A gente pode ter um referencial, um pressuposto teórico pra você estar intervindo naquela realidade. Agora, você não pode ter uma caixinha fechadinha. Porque a gente é dinâmico, a sociedade é dinâmica, as coisas se alteram, então não dá pra você ter um modelinho fechado...” [AF 6]

Em relação ao modelo explicativo a partir do qual a equipe atua nos casos de maus-tratos, os profissionais do AF consideraram haver avançado de um “modelo médico”, mais restrito e baseado em situações lineares do tipo causa-efeito, para uma visão mais próxima do “modelo ecológico”, preconizado por autores como Belsky (1993). Esta mudança de visão foi mais marcante para os pediatras, que devido à própria formação tiveram mais dificuldade para enfrentar a frustração causada pela aparentemente baixa efetividade de suas ações – estritamente “médicas” – na grande maioria dos casos do AF. Se por um lado a ampliação de visão representou um avanço, indo ao encontro do que é a recomendação mais difundida e aceita para enfrentar o fenômeno da violência, por outro lado tem causado ansiedade nos profissionais do AF, na medida em que não se consegue atuar sobre todos os fatores envolvidos nas situações de violência, revelando as limitações de seu campo de ação. Podemos exemplificar esses aspectos através de alguns depoimentos desses profissionais:

“Não só essa interface entre as características da criança e da família, como também tem outros fatores: fatores externos, econômicos, desemprego, a sociedade com o modelo que ela tem de cultura...” [AF 3]

“Quero mudar, quero ver a coisa acontecer e não acontece... pra um olhar que você, ao prescrever um medicamento, você espera que em 48 horas uma febre já cedeu; na questão social, nas psicossociais, isso é muito mais lento, é um processo

“muito mais vagaroso. Eu acho que é nessa medida que eu considero um modelo médico de saúde restrito, que é ansiogênico, e muitas vezes frustrante.” [AF 1]

“A gente tem a visão geral e, na hora da prática, a gente não consegue estar atuando dessa forma. Porque a gente não tem pernas pra estar atuando nessas coisas todas: o cara tá desempregado, não tem dinheiro nem pra vir aqui fazer o acompanhamento, e aí eu vou fazer o quê?” [AF 2]

“Aí a coisa não muda. A mãe não sabe ler, não reconhece cor de lápis...” [AF 1]

“Aí eles encaminham pra gente dizendo que ela é negligente. Ela sequer sabe ler uma receita, e ela tem que tratar do diabetes do menino, tem que fazer glicosúria, glicemia... Imagina! Aí a gente fica: realmente o menino está negligenciado, mas o motivo, a gente não pode atuar. Aí vem aquela agonia, né?” [AF 2]

Ainda em relação à questão dos conceitos, percebe-se que também os profissionais do IPPMG têm dúvidas quando precisam identificar um caso de violência e decidir pelo seu encaminhamento ao AF. Tais dúvidas, algumas vezes, surgem, como bem relatado por um profissional do AF, devido ao próprio nome do serviço:

“... Ambulatório da Família acaba gerando uma demanda de atendimento que não é nossa. Conflitos de família vão pro Ambulatório da Família. Brigas de família ... ‘de família’ vão pro Ambulatório da Família. Não, perai, existe uma confusão danada aqui. A gente devolve e o próprio profissional administra essas situações. Faz parte da atuação do profissional de saúde sua preocupação com a questão da psicoprevenção, da atuação na questão bio-psico-social. Então, muitas vezes, a gente reencaminha, devolve, e diz: ‘isso não se caracteriza [como violência]...’” [AF 1]

No entanto, as dúvidas em relação à clientela que deve ser encaminhada para o AF não decorrem apenas do nome do serviço. Nas entrevistas com profissionais do IPPMG ficou claro que existem também divergências entre eles e a equipe do AF a respeito do que seja um “caso” de violência. Também não há clareza se todas as situações de violência devem ser encaminhadas e/ou acompanhadas pelo AF:

“... e aí era uma questão muito ampla que vocês disseram que não tinham capacidade de atender todos aqueles casos e eu achei também que a gente poderia acompanhar sozinho, quer dizer, às vezes, a gente exagera nos encaminhamentos...” [IPPMG 1]

“... eu vejo que às vezes a gente interpreta uma situação como sendo de abuso, que vocês não interpretam... Então eu entendo que vocês tenham que ficar com os casos de maior necessidade. Agora, não é o que a gente gostaria.” [IPPMG 4]

“... você tem que pedir opinião: encaminho o caso?... fui pedir uma opinião: é um caso?” [IPPMG 5]

Essa dúvida existe até mesmo na própria equipe, que não tem clareza do tipo de violência que deve e precisa ser atendida:

“É violência? É violência pra estar com a gente? Estão encaminhando casos assim: a mãe deu uma palmada [na criança], no ambulatório, mandam pra gente. Aí a gente fica: se toda criança que levar uma palmada ou com dificuldade na escola for pro nosso ambulatório, como é que nós vamos fazer?” [AF 2]

“Se o bem estar da criança está comprometido, você está lidando com violência. E aí a gente tem que definir o quanto desse bem estar está comprometido e até que ponto a gente vai estar intervindo nessa situação que está sendo evidenciada pela criança e pela família.” [AF 6]

“E até quando o pediatra geral daquela criança poderia estar interferindo, melhorando aquela situação sem ser necessário encaminhar pra gente, e a gente ficaria só com os casos mais gritantes, mais graves, que precisassem realmente de uma interferência de quem tem mais experiência de estar lidando...” [AF 3]

O conceito de abuso sexual parece estar mais definido para a equipe. Foram explicitados alguns aspectos conceituais utilizados na prática e algumas dificuldades relacionadas à aplicação desses conceitos, como é possível verificar abaixo:

“...seria toda situação onde uma criança ou um adolescente... ele não está em condições de estar tomando propriamente decisões em relação à sexualidade, aos sentimentos dele, e está sendo usado por um adulto ou até mesmo um adolescente, se essa criança for menor, tiver uma diferença realmente de entendimento entre as partes, pra gratificação dessa pessoa que está buscando essa prática, digamos assim... que vai, na verdade, desde uma manipulação, a colocação de um filme pornográfico pra uma criança ver com essa intenção de estar estimulando a criança, até o intercurso mesmo vaginal, anal.” [AF 3]

“...na realidade é qualquer aproximação sexual fora da área do desenvolvimento da criança, não é?” [AF 4]

“A gente, às vezes, fica complicado pra definir se teve ou não abuso sexual, na prática, quando tem acontecido entre crianças... E, às vezes, com adolescentes. Porque o conceito existe, mas... Às vezes a gente tem um feeling de que aquilo não foi um abuso, e a gente fica com medo de estar deixando passar um abuso.” [AF 2]

“É, mas esse feeling é importante. Não basta só a regra, né? A gente tem a regra e tem o que acontece realmente, a avaliação do que acontece... E [temos] a preocupação também de não vitimizar a outra criança [suposta agressora] de alguma maneira. Eu acho que é isso.” [AF 4]

Pode-se razoavelmente concluir que, embora a equipe do AF não tenha conseguido definir com clareza as bases conceituais da violência contra a criança e o adolescente, os profissionais procuram associar a um conceito ligado ao desenvolvimento biopsíquico da criança, uma visão ecológica da questão, estando cientes da complexidade do problema e das dificuldades de atuação decorrentes dessa visão mais ampliada.

Embora o conceito de abuso sexual esteja claro para todos e em consonância com o que é descrito na literatura a respeito, – o primeiro dos depoimentos supracitados, que expressa a opinião dos profissionais do AF sobre o conceito de abuso sexual, de certa forma, resume as definições do CONANDA (1996) e da Academia Americana de Pediatria (1999), citadas anteriormente – é nítida a dificuldade de sua aplicação prática. Nos depoimentos foram ressaltados, como exemplo, as dificuldades relacionadas ao abuso entre crianças e adolescentes, a aplicação dos conceitos na dependência da idade da vítima e, ainda, as questões subjetivas, todas capazes de levantar questionamentos sobre as definições de abuso sexual. A falta de clareza sobre o que vem a ser um “caso” existe entre os próprios profissionais do serviço, certamente se reflete nos demais profissionais do IPPMG e, provavelmente, também é um problema para todos os profissionais que estão lidando com o abuso sexual.

3.2 – Estrutura física para o atendimento

Os atendimentos dos dois pediatras e da enfermeira ocorrem em compartimentos de uma das salas do Ambulatório Geral de Pediatria. Essa sala tem uma infra-estrutura que é comum a todo o ambulatório do IPPMG: conta com uma auxiliar de enfermagem que recebe os pacientes, distribui os números para o atendimento de acordo com a ordem de chegada ao setor, verifica o peso e a altura de cada criança e se há resultado de exames complementares a serem anexados aos prontuários; em cada divisão da sala existe uma mesa com três cadeiras, uma maca e os impressos mais utilizados pelos profissionais; os compartimentos utilizados pelos profissionais do AF têm portas, no entanto as divisórias não alcançam o teto; para higienização das mãos há uma pia que serve a todos, situada no corredor, entre os compartimentos.

As consultas das psicólogas ocorrem no setor da Psicologia, com salas isoladas que permitem, tanto o atendimento individual, quanto em grupo. As consultas da assistente social ocorrem no Serviço Social, onde também há possibilidade de consultas com privacidade.

No período estudado não houve transtornos relacionados ao espaço físico por parte da equipe do AF ou das famílias atendidas. Porém, em junho de 2000 o assunto foi levado à equipe por um profissional de outro serviço, que se sentiu constrangido com o teor do assunto tratado numa das consultas do AF, ouvido pelos demais colegas e pacientes presentes em salas próximas. Em decorrência desse fato, discutiu-se em reunião a pouca privacidade do atendimento realizado pelos médicos e pela enfermeira, tendo em vista que as questões abordadas nas consultas com frequência levavam os responsáveis ou as próprias crianças a se

exaltarem, incomodando os profissionais que trabalham em consultórios próximos. De imediato, foi proposta uma outra dinâmica às consultas (especialmente atentando para o tom mais baixo das vozes) e sugerido que se verificasse a possibilidade de elevar as divisórias das salas, como forma de buscar maior privacidade. Não foi possível realizar alterações na estrutura física do setor de atendimento e não foram mais registradas em ata preocupações a esse respeito, parecendo ter havido certa acomodação por parte da equipe.

Ao discutirmos a estrutura física com a equipe do AF, verificamos que o fato de vários profissionais de outros serviços prestarem atendimento concomitantemente aos profissionais do AF, em compartimentos contíguos ou próximos, ainda é motivo de preocupação:

“Poderia ter um atendimento mais sigiloso. Isso melhoraria a qualidade do atendimento... não exporia aquela pessoa que está sendo atendida.” [AF 6]

“A gente precisa de um ambiente de privacidade, entendeu? Que não escute do lado de lá.” [AF 3]

Ao ser questionado se, sob esse aspecto, o atendimento da vítima de abuso sexual teria alguma diferença em relação ao das vítimas de outros tipos de abuso, verificamos que a equipe acredita que todos devem ter a privacidade garantida. No entanto, o teor de uma consulta de abuso sexual incomoda mais, mesmo quando existe um ambiente de privacidade:

“Todos precisam de privacidade, mas, na nossa sociedade, pra lidar com a questão da sexualidade, requer, muitas vezes, na nossa cabeça, um ambiente separado. Mas todos necessitam de um ambiente sigiloso.” [AF 6]

“...que todos os tipos de abuso, assim como qualquer atendimento, tem que ter a privacidade, a situação de ideal, óbvio... agora, eu entendo abuso sexual como o que requer ainda mais. Porque o tipo de desdobramento que, às vezes, vai tomando, a ansiedade que a família, às vezes, está naquele momento, e traz coisas, e ela vai aumentando o tom de voz, e você trabalha às vezes com o colega do lado... Então, enquanto está falando de bater: ‘eu bati porque ele respondeu, parará...’ é uma outra linguagem, já faz parte da nossa realidade. Agora, o abuso sexual, você ouve coisas que nem você está querendo ouvir, por mais que você leia e esteja relativamente preparada. Agora, quem está do lado de fora, quando termina, eles olham pra gente com um olho desse tamanho!” [AF 3]

“Eu também me sinto mais incomodada de ouvir o relato de abuso sexual. Porque elas realmente chegam aqui com muita ansiedade pra colocar. E vão falando, e choram...” [AF 2]

“Nós temos sala absolutamente isolada, quem está do lado absolutamente não escuta, e mesmo assim a gente fica mais incomodada. Eu acho que não é só pelo ambiente físico, não. É difícil.” [AF 4]

Ao serem questionados a respeito da estrutura física onde ocorrem as consultas do AF, os responsáveis pelos pacientes não mostraram incômodo, como pode ser verificado nos seguintes depoimentos:

“...eu nunca parei pra pensar nisso não. Eu me sinto muito bem.” [responsável 1]

“Olha, eu acho legal. Cada médico na sua sala, cada paciente, não se misturam, não.” [responsável 3]

“Esta sala daqui é mais fechada. As outras eram abertas em cima, né? Mas... é tranqüilo. Isto não me atrapalha.” [responsável 4]

“Quanto mais profissionais souberem da história, mais gente ouvir, pra mim tá tudo bem. Eu encaro assim. E aqui as pessoas não vão ter contato assim muito com a minha filha, então não tem nem como chegar assim e ‘poxa, aquela ali sofreu abuso sexual’, entendeu? Então, aqui, com relação a isso, eu não me preocupo muito.” [responsável 7]

É possível que tanto os profissionais do AF quanto os responsáveis pelas crianças estejam melhor preparados para ouvir o teor das consultas (os primeiros pela experiência adquirida, os outros por estarem interessados em relatar a situação abusiva) e, por isso, tolerarem melhor uma certa falta de privacidade. Em relação aos responsáveis, é possível também que, por tratar-se de clientela de um hospital público, em sua grande maioria de mais baixa renda, as exigências em termos de privacidade sejam menores, devido às suas próprias condições de vida e às condições dos serviços públicos nos quais são atendidos.

Os demais profissionais do IPPMG apontaram dificuldades que precisam ser discutidas e contornadas, para que consigam avaliar melhor as situações antes de encaminhar os pacientes ao AF: a estrutura física de que dispõem para conversar com a família não é satisfatória e a presença dos alunos de graduação é um fator adicional a ser considerado em relação à privacidade da abordagem.

“No Materno-Infantil a parede é de vidro, então tem o problema da privacidade [para fazer o exame físico]” [IPPMG 1]

“... não existe um lugar onde você possa pegar a criança, sentar; é tudo muito público. Na enfermaria não tem privacidade. E a outra situação é exatamente você tentar, na medida em que é real o abuso, conter a informação dentro daquele sistema. Todos os pacientes acabam sabendo, os acompanhantes acabam sabendo, os alunos passam na sala para ver quem é, vira alvo de curiosidade.” [IPPMG 2]

“... você abordar isso com os pais, na frente dos alunos, a nível de relação docente-assistencial, é mais complicado.” [IPPMG 5]

“... porque as salas não têm portas, quer dizer, só uma sala tem porta, aí não dá nem pra conversar.” [IPPMG 6]

Um outro aspecto da estrutura física, incluído apenas nas entrevistas com os responsáveis, dizia respeito à impressão sobre a sala de espera. Para a maior parte dos serviços ambulatoriais do IPPMG, este espaço é um grande vão para o qual convergem todas as salas de atendimento, onde há bancos, banheiros e bebedouro. Devido à grande quantidade de pessoas que utilizam os ambulatórios do IPPMG diariamente, nem sempre há assentos suficientes para a acomodação de todas as crianças e seus familiares; os banheiros, muitas vezes, não se encontram em condições higiênicas adequadas e o bebedouro, freqüentemente, não funciona. Alguns desses problemas foram identificados pelos entrevistados, sendo possível verificar também que o grau de satisfação em relação à sala de espera foi relacionado por eles ao tempo entre a chegada ao IPPMG e o atendimento pelo profissional do AF:

“Eu me sinto bem naquele banco... as crianças ficam sentadas, podem ficar correndo.” [responsável 1]

“...a gente aguarda lá fora, o atendimento não demora pra acontecer” [responsável 4]

“...para um hospital municipal, acho que tudo bem...às vezes não tem papel higiênico no banheiro, e às vezes, acho que uma vez ou duas, aquele bebedouro ali não estava funcionando. Só.” [responsável 5]

“É tranquilo, porque a gente não tem que esperar muito...” [responsável 7]

Enfim, quanto à estrutura física, o que se observa é que a equipe do AF não dispõe de condições adequadas para desenvolver as atividades assistenciais, especialmente pela falta de privacidade. Mais preocupantes ainda são as dificuldades vivenciadas pelos colegas de outros setores do IPPMG, que manifestaram variados graus de desconforto por vivenciarem involuntariamente os casos do AF.

3.3 – A equipe multidisciplinar

A **composição atual da equipe** é de dois pediatras, duas psicólogas, uma enfermeira e uma assistente social. Além desses profissionais, o grupo conta com uma psicóloga que não participa diretamente dos atendimentos.

Na visão de Lamers-Winkelmann (1999), que escreveu sobre o assunto em documento divulgado pela OMS, esse grupo deve ser constituído basicamente por um pediatra, um psicólogo, um assistente social, um especialista em desenvolvimento (pedagogo, por exemplo), um profissional do serviço de proteção à criança, um psiquiatra infantil e/ou um enfermeiro. Segundo o mesmo autor, a composição dessa equipe pode variar de acordo com

as leis de cada país e com a visão que se tem dos maus-tratos (isto é, como um problema familiar ou como um ato criminal), podendo, então, incluir até mesmo um oficial de justiça e/ou um promotor público.

Parece-nos que, para um serviço com as características do AF, no que diz respeito ao tipo de profissional para compor a equipe, talvez fosse interessante o envolvimento direto de um profissional do serviço de proteção à criança (no caso, um conselheiro tutelar). Seria importante também uma referência estruturada com serviços onde atuem profissionais das áreas pedagógica e psiquiátrica, capazes de atender às inúmeras demandas de alterações no processo de aprendizagem das crianças do AF e alguns importantes problemas de ordem psiquiátrica, especialmente identificados entre os responsáveis, problemas esses que dificultam o desenvolvimento das ações do AF.

Como no nosso país existe a obrigatoriedade de notificar os maus-tratos contra crianças e adolescentes aos Conselhos Tutelares, o envolvimento do AF com órgãos da Justiça tem ocorrido apenas quando há convocação para depoimento, o que ocorre raramente, ou quando há solicitação para elaboração de laudos e relatórios, o que é mais freqüente. Sendo assim, não nos parece prioritário nem pertinente a inserção de profissionais da Justiça na equipe do AF.

Segundo Lamers-Winkelman (1999), as equipes multidisciplinares de proteção à criança, que surgiram nos EUA a partir de 1953, tiveram base em serviços hospitalares; paralelamente, começaram a surgir as equipes comunitárias. Em 1996, equipes multidisciplinares e intersetoriais estavam autorizadas ou eram obrigatórias em 41 estados dos EUA. Nesse mesmo ano começavam a ser implantados os Conselhos Tutelares no Rio de Janeiro. Estamos, assim, bastante atrasados em relação aos países mais desenvolvidos, com cada setor tentando se organizar minimamente a fim de corresponder às funções para as quais foram designados. É possível que o AF, por já ter conseguido alcançar um razoável nível de reflexão a respeito, possa propor ou tomar a iniciativa de integrar algumas das instituições existentes na área onde atua, para que possa oferecer um trabalho assistencial mais completo para a população.

Foi interessante verificar, através das entrevistas com os responsáveis, que o conhecimento que têm sobre a composição da equipe do AF é muito variável: enquanto alguns identificam bem a equipe multiprofissional, outros tendem a confundir médicos e enfermeira com psicólogos e outros sequer identificam os componentes da equipe. Certamente essa compreensão não depende apenas de um investimento inicial dos profissionais do AF, mas também da capacidade do responsável em compreender a dinâmica do trabalho dentro do IPPMG, individualizando os serviços com seus componentes. No

entanto, é recomendável que a equipe esteja ciente da possibilidade desse desconhecimento, uma vez que o bom acompanhamento depende do estabelecimento de um bom vínculo e, quanto melhor for o conhecimento entre as partes envolvidas, mais facilmente poderão ocorrer contatos entre os responsáveis pela criança e a equipe.

Alguns profissionais entrevistados, até mesmo do IPPMG, também não tinham conhecimento da composição da equipe do AF, o que nos leva a pensar na importância de voltar a divulgar o serviço internamente e estreitar o contato com profissionais externos que prestam atendimento às crianças do AF.

A **carga horária** dispensada por cada profissional às atividades do AF não é semelhante, nem distribuída da mesma forma:

- Todos comparecem à reunião de equipe, cuja duração é, em média, de 4 horas a cada semana;
- A enfermeira e os dois pediatras atendem, cada qual, em um turno semanal fixo e em distintos dias da semana, com 3 a 4 horas de duração;
- A enfermeira, os dois pediatras e a assistente social despendem um tempo – que não é regular – com atividades decorrentes da assistência, tais como notificações, elaboração de relatórios, contatos externos etc;
- A assistente social não tem horários pré-fixados para atendimento de pacientes do AF. São atendidos à medida em que surgem as necessidades, quer a partir do próprio AF, quer a partir de solicitações de outros serviços, desde que dentro da sua carga horária de trabalho, que corresponde apenas a 20 horas semanais;
- As duas psicólogas clínicas são responsáveis, cada qual, pela reunião de dois grupos semanais de pacientes do AF, cuja duração é de 1 hora (um formado com os casos de abuso sexual e outro com os demais casos, sendo os grupos separados, para responsáveis e para crianças). Além disso, ambas fazem atendimentos individuais, distribuídos ao longo da semana, de acordo com a disponibilidade de horário, cuja carga horária despendida é variável de acordo com as necessidades do serviço. Alguns pacientes e familiares do AF, cujas situações de violência são menos complexas, são inseridos em outros grupos já formados no setor de Psicologia, sendo então atendidos pelas próprias psicólogas do AF ou por outras profissionais do setor de Psicologia;
- À exceção da assistente social, cuja carga horária de trabalho no IPPMG é de apenas 20 horas semanais, os demais profissionais do AF trabalham em horário integral na instituição, estando, portanto, disponíveis para eventualidades e atendimentos emergenciais fora dos turnos de ambulatório e ainda possibilitando contatos da equipe em horários que não os da reunião semanal. Todos os profissionais supracitados

desempenham outras atividades no IPPMG (que incluem a assistência a crianças em outros serviços, coordenação de ensino, aulas e chefias de serviço/setores), com as quais ocupam o restante de sua carga horária de trabalho.

No que diz respeito a recursos humanos, a equipe apontou para a necessidade de integrar mais psicólogos e assistentes sociais ao AF, uma vez que grande parte das situações apresentam questões psicossociais. Não tem havido disponibilidade dos profissionais dessas áreas para atender a todas as demandas do serviço, por desempenharem concomitantemente outras atividades no IPPMG.

Foi possível verificar que os profissionais da equipe ainda não têm o AF como sua principal atividade institucional, à exceção da psicóloga que não desempenha atividades assistenciais e foi admitida na instituição com a finalidade de trabalhar com o tema da violência. A ampliação da disponibilidade de tempo tem sido gradual, uma vez que nenhum dos demais profissionais foi prontamente liberado de outras atividades para inserção no AF, pelas próprias dificuldades inerentes às questões de recursos humanos de instituições públicas. À medida em que o AF conquista seu espaço institucional e os próprios profissionais envolvem-se mais com as atividades do serviço, tem-se conseguido liberação de outras atividades para maior dedicação ao AF.

A existência de uma **equipe multidisciplinar** é indispensável para o atendimento às vítimas, como vimos anteriormente. Na visão dos profissionais do AF, *“trabalhar em equipe é essencial. Nesse tipo de problema que a gente enfrenta não dá pra ser de outra forma. Se fosse de outra forma, cada um de nós já teria desistido desse trabalho...”*. Consideram que é fundamental ter *“... um ombro multidisciplinar... não pode ser qualquer ombro, não. Tem que ser um ombro bem treinado.”*. Além disso, para o bom andamento das ações, a equipe tem *“...que estar muito afinadinha pra conseguir levar essa coisa que é tão pesada. Então, quando alguém começa a sair muito, ou não participando, não está vindo, então a gente precisa colocar aquela pessoa nos eixos, e se ela não entra nos eixos, ela tem que sair”*. A equipe sente-se *“minimamente”* ajustada, porém há a impressão de que *“poderia estar mais”*. *“Cada um tem um desempenho diferente”, “cada um tem um estilo”, “a gente tem as diferenças. E é difícil lidar com as diferenças sempre”. “Mas é tolerável. E o grupo consegue conviver com as diferenças, até um certo ponto.”*

A própria equipe se definiu como *“crítica demais com algumas situações”, “extremamente violenta”, “intolerante”* nas vivências em grupo. *“Fala sim o que se quer falar, não se tem muito limite, as contestações são feitas de uma forma muito dura. E assim, no começo era horrível, porque nenhum de nós tinha certeza de coisa nenhuma, idéia de coisa nenhuma, então alguém levantava uma forma de conduta do caso, o outro*

imediatamente dizia: 'tá tudo errado, você não devia ter feito assim'. Aquilo causava um impacto insuportável e gerava uma briga imediata. E aí... facções: quem defende quem, choro...".

A equipe tem consciência de que há avanços nesse aspecto: *"E a gente com o tempo foi amadurecendo, foi conseguindo conviver com essa forma de lidar com a violência de uma forma violenta...", "se afinando mais, também. Há menos divergência agora". "Já tivemos aqui momentos muito difíceis, mas [o grupo é] afinado, acho que a gente tá tentando produzir da melhor maneira possível."*

As críticas e cobranças que ocorrem freqüentemente entre os profissionais da equipe são, em geral, direcionadas à melhoria do atendimento. Foram citadas no grupo focal, por exemplo, as anotações/relatórios que deixaram de ser feitos no prontuário, as fichas dos pacientes que não foram atualizadas para alimentação do banco de dados, questões de desempenho no trabalho, o comparecimento e o horário de chegada ou saída dos profissionais na reunião semanal da equipe. Embora legítimas e com a boa intenção de melhorar a assistência e o trabalho do grupo, fica claro que a forma com que as questões estão sendo trazidas para discussão causa incômodo a alguns profissionais e precisa ser revista. Uma vez que a equipe tem um espaço para repensar de forma continuada sua dinâmica de trabalho, com a supervisão de um psicanalista, este pode constituir-se num tema para reuniões futuras.

Um outro aspecto em relação ao trabalho multidisciplinar no AF é a valorização da reunião semanal pelos componentes da equipe, considerada um momento de troca importante na condução dos casos, uma oportunidade de obtenção de visões diferenciadas sobre uma mesma situação, um treinamento prático, uma formação, um aprendizado para todos:

"Então, eu acho assim, fundamental essa coisa da participação na reunião, pra gente poder estar trocando. É aí que surgem as divergências, os diferentes pontos de vista... E estou crescendo muito, aprendendo muito com o grupo. Embora com vários conflitos, com pensamento diferente..." [AF 6]

"Eu tenho hoje em dia um atendimento que é muito diferente do que era antes. E isso se deve não só a tudo que eu leio, estudo, mas muito ao que a gente vê aqui, que o outro valoriza na entrevista dele... E as nossas discussões também: a gente tem vivências diferentes. A mãe é de um jeito comigo, passa uma coisa pra mim, e com ela é outra... Eu atendo paciente junto com mãe, então eu vejo a relação de um com o outro, quer dizer, eu posso passar pra ela que não vê: ela vê separado, atende criança num lugar e mãe no outro." [AF 2]

"Então eu acho que tem um aprendizado sim, que é feito através desse canal [reunião], que é uma especialização no dia a dia... Trabalhar nesse grupo é um pouco uma formação" [AF 4]

Pode-se verificar que o exercício do trabalho em equipe imprimiu mudanças na visão e atuação de cada profissional do AF, na medida em que incorporaram conhecimentos das outras áreas. A equipe tem, hoje, um conhecimento básico comum a todos, uma capacidade mínima de atender as famílias com visão que vai além da formação estrita de cada um, porém tentando manter a especificidade de cada área de atuação. Esse exercício traz questionamentos e angústias, expressados pelos pediatras da equipe na sessão de grupo focal que realizamos:

“O grupo tem uma clareza razoável com relação aos limites até onde cada um pode ir. Quando começa a invadir a área do outro: ‘tá querendo dar uma de psicólogo...’. Não dá certo. Querer dar uma de assistente social sendo pediatra, não dá certo. Nesses cinco anos a gente já conseguiu notar que, se tentar, vai fazer besteira... Quando a gente percebe que está entrando numa área que não é nossa, isso aparece rapidinho na reunião seguinte... E é incômodo, também. ‘Será que eu fiz certo? Será que eu conduzi de uma forma adequada?’ E aí vem a angústia: ‘eu não sou isso, eu não sou aquilo... Não estou fazendo o meu papel’ ” [AF 1]

“Tem algumas coisas que a gente até faz. Porque aparece... às vezes eu fico muito angustiada e ele também fica porque a gente tem que dar uma de psicólogo, porque o paciente tá ali na hora, e ele quer que você dê aquela abordagem, ele quer um retorno, e você vê que não é uma coisa médica que ele quer. É uma conversa, uma orientação...E a gente depois, como tem a reunião toda sexta feira... a gente discute o caso, e aí a gente fica: ‘poxa, eu queria que você estivesse lá, porque não era pra mim’, entendeu? Mas a gente, na hora, tem que fazer.... como eu tenho, às vezes, que ensinar onde é que vai pra tirar um documento, onde é que vai pra conseguir a certidão de nascimento, pedir uma bolsa de alimento, um auxílio qualquer numa igreja. Eu não vou mandar pra ela [assistente social] pra fazer isso. Porque nas discussões a gente acaba aprendendo um com o outro, né? Mas a gente tem realmente um limite.” [AF 2]

A equipe do AF trabalha sem **coordenação** desde novembro de 2000, quando a coordenadora abriu mão de sua função. Na época – e até o final desta pesquisa – nenhum membro desejava assumir o cargo, “*porque todo mundo acha que já assume muita coisa*”, e a ex-coordenadora não apenas seria capacitada para a função, como teria mais disponibilidade para o cargo por não estar envolvida em atividades assistenciais.

A equipe considera que “*a falta de coordenação é muito ruim. O coordenador tem um papel que é interessantíssimo: ele orchestra a coisa. Ele junta, ele agrega, ele atenua as falhas cometidas, minimiza, reforça, ele faz o contato externo que é muito chato de fazer*”. Na falta de um coordenador, “*a gente acaba tendo que esperar pra se reunir pra tomar qualquer decisão*”, e se “*querem encaminhar um documento de fora, pra quem manda? Querem entregar um documento, entrega aonde? Uns entregam na Direção, outros no Serviço Social, outros pra mim que estou no ambulatório...*”.

O menor envolvimento da equipe em atividades fora da Instituição no último ano e a interrupção do atendimento externo por excesso de demanda foram motivos relatados no

grupo focal para explicar um menor impacto da falta de coordenação no andamento das atividades do AF. No entanto, todos acharam importante rever a situação o mais breve possível.

3.4 – Recursos materiais

Em nenhum dos momentos desta pesquisa identificaram-se dificuldades de ordem material para o atendimento das crianças (disponibilidade de prontuários e exames laboratoriais, por exemplo), parecendo não ser essa uma questão que suscite problemas para as atividades da equipe, dos demais profissionais envolvidos e dos responsáveis pelos pacientes. Pode-se supor que a própria estrutura, já criada pelo IPPMG para o atendimento em geral, satisfaça as necessidades do AF. Os profissionais dos serviços de ginecologia e proctologia do HUCFF, que dão suporte ao atendimento clínico do AF, também consideram os exames complementares de que dispõem em suas unidades adequados às necessidades das vítimas de abuso sexual.

A máquina fotográfica era considerada uma necessidade, especialmente para registrar as alterações físicas dos maus-tratos para as atividades de ensino. Entretanto, foi adquirida há mais de dois anos e não chegou a ser utilizada até o término da pesquisa. Percebem-se dificuldades de diversos níveis para fotografar os pacientes, entre os profissionais da equipe: abordagem das famílias para autorizar a fotografia; constrangimento de registrar, em fotos, as conseqüências físicas de um abuso; dificuldades para enfrentar o questionamento das famílias sobre o uso que será feito das fotos; o tempo despendido para fotografar. Até hoje, as poucas fotografias de lesões físicas das crianças do AF têm sido feitas pelo fotógrafo do IPPMG, utilizando-se recursos próprios dos profissionais do serviço. Conclui-se que foi requisitado e comprado um equipamento sem a adequada avaliação prévia de sua utilidade.

Visitas domiciliares, de rotina, não são realizadas em nenhum serviço do IPPMG. Sendo assim, foi necessário entendimento com o setor de transportes a fim de que disponibilizasse uma viatura para atendimento das necessidades específicas do AF. Foi estabelecido, desde que começaram as atividades do serviço, que a viatura estaria disponível uma vez por semana para as visitas domiciliares, em dia a ser combinado previamente com o setor de transportes.

Parece, pelo exposto acima, que os recursos materiais necessários à assistência às vítimas, numa unidade hospitalar, estão minimamente garantidos.

3.5 – Referência e contra-referência

Internamente o AF dispõe, para referência e contra-referência, dos pediatras gerais de todos os setores do IPPMG (ambulatórios, emergência e enfermaria) e dos diversos especialistas que compõem o quadro da instituição.

Conta-se também com o apoio dos serviços de ginecologia e proctologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, também da UFRJ e localizado em frente ao IPPMG que, através de pareceres, integram o atendimento específico das vítimas de abuso sexual. Embora fosse ideal ter esses profissionais no próprio serviço, a proximidade física entre as duas unidades tem facilitado o trabalho complementar desses serviços com o AF.

A equipe considerou, assim, supridas suas necessidades em termos de atendimento às questões ditas orgânicas, em geral.

Identificou-se a carência de local de referência para atendimento psiquiátrico, tanto de pacientes quanto de alguns familiares. Embora haja a possibilidade de encaminhamento para o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), no Campus da Praia Vermelha, a distância dificulta tanto o contato entre profissionais quanto o deslocamento dos pacientes, a maioria residente nas proximidades do IPPMG ou na Baixada Fluminense.

Outra carência se refere a serviços que disponham de psicoterapia individual. Embora o Núcleo de Atenção à Violência (NAV) esteja atendendo apenas situações de abuso sexual, englobando inclusive atendimento aos autores da agressão, a fila de espera e a distância dificultam o estabelecimento de uma verdadeira parceria entre os serviços, já que os pacientes têm dificuldade de locomoção até o local. No período em que procedemos à observação participante, foi possível verificar que muitas famílias foram encaminhadas e não chegaram a buscar o referido atendimento.

Um outro aspecto que procuramos investigar na nossa pesquisa foi a formação dos profissionais que encaminham ou recebem pacientes do AF, uma vez que a boa atuação nos casos não depende apenas da equipe do AF, mas de todos os envolvidos antes e após a chegada ao serviço. Lab et al (2000) comentam que há, claramente, habilidades genéricas que todo profissional adquire com sua formação, podendo aplicá-las a uma variedade de problemas, inclusive aqueles relacionados ao abuso sexual. Advertem, no entanto, sobre a possibilidade de que profissionais não treinados para questões específicas possam não estar atentos à diversidade de problemas específicos que envolvem o abuso sexual, podendo, inclusive, infligir danos psicológicos aos seus pacientes.

Constatamos que há, infelizmente, carência de treinamento dentre os profissionais entrevistados na nossa pesquisa. Verificamos, por exemplo, que os profissionais para os quais o AF encaminha casos de abuso sexual e que, eventualmente, também encaminham pacientes para o AF, não têm formação específica para atender esse tipo de abuso (à exceção das profissionais do Conselho Tutelar, que relataram ter passado por treinamento ao ingressar no Conselho). A busca de informações dos demais profissionais parece se dar de acordo com a necessidade prática e com a própria prática, como vemos a seguir:

“Quer dizer, a gente estuda trauma, estuda doenças sexualmente transmissíveis, mas não especificamente por esse tipo de abuso sexual. Então não há essa informação.” [profissional externo 2]

“A gente lê bibliografias. A gente tem um grupo de estudo e a gente lê tudo que sai, assim, sobre conceituação sobre violência, a gente tá discutindo dentro da nossa linha o que é violência, o que é trauma, como ouvir, o quê que é um atendimento... a gente tem grupo de estudo e de pesquisa aqui.” “... embora tenha outras pessoas da equipe que fizeram outros cursos mais especificamente com isso [abuso sexual], mas não é o meu caso.” [profissional externo 3]

Embora não seja objetivo dessa pesquisa avaliar a atuação desses profissionais, durante os anos nos quais procedemos à observação participante nas reuniões de equipe, foi possível verificar que eles têm respondido de forma satisfatória às questões clínicas demandadas pelo AF e não houve evidências de insatisfação por parte dos responsáveis no período estudado, o que foi reafirmado ao serem questionados durante as entrevistas. Uma melhor formação, no entanto, poderia fazer com que esses profissionais atuassem de forma mais ampla, para além das questões unicamente clínicas, o que poderia resultar num maior suporte às ações do AF.

A falta de formação para o atendimento às vítimas de abuso sexual foi notada, também, dentre os profissionais do IPPMG, principal “fonte” de demanda de pacientes para o AF. Muitas vezes eles suspeitam ou constatarem o abuso sexual, ou até mesmo tomam as primeiras medidas frente aos casos, por serem os primeiros a receberem os pacientes na instituição. Verificamos que a situação em relação ao treinamento desses profissionais foi desigual: alguns participaram do treinamento oferecido para a instituição em 1996, outros buscam conhecimento por conta própria através de leituras e há, ainda, quem nunca tenha tido qualquer informação a respeito. Nenhum dos entrevistados havia recebido treinamento específico para atendimento a vítimas de abuso sexual, e quando questionados a respeito de se sentirem preparados para o atendimento a vítimas desse tipo de abuso, verificamos que ressentem-se da falta de formação para lidar com questões que extrapolem a área biológica, como as sociais e psicológicas, freqüentemente presentes quando ocorre o abuso sexual.

Apenas um dos entrevistados admitiu sentir-se preparado para o atendimento a vítimas de abuso sexual, enquanto os demais emitiram os seguintes depoimentos:

“... na maioria das vezes a gente se sente muito impotente para lidar com essas questões...” [IPPMG 1]

“... não estou 100% preparada, mas acho que dá pra não assustar... me sinto preparada para abordar por um feeling meu, mas sem nenhuma estrutura de formação para uma abordagem desse gênero.” [IPPMG 2]

“... surgem dúvidas... Eu não sabia o que fazer. Eu sabia que tinha que encaminhar, mas de que forma...” [IPPMG 3]

“... eu não sei se estou totalmente preparada. Pra detectar, eu acho que estou...” [IPPMG 4]

“Eu me sinto [preparado], mas como amador...que não sabe as regras perfeitamente, mas acha que tem uma certa competência. Não me sinto legalmente preparado... se for uma situação que impõe regras, eu não saberia.” [IPPMG 5]

A situação do AF em relação à rede de referência e contra-referência na área da saúde tem, assim, dois pontos importantes a serem melhorados: o acesso a serviços de assistência psicoterápica e a formação dos profissionais internos e externos que compõem a rede de atendimento às vítimas.

Os Conselhos Tutelares representam praticamente os únicos serviços, externamente à área da saúde, com os quais o AF mantém relação mais direta e continuada. É através deles que são acionados, por exemplo, os apoios sociais (tais como abrigos) e jurídicos. Apesar de existirem dez Conselhos Tutelares no Rio de Janeiro, a precariedade das condições de trabalho, inclusive no que diz respeito à rede de serviços que deveria servir de retaguarda para suas ações, acaba por refletir-se no trabalho do AF.

A integração do AF com os serviços de referência e contra-referência será tratada adiante, na descrição do processo de atendimento do serviço.

3.6 – A estrutura existente versus a recomendável

Chadwick (1998) definiu três níveis de organização para programas de atendimento a vítimas de maus-tratos inseridos em hospitais. Pela carência de parâmetros deste tipo na literatura e pela importância que o assunto tem para a nossa pesquisa, descreveremos os três níveis, a fim de comparar a estrutura existente no AF com as recomendações do autor.

Para o primeiro e mais básico deles, o chamado “nível 1”, que deveria ocorrer em todos os hospitais e serviços de saúde que cuidam de crianças, foi recomendado que estejam contemplados os seguintes itens:

- 1) os profissionais devem ter recebido treinamento e devem estar aptos para reconhecer os principais tipos de maus-tratos contra a criança e para notificá-los de acordo com as recomendações legais. Devem ser elaborados procedimentos por escrito e definidos os critérios para o reconhecimento das síndromes de abuso e negligência mais frequentes nos serviços de saúde;
- 2) a unidade de saúde deve estabelecer metas quantitativas: de acordo com o número de crianças atendidas, é esperado um certo número de notificações de maus-tratos;
- 3) crianças com suspeita de terem sido abusadas devem ser referidas a unidades capacitadas para avaliação definitiva;
- 4) a criança e as pessoas que a trouxeram à unidade de saúde devem receber tratamento humanizado, profissional e sem julgamento, priorizando-se a segurança da criança;
- 5) os registros de uma suspeita devem documentar a razão das preocupações e as ações tomadas para notificar e referir. Deve-se anotar as declarações iniciais, tanto das crianças quanto de quem as trouxe para atendimento. As anamneses devem ser feitas de forma cuidadosa, a fim de que possam ser defendidas legalmente. Entrevistas definitivas não são esperadas nesse nível.

Sendo o AF um serviço especializado, funcionando num hospital universitário de referência, podemos supor que idealmente todas as recomendações citadas para o nível mais básico de atendimento já estivessem atendidas. Verificamos, no entanto, que alguns itens ainda deixam a desejar, sendo esta certamente a realidade da grande maioria dos serviços – de saúde ou não – que atendem vítimas de violência no nosso país. Analisando o AF à luz das recomendações de Chadwick para o nível 1, verificamos que:

- 1) alguns profissionais do IPPMG não pertencentes ao AF participaram do curso sobre violência doméstica em 1996, não tendo sido realizado outro treinamento, desde então, para a instituição em geral. Há duas profissionais do AF que não participaram até o momento de nenhum tipo de treinamento no assunto. Não foram elaborados procedimentos por escrito, nem critérios para reconhecimento dos casos de maus-tratos, quer para utilização da própria equipe, quer para divulgação no IPPMG;
- 2) como não sabemos a incidência de maus-tratos no nosso país, e nem na nossa instituição, estabelecer metas quantitativas para notificações do IPPMG nos parece, no momento, uma tarefa inviável. Talvez seja possível estabelecer metas de notificações do

AF, de acordo com o número de pacientes admitidos no serviço por mês e com o percentual de suspeitas não confirmadas;

- 3) no IPPMG as suspeitas de maus-tratos têm sido, em geral, encaminhadas para avaliação definitiva no AF. No entanto, como já relatamos, tem havido problemas para identificar o que é um caso e para definir quais devem ser referenciados;
- 4) o AF está inserido numa unidade de saúde cuja clientela é composta por crianças e estas representam, sem dúvida, prioridade no atendimento. Sendo assim, a postura dos profissionais, em geral, costuma ser de acolhimento das famílias, não apenas nas situações de maus-tratos. Apesar disso, observamos que a abordagem sem julgamento tem sido uma conquista adquirida com a experiência. É mais presente dentre os profissionais do AF que lidam frequentemente com a questão, mas ainda em construção dentre os demais profissionais da instituição;
- 5) como veremos adiante, os profissionais que atendem o paciente antes do encaminhamento para o AF nem sempre registram com clareza os motivos da suspeita ou as ações tomadas especificamente em relação aos maus-tratos.

Os serviços de “nível 2” são, para Chadwick (1998), aqueles capacitados para fazer a avaliação definitiva de um ou mais dos principais tipos de abuso (físico, sexual, psicológico e negligência). Avaliação definitiva significa, para o autor, uma avaliação que leva à conclusão sobre a probabilidade do abuso e seus efeitos, a qual pode ser utilizada por agências responsáveis para intervir nesses casos ou pode auxiliar no tratamento. Tais serviços devem:

- 1) realizar entrevistas definitivas (defensáveis legalmente) sobre o tipo de abuso em particular, tanto com as crianças quanto com seus responsáveis. As entrevistas devem ser gravadas em fitas de áudio ou de vídeo;
- 2) realizar exame médico definitivo, testes laboratoriais e coleta de espécimes, de acordo com o tipo de abuso;
- 3) realizar todas as entrevistas e exames de forma profissional e humanizada, evitando problemas adicionais para a criança e seus responsáveis;
- 4) ter entrevistadores e examinadores que saibam avaliar que ações são as melhores e quais causam menos stress na criança e na família;
- 5) manter os registros médicos de modo a permitir seu futuro uso pelas instâncias judiciárias. Esses registros devem ser preparados de modo que contemplem as necessidades das autoridades legais;
- 6) ter entrevistadores e examinadores que desejem e estejam capacitados a prestar testemunho relativo ao tipo de abuso em particular;

- 7) ter número de casos suficiente para manter a habilidade nos procedimentos necessários (é necessário estabelecer uma meta quantitativa);
- 8) ter um acordo com as agências do governo responsáveis pela intervenção nas situações de maus-tratos, que designe o hospital como um local aprovado para a avaliação definitiva e especifique os tipos de abuso que serão avaliados;
- 9) tratar no próprio local os pacientes cujas situações não demandem ações legais ou das agências de proteção, ou referi-los para outros locais de tratamento através de processos estruturados de referência;
- 10) os serviço de nível 2 podem oferecer tratamento ou prevenção ou podem referir as crianças e suas famílias para tais ações em outros locais.

Fica claro que o AF, embora sem dispor de alguns pré-requisitos do nível 1, desempenha praticamente todas as funções do nível 2. É responsável por avaliar as suspeitas de maus-tratos que chegam ao hospital e, mesmo sem ter qualquer acordo com órgãos oficiais, tem sido considerado por eles como suficientemente preparado para estabelecer diagnósticos definitivos de qualquer tipo de abuso.

Os serviços de “nível 3” são aqueles que fazem avaliação definitiva, tratamento e prevenção de todas as formas de maus-tratos contra a criança, não sendo necessário que todos esses tipos de atenção sejam desenvolvidos num mesmo local. Em geral, esses serviços requerem acordos inter-institucionais. Contemplam atendimento ambulatorial e de internação, de abusos presentes ou passados, estando preparados também para atender urgências nos 7 dias da semana, 24 horas por dia. Esses serviços devem estar associados a um centro que atenda pacientes traumatizados e queimados, assim como a centros de reabilitação e de saúde mental especializados em crianças maltratadas. Em termos de prevenção, utilizariam visitas domiciliares e outras formas de suporte às famílias, programas de educação de crianças e familiares visando formas de evitar o abuso e programas de educação pública com o mesmo fim.

Pode-se verificar que o AF não se enquadra nesse último nível, apesar de oferecer tratamento às vítimas e suas famílias. Embora funcione num hospital que presta atendimento 24 horas, diariamente, a instituição não está voltada apenas para o atendimento de vítimas de maus-tratos e as equipes do setor de emergência não estão treinadas para prestar um atendimento de acordo com o que se espera que seja realizado em centros voltados exclusivamente para esse fim. As ações de prevenção primária, também, não são desenvolvidas pela equipe do AF. Os acordos interinstitucionais que existem no IPPMG não são específicos para as vítimas de violência, que quando necessitam de qualquer referência

especializada passam pelas mesmas dificuldades que os demais pacientes atendidos na instituição.

Embora no nosso meio não existam recomendações oficiais para a estruturação do atendimento de crianças vítimas de maus-tratos ou, especificamente, de abuso sexual, o Ministério da Saúde elaborou uma norma dirigida ao atendimento de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual, que, por ser a única disponível, foi utilizada como um parâmetro para nosso trabalho (MS, 1999). Esse documento não define violência sexual. Seu conteúdo, porém, nos faz acreditar tratar-se de orientações específicas para situações de estupro. Em termos de estrutura para o atendimento, esse documento recomenda que:

- 1) seja definido um local específico na unidade de saúde, de preferência fora do espaço físico do pronto-socorro ou da triagem, garantindo-se assim a privacidade necessária à entrevista e ao exame físico e estabelecendo-se um ambiente de confiança e respeito. É recomendado que se evite identificar o local de atendimento, de modo a não favorecer o surgimento de estigmas em relação às vítimas;
- 2) o atendimento seja feito por equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais;
- 3) a unidade disponha de equipamentos e materiais permanentes, em perfeitas condições de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento e lhe confirmem autonomia e resolutividade. O manual lista o instrumental necessário, que engloba desde mesa e cadeira para consulta, material descartável para exames ginecológicos e máquina fotográfica, até aparelho de ultra-sonografia e equipamentos próprios de um centro cirúrgico capacitado para proceder ao esvaziamento da cavidade uterina;
- 4) as unidades de referência disponham de apoio laboratorial para execução de exames sorológicos, bacterioscópicos e culturas. Recomendam a realização rotineira dos seguintes exames e outros que, a critério clínico, podem vir a ser necessários: tipagem sanguínea, sorologias para sífilis, hepatite B e HIV, cultura de secreção vaginal e do canal cervical;
- 5) seja mantido um sistema padronizado de registro de dados, de modo a possibilitar a uniformização de informações dos vários serviços. O Manual traz modelos de fichas conforme já citamos anteriormente;
- 6) sejam realizadas dois tipos de atividades na unidade, voltadas para aumentar o conhecimento dos profissionais a respeito do tema:
 - a) uma sensibilização envolvendo todos os funcionários, cujo objetivo seria favorecer “a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual, as dificuldades que meninas, adolescentes e mulheres enfrentam para denunciar este tipo de crime, os

direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de co-responsável na garantia desse direitos” (p. 11);

- b) um treinamento envolvendo os profissionais que prestam assistência direta às vítimas, versando sobre o atendimento humanizado às mulheres que precisam submeter-se à interrupção da gravidez. Especificamente para os médicos, recomenda-se que haja treinamento para a utilização das diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação.

Apesar do estupro e outras formas de contato mais invasivas representarem um pequeno percentual dos abusos atendidos pelo AF e da grande maioria da clientela do serviço pertencer a uma faixa etária mais baixa – sem riscos, portanto, de engravidar –, é interessante fazer uma análise da estrutura do AF em relação às recomendações supracitadas:

- 1) no IPPMG temos problemas com a privacidade do atendimento, como vimos anteriormente. Há espaço específico para atendimento das vítimas no ambulatório, sendo a sala identificada como “Ambulatório da Família” justamente para preservar a clientela;
- 2) a equipe do AF é composta conforme recomendado nas normas do MS;
- 3) o IPPMG e o HUCFF, que formam o conjunto para atendimento das questões orgânicas da clientela, dispõem dos equipamentos e materiais necessários aos procedimentos, tendo autonomia e resolutividade nestes aspectos. Embora nunca tenha ocorrido a situação com pacientes do AF, para proceder a interrupção de gravidez seria necessário encaminhar a paciente para outra unidade, uma vez que o IPPMG e o HUCFF não dispõem de serviço de internação obstétrica, embora ambos tenham centros cirúrgicos;
- 4) o IPPMG e o HUCFF dispõem de apoio laboratorial capacitado para realizar, de forma ágil, todos os exames rotineiramente empregados na investigação e acompanhamento de vítimas de abuso sexual;
- 5) o AF dispõe de ficha própria para registro dos casos, que não é específica por tipo de abuso e, portanto, não contém detalhes sobre o abuso sexual como a ficha proposta pelo MS. O objetivo da ficha do AF é atender a questões internas do serviço, possibilitando uma visão geral dos atendimentos e o controle de frequência de consultas dos pacientes;
- 6) não houve no IPPMG uma sensibilização específica sobre abuso sexual, mas uma sensibilização sobre maus-tratos em geral, em 1996, que acreditamos ser mais adequada para as características de um hospital geral. Parte da equipe do AF participou de treinamento específico sobre abuso sexual – em 1997, na USP –, como já citamos anteriormente.

Foi questionado aos profissionais do AF como deveria ser um serviço ideal para o atendimento de crianças vítimas de violência, e como eles situavam o AF em relação a esse

ideal. O mesmo foi questionado, na atividade seguinte, em relação ao atendimento de vítimas de abuso sexual. A equipe não individualizou o abuso sexual, nem mesmo na atividade destinada a discutir especificamente esse tipo de abuso. Chegou-se à conclusão de que o ideal seria um serviço fora do ambiente hospitalar, que pudesse abarcar as diversas questões envolvidas na situação de violência, que, como já vimos, tem causas e conseqüências variadas e demanda ações que extrapolam a área da saúde. Portanto, o ideal seria organizar uma atenção interinstitucional e intersetorial, num espaço físico comum, de modo a criar facilidades para a clientela.

Ficou claro para a equipe que o AF, da forma como funciona – como uma especialidade dentro de uma estrutura hospitalar – não poderia alcançar esse ideal. Partiu-se, então, para discutir como seria o “ideal possível” para um serviço inserido no IPPMG. Algumas idéias surgiram a esse respeito:

“Eu acho que o grosso do atendimento dessas crianças é dentro da esfera psicossocial... Então, eu acho que um serviço pra tratar dessa questão tem que ser muito forte na assistência tanto psicológica quanto social.” [AF 1]

“Acho que teria de ver: aqui tem tantas crianças que são abusadas sexualmente, sei lá, fisicamente e etc. E que chegam aqui e precisam dum grupo que receba, que faça a abordagem dessas situações nos diferentes momentos de início de tratamento, no que é possível fazer. Acho que teríamos que montar bem isso pra poder servir às necessidades dessa instituição... na infra-estrutura mínima, precisa do pediatra na linha de frente, porque tem todos os exames físicos, todas as queixas físicas, os encaminhamentos que são necessários de serem investigados. Precisa de um apoio social e precisa de um apoio psicológico. Mas existe uma medida, um limite do que pode ser oferecido aqui. Então, desenvolver dentro desse limite.” [AF 4]

“Eu acho que o atendimento ideal não dá pra ser só intra-institucional, porque nenhuma unidade vai estar cobrindo todas essas lacunas que essas famílias estão buscando que sejam preenchidas. A própria rede, a área programática onde esse paciente mora, teria que estar estruturada. Então, o atendimento ideal é muito difícil. Porque depende da estrutura toda.” [AF 3]

A equipe concluiu que o AF ainda poderia melhorar, em termos de sua estrutura, para atender de acordo com os moldes segundo os quais está montado. Alguns aspectos foram apontados nesse sentido, tais como a necessidade de envolver mais psicólogos e assistentes sociais, o apoio jurídico e mais fácil acesso aos meios de comunicação:

“... não é uma questão orgânica na sua essência. Tem elementos de natureza física, e que você não pode prescindir de um pediatra numa equipe de atendimento a essas crianças. Agora, a importância desse profissional está com uma ótica invertida... Estou dizendo que a violência é uma questão que tem muito mais a ver com uma intervenção do psicólogo e do assistente social do que do pediatra. A

gente uma vez até já conversou se o nosso papel era funcionar como um ambulatório da família ou se a gente criaria um Comitê de Direitos da Criança dentro do hospital, que teria um olhar muito mais amplo. Estaria preocupado com a humanização do atendimento, desempenho profissional, agendamento de consultas porque a pessoa fica horas esperando, questões de segurança. Se a gente tivesse uma estrutura externa ao hospital dando conta dessas questões, nos bastaria um Comitê de Defesa da Criança funcionando muito bem, em que você identificasse essas coisas e referisse ou conduzisse pra essa unidade, onde ela receberia também um suporte psicológico e social e também uma avaliação de um pediatra, que poderia ser aqui. Poderíamos ser a referência para o atendimento pediátrico de uma instituição que lida com as questões referentes à violência.” [AF 1]

“Precisa fazer uma série de coisas, ir melhorando, mas está tentando montar uma infra-estrutura mínima... A gente pode ir melhorando, estruturando, reorganizando... Ter uma boa noção dos limites, do quê que pode aumentar nesses limites ou não. Acho que isso também ajuda.” [AF 4]

“A gente ainda poderia melhorar. A gente poderia ter uma assessoria jurídica aqui da universidade, fazer um intercâmbio com alguém... A gente poderia estar batalhando pra ter mais psicólogas. A gente tem um limite interno: a gente tem pouco apoio da psicologia porque tem poucos profissionais, nosso serviço social é a mesma coisa...” [AF 2]

“Se pudesse ter tudo aqui, mais próximo, seria o ideal. Às vezes, a gente não tem o telefone, o fax ...” [AF 3]

“E até um maior envolvimento dos profissionais aqui dentro.” [AF 6]

Algumas falhas sentidas pela equipe foram confrontadas com os objetivos da instituição que não prevê, por exemplo, atendimento a adultos ou assistência jurídica aos usuários, o que dificultaria, até mesmo, estruturar um serviço hospitalar mais completo:

“Atendimento ao agressor, que eu acho que pra gente seria importante fazer tudo num só local. Mas aqui é um instituto de pediatria, e aí... não é voltado pra adulto.” [AF 2]

“Tá vendo que tem uma distorção na sua essência? Você não vai jamais conseguir justificar pra uma instância acima da nossa, que a gente tem que ter uma assessoria jurídica dentro do hospital. Ele não vê o hospital como esse espaço.” [AF 1]

Foi, também, ressaltado que a equipe não deve perder de vista que o ideal seria um outro tipo de atendimento, até mesmo para não sedimentar modelos que deixem de atender plenamente as inúmeras necessidades das famílias. Nesse sentido, foi levantado o fato de tratar-se o IPPMG de “... instituição de ponta, que é de referência, formadora de recursos humanos, que é solicitada a opinar em determinados fóruns”, podendo desempenhar o importante papel de “... jogar a semente pra que daqui a 20 anos a gente tenha um outro sistema de atendimento...”.

Percebe-se, por fim, que a equipe tem noção de seus limites e das falhas estruturais, mas mantém uma postura positiva e de busca gradativa de melhorias, o que ilustramos com os seguintes depoimentos:

“Aqui no grupo a gente tem sempre um movimento de ficar resgatando o que a gente tem, pra não ficar lembrando só do que falta, né? Volta e meia essa discussão acontece.” [AF 4]

“...eu acho que se a gente pára pra olhar outros lugares, a gente tem até uma estrutura organizada em relação a isso. É uma estrutura organizada em relação ao atendimento à criança e à violência.” [AF 3]

“Eu acho que a gente vai sempre se reestruturando. Na medida em que a gente vai alcançando etapas, a gente vai buscando outras, buscando o ideal, que é inatingível.” [AF 6]

4 – O processo de atendimento

Neste capítulo, apresentaremos a avaliação do processo de atendimento a vítimas de abuso sexual no Ambulatório da Família, abrangendo os seguintes aspectos: a inserção das famílias no serviço; a dinâmica do atendimento ambulatorial; a integração do AF com outros serviços e com as famílias atendidas; a atuação em equipe no processo de atendimento; a análise do processo de atendimento à luz de alguns indicadores selecionados; e as dificuldades identificadas em relação ao enfrentamento do abuso sexual contra crianças e adolescentes.

4.1 – A inserção da clientela no serviço

4.1.1 – O acesso ao AF

Donabedian (1984) define acessibilidade à atenção como a facilidade com a qual esta se inicia e se mantém. Considera que o acesso aos serviços de saúde depende de características dos provedores – sejam eles instituições ou indivíduos – e da habilidade dos pacientes potenciais para vencer obstáculos que se interponham entre eles e a atenção a ser recebida (obstáculos financeiros, geográficos, sociais e/ou psicológicos).

O IPPMG é uma unidade de saúde de difícil acesso à população em geral, devido à sua localização – na Ilha do Fundão – e pelo fato de ser um hospital de referência, cujo setor de triagem seleciona a clientela a ser atendida. De fato, por meio das entrevistas com os

responsáveis, foram identificados problemas nos dois níveis: o acesso geográfico e a marcação da primeira consulta no serviço:

“Olha, assim pra conseguir marcar é muito difícil, tá.” [responsável 1]

“O acesso pra cá é um pouquinho ruim, né?... Porque tem pouca condução de lá pra cá.” [responsável 3]

“...o primeiro dia eu imaginei que eu fosse chegar aqui e fosse ser atendida logo. Ai não fui. Fui marcada pra três dias depois.” [responsável 5]

“Olha só, pra gente é distante, porque eu moro lá em São João de Meriti, né.” [responsável 6]

“A única coisa que eu acho, assim, ruim daqui, é o acesso... Às vezes se torna difícil, porque tem que pegar dois ônibus de repente... Até chegar aqui eu acho difícil.” [responsável 7]

As dificuldades de acesso geográfico se devem, pelo menos em parte, à distância entre o local de moradia da clientela e o IPPMG. Obviamente, solucionar o problema da regionalização dos serviços de saúde não compete diretamente à equipe do AF e, especificamente em relação ao atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem buscado saná-lo, por meio da tentativa de implantação de pólos com este objetivo, nas várias áreas programáticas do município do Rio de Janeiro.

Donabedian (1987) considera que, em geral, a distância tem um efeito sutil sobre o uso do serviço, inibindo-o, especialmente, para aqueles serviços considerados menos úteis. Esse autor observa que outros fatores influenciam na escolha do serviço de saúde, podendo-se preferir um recurso mais distante, quer devido à sua reputação, quer a um vínculo prévio, ou em decorrência de uma rede complexa de ligações profissionais. Foi possível verificar essas três nuances através dos responsáveis entrevistados. Há quem tenha vindo ao AF pela reputação do IPPMG:

“...não tem lugar melhor, lá [IPPMG] só tem pessoas bem capacitadas, são mestres. Faça seu sacrifício, mas nós não podemos deixar de atender R. lá.” [responsável 6]

Há quem tenha vindo por um vínculo positivo anterior:

“...quando ela tinha meses, ela passou por problema de estômago, eu tratei dela aqui e ela ficou curada. Então eu já sabia que aqui realmente era um hospital muito bom, que os profissionais daqui... Aqui é um excelente hospital. Até hoje eu só tenho coisas boas.” [responsável 7]

E há quem tenha vindo a partir de referência da rede de serviços, após verdadeira “peregrinação” por outras instituições:

“... no Fórum mandaram fazer esse negócio dos exames todos... Depois jogaram a gente pra Ramos, pro Conselho Tutelar, que mandou vir pra cá.” [responsável 2]

“Fui primeiro ao CT, aí do CT fui pro Fórum de Campinho e o Fórum me mandou pra cá.” [responsável 3]

“A primeira vez, eu fui direto no INPS lá dos Bancários, no PAM. Aí, de lá, a assistente social de lá me deu encaminhamento direto pro Conselho Tutelar. Foi do Conselho Tutelar que eles me encaminharam pra cá.” [responsável 5]

Seguindo uma rotina institucional, as referências internas no IPPMG são realizadas por meio de impresso próprio, no qual deve constar o motivo do encaminhamento. De posse desse impresso, os responsáveis se dirigem ao setor de agendamento do hospital, onde ficam as agendas de todos os profissionais do ambulatório. Nesse setor, a funcionária verifica a disponibilidade de vaga para um dos profissionais do serviço indicado, de modo que a consulta seja agendada o mais breve possível.

Para os pacientes referenciados por serviços externos, também é exigido um encaminhamento formal para a instituição, que é analisado pelo setor de triagem. Após essa análise, e tratando-se de pacientes encaminhados para o AF, o caso é levado até o serviço social ou diretamente a algum profissional do AF que esteja presente no ambulatório no momento do atendimento, procedendo-se avaliação imediata da situação, com agendamento conforme a necessidade do paciente e a disponibilidade do serviço.

Nos casos de demanda espontânea, a entrada do paciente também se dá através da triagem, que, após o relato dos responsáveis, segue os mesmos procedimentos citados para os encaminhamentos externos.

Acreditamos que duas situações distintas possam colaborar para a dificuldade de agendamento da consulta de primeira vez no serviço. A primeira delas é a existência de rotinas institucionais que prevêm certo fluxo para ingresso de pacientes ambulatoriais e que, de certa forma, protegem a instituição de uma demanda incontável de pacientes para as especialidades pediátricas. A segunda diz respeito a questões específicas do tipo de atendimento prestado no AF, tais como as consultas mais demoradas que implicam um número mais reduzido de agendamentos por turno de assistência e a ansiedade gerada pelo abuso sexual, que implica a necessidade de um acolhimento imediato.

Essa premência pelo atendimento foi identificada não só entre os familiares, mas também entre os profissionais do IPPMG que foram entrevistados. Muitas vezes, eles têm de dar algum tipo de andamento aos casos de abuso sexual que encaminham, até que o AF os

assuma, o que causa insegurança. A seguinte declaração expressa essa questão, mas também revela que a equipe do AF pode apoiar o profissional até que se proceda ao atendimento no serviço:

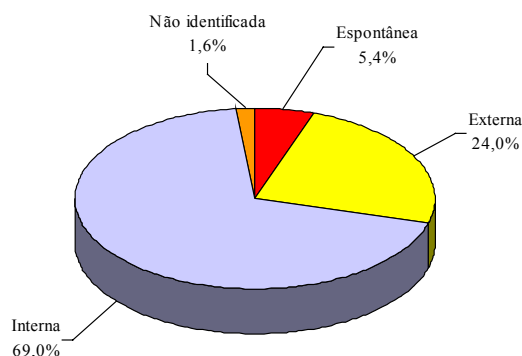
“... tive dificuldade de marcação da consulta, que foi um pouquinho mais tarde... mas até foi rápido, né? Nesse espaço de tempo, de uma ou duas semanas, eu estive conversando com o pessoal do AF o tempo todo.” [IPPMG 1]

A equipe do AF, por sua vez, mostra-se ciente das necessidades da clientela e dos profissionais e, quando acionada, busca atender às famílias de imediato, ainda que apenas para uma orientação inicial antes da primeira consulta. Também houve redução do atendimento externo no último ano, como já comentamos anteriormente, o que certamente aumentou a possibilidade de atender mais rapidamente a demanda interna.

Sendo o AF considerado uma especialidade pediátrica do IPPMG, segue a recomendação institucional de que os serviços especializados recebam, prioritariamente, pacientes da demanda interna – ou seja, após avaliação prévia de um profissional do Ambulatório de Pediatria Geral, de outras especialidades, das enfermarias ou do serviço de Emergência. Tal recomendação foi estabelecida para otimizar os atendimentos das especialidades.

Isso faz com que a recepção de pacientes se dê, prioritariamente, através da demanda interna do IPPMG, como mostra o gráfico 6.

Gráfico 6
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF,
segundo a origem da demanda.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=129)



A demanda externa representa os encaminhamentos vindos de outras unidades de saúde, dos Conselhos Tutelares ou de instituições do poder judiciário (Varas da Família, Promotorias, Juizados da Infância e da Juventude) e a demanda espontânea é aquela na qual o responsável buscou direta e espontaneamente o AF, sem encaminhamento por parte de qualquer serviço interno ou externo.

Relatório do AF elaborado em fevereiro de 2001, incluindo os diferentes tipos de abusos atendidos pelo serviço até então (417 pacientes), mostra que a origem da demanda dos casos de abuso sexual encontrada na nossa pesquisa segue a tendência do serviço: o AF havia recebido 22,8% dos pacientes por demanda externa, 72,9% por demanda interna e 4,3% dos pacientes haviam procurado o serviço espontaneamente. A predominância da demanda interna nos leva a crer que um investimento em ações conjuntas intrainstitucionais possa trazer bons resultados para o atendimento às vítimas no que diz respeito às ações de saúde.

4.1.2 – Os motivos de encaminhamento para o AF

Uma breve observação dos motivos de encaminhamento explicitados nas solicitações de parecer, e também dos motivos alegados pelos responsáveis que buscaram diretamente o atendimento, permitiu verificar que existe um certo nível de dificuldade para explicitar a suspeita de abuso sexual, tanto por parte dos profissionais quanto dos responsáveis.

Dos 128 casos, nos quais foi possível resgatar o motivo do encaminhamento/procura ao AF, cerca de 8%, apesar da óbvia presunção diagnóstica de quem encaminhou, estavam com indicações de motivos que se referiam a situações clínicas gerais ou situações inespecíficas, indo desde insônia e incontinência fecal à informação de um pai que se referia à filha com palavras grosseiras, passando pelo relato genérico de “maus-tratos”; em aproximadamente 24%, a suspeita de abuso sexual estava subentendida no contexto do relato de encaminhamento, sem, no entanto, ter sido explicitada claramente – são exemplos os encaminhamentos por doenças sexualmente transmissíveis, comportamentos sexualizados e lesões em genitália e em região anal; e, em 64%, o abuso sexual foi, sob diversas formas, explicitado claramente. Cerca de 4% dos pacientes haviam sido encaminhados ao AF com suspeita inicial de outros tipos de abuso e, portanto, não havia qualquer menção ao abuso sexual nos respectivos encaminhamentos.

É importante lembrar que os registros no prontuário, sejam eles de profissionais que avaliaram o paciente antes do encaminhamento ao AF, sejam dos próprios profissionais do serviço, são peças importantes para um futuro processo legal que, porventura, venha a ser desencadeado, devendo ser o mais minucioso possível. É comum órgãos da Justiça

solicitarem fotocópias dos boletins de atendimento para serem anexados aos processos, quando as anotações serão interpretadas por profissionais que não são da área da saúde. Uma outra possibilidade é que o próprio profissional que prestou o atendimento venha a ser intimado a depor, às vezes longo tempo após ter prestado o atendimento e, portanto, necessite se basear nos relatos do prontuário.

A falta de clareza nas descrições do abuso sexual por parte dos profissionais que encaminham é percebida pela equipe do AF como um obstáculo na primeira abordagem do caso. Apesar disso, compreende-se que, muitas vezes, é difícil entregar uma solicitação de parecer ou um encaminhamento cujo conteúdo pode constranger o responsável ao levá-lo para casa ou apresentá-lo numa instituição de referência. À parte esses motivos, é sempre mais difícil para a equipe obter uma avaliação da situação quando não há um relato claro do que se espera que seja investigado ou resolvido no AF:

“A mãe ou responsável sai com isso [o pedido de parecer] na mão... e vai no agendamento marcar ... aquele papel, a mãe leva pra casa, porque ela fica com aquela consulta marcada ali. Então, as pessoas têm medo do que vão escrever ali... tem as coisas mais loucas escritas ali, que a gente pode não ter a menor idéia [do tipo de abuso]: ‘criança não dorme bem, solicito avaliação’... Às vezes, tá no prontuário. Às vezes, não está em lugar nenhum. Alguns procuram a gente pra dizer: ‘encaminhei, não escrevi nada, mas é isso’... Outras vezes, não.” [AF 2]

“ ‘dificuldade de aprendizagem’... Então, na verdade, você tem que estar buscando em que contexto isso está inserido, entendeu? ... Não sabe, muitas vezes, nem o tipo de abuso, nem porque foi encaminhado de fato. E aí, a gente vai tentar ir construindo junto com a mãe, buscando junto com a mãe essa questão: por que ela está ali, e tentar identificar e começar a investigar que tipo de abuso a gente está diante...” [AF 3]

Parra et al (1997) estudaram os registros de médicos residentes que avaliaram situações de abuso sexual e verificaram que, em torno de 80% nas quais havia evidência física indicativa de penetração, não houve registro de impressão diagnóstica ou mesmo de uma impressão inespecífica que apontasse para a ocorrência de abuso sexual. Os autores chamam atenção para o fato de os médicos, freqüentemente, serem solicitados a interpretar achados do exame físico para familiares, serviços de proteção à criança, policiais, promotores públicos e juízes, constituindo-se os registros numa importante referência nessas situações.

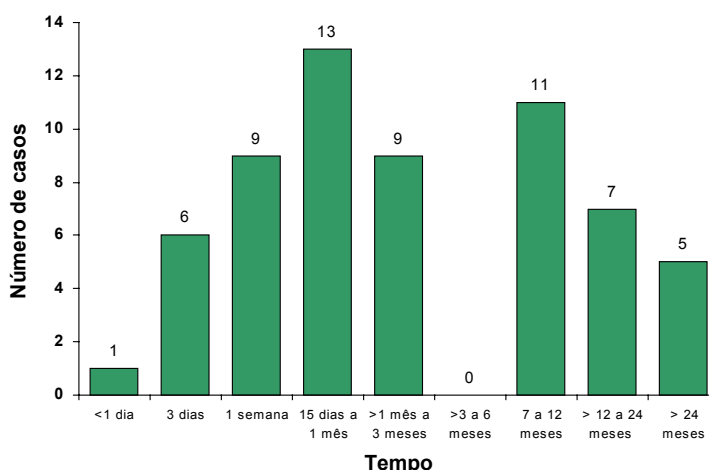
Um treinamento dirigido aos profissionais do IPPMG poderia aumentar sua segurança em registrar os dados encontrados na anamnese e no exame físico, elaborando solicitações de parecer ou encaminhamentos mais bem formulados. Poderia possibilitar, também, que fossem estabelecidas – entre esses profissionais e o AF – formas de explicitar a suspeita de abuso sem constranger os familiares com o teor da solicitação de parecer. Além disso, internamente, é

possível que uma maior integração dos profissionais do AF com os demais profissionais supere, ao menos parcialmente, as falhas de comunicação escrita, beneficiando a clientela atendida.

4.1.3 – Tempo decorrido entre o abuso e o atendimento no AF

O tempo decorrido entre o último abuso (ou a suspeita de abuso) e o atendimento no AF pode ser identificado em 61 casos (47,3% do total) e variou desde poucas horas (apenas um caso) até sete anos, com média de 8,9 meses e mediana de 2 meses. Cabe ressaltar que 45,5% dos pacientes chegaram ao AF até um mês após o último episódio de abuso – suspeito ou realmente ocorrido. A distribuição está apresentada no gráfico 7.

Gráfico 7
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF,
segundo o tempo decorrido entre o último abuso e o 1º atendimento.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=61 casos)



O tempo depende, especialmente, da procura do responsável ou do encaminhamento ao serviço, uma vez que estando no IPPMG a equipe do AF costuma ser imediatamente contatada e, em geral, no mesmo dia, presta um primeiro atendimento, no qual são feitas as orientações e os encaminhamentos necessários, mesmo que uma consulta formal venha a ser marcada para alguns dias após. Vivenciamos durante a pesquisa alguns períodos mais críticos, quando um agendamento para 1º atendimento ambulatorial estava sendo aprazado para 30 dias. A solução encontrada pela equipe foi abrir exceções e prestar atendimentos e orientações em turnos extras, por entender que os responsáveis não deveriam esperar por tanto tempo para serem atendidos.

Constatamos que aqueles responsáveis que procuraram o AF anos após a ocorrência do abuso, o fizeram a partir de um momento no qual foi possível discutir o problema com algum profissional e esse, por sua vez, tendo um serviço para onde encaminhá-los e avaliando ainda ser pertinente o encaminhamento, o fez com o objetivo de que fossem abordadas ou investigadas seqüelas porventura decorrentes de um abuso sexual antigo. Quando surgem, tais situações costumam suscitar discussões nas reuniões de equipe por fugirem à rotina e por levarem à necessidade de discutir que ações ainda são pertinentes após transcorridos anos do abuso sexual.

Percebe-se através do gráfico anterior que não é comum o AF atender a “urgência” do abuso sexual, ou seja, dentro das primeiras 72 horas, nas quais há a recomendação para intervenção em relação à prevenção de DST/AIDS e gravidez e para a coleta de material para documentação legal do abuso (MS, 1999). De fato, a equipe do serviço não tem tido a oportunidade de lidar com o atendimento imediato a esses pacientes, o que também não tem se apresentado ao setor de emergência do IPPMG. O AF parece seguir, assim como o restante da instituição, a característica de ser um serviço de referência e não a porta de entrada do sistema de saúde.

4.2 – A dinâmica do atendimento

4.2.1 - A consulta de primeira vez

Os pacientes encaminhados para o AF marcam consulta inicialmente com os pediatras ou com a enfermeira, no setor de agendamento do hospital. No entanto, em algumas situações excepcionais e havendo disponibilidade, a assistente social faz o primeiro atendimento caso seja necessário providenciar uma avaliação que não possa aguardar pelo agendamento de rotina. Essa profissional solicita o atendimento dos pediatras da equipe ou de outro médico quando acha necessário ou quando o encaminhamento é especificamente para avaliação clínica. As psicólogas não realizam atendimento de primeira vez no AF nem em outros serviços do IPPMG aos quais estão diretamente ligadas.

Numa discussão ocorrida em 1998 a respeito da sistemática dos atendimentos de primeira vez no AF, a equipe levantou questões importantes e mostrou que existem idéias diferentes no serviço sobre esse assunto. Em relação à consulta de primeira vez, havia as seguintes opiniões: seu objetivo seria identificar se uma situação é ou não é de maus-tratos – isto poderia ser feito em uma ou mais consultas nas quais o caso estaria sendo avaliado; teria também o objetivo de acolher a família e dar respostas às necessidades imediatas desta, sem

necessariamente fechar um diagnóstico; deveria ainda avaliar risco de vida e possibilidade de reincidência do abuso.

Em relação à categoria profissional que deveria fazer a consulta de primeira vez, alguns profissionais julgavam que qualquer membro da equipe formado para reconhecer situações de maus-tratos poderia atender, até porque a maioria dos pacientes é originária do próprio IPPMG e já passou por exames clínicos. Outros acreditavam que apenas médicos deveriam receber a clientela, já que o AF funciona num hospital e as famílias buscam atendimento médico. Havia também quem defendesse que qualquer profissional poderia fazer atendimento de primeira vez, mas todo paciente seria avaliado, pelo menos uma vez, pelos médicos, à exceção das situações de abuso sexual, que deveriam passar sempre por uma avaliação médica inicial. Percebe-se aqui um tratamento diferenciado para o atendimento da vítima de abuso sexual.

Discutiu-se também, na mesma ocasião, que as consultas de primeira vez eram muito diferentes entre si, no que diz respeito às situações nelas apresentadas, não sendo possível estabelecer um padrão; que era importante definir a postura profissional diante dos casos de primeira vez, mais do que definir procedimentos; que o profissional do AF tinha acesso à família num determinado momento do ciclo de violência que ocorria com a vítima, momento esse que é diferente para cada caso e, portanto, demandaria diferentes métodos numa primeira abordagem; que o papel do profissional que está num ambiente hospitalar é diferente daquele que não está, devendo esse contexto ser considerado na abordagem do paciente; que havia necessidade de construir um corpo de conhecimento comum a todos os profissionais do AF, de modo que todos fossem capazes de fazer a abordagem inicial.

Em relação à última questão, acreditamos que esse conhecimento já tenha sido adquirido com a prática e que, atualmente, qualquer membro da equipe esteja capacitado para proceder a uma primeira abordagem dos pacientes do AF, respeitando-se as peculiaridades de cada profissão.

Ao abordarmos no grupo focal com a equipe as especificidades da consulta de primeira vez dos casos de abuso sexual, verificamos que a situação atual se encontra da seguinte forma:

- não há diferença entre o abuso sexual e os demais tipos de abuso no que diz respeito ao planejamento para o primeiro atendimento;
- as psicólogas ainda não fazem atendimento de primeira vez, mas a assistente social o faz e, caso detecte necessidade de exame físico urgente através da situação que lhe é exposta, encaminha o paciente para a ginecologia ou aciona um dos pediatras da equipe ou do setor de emergência do IPPMG para a avaliação;

- embora qualquer tipo de abuso grave sensibilize bastante a equipe na primeira consulta, o abuso sexual foi identificado como o que mais a mobiliza, tendo sido alegados os seguintes motivos para isso:

“O abuso sexual tem sempre uma caixinha de surpresa. A pessoa escreveu muito pouco no prontuário, então investigou muito pouco. É mais fácil eles investigarem algumas coisas. O pai bate com pedaço de pau na criança... Com o pau do berço. Já vem a história. Então, não tem muita novidade.” [AF 2]

“Tem repulsa, tem identificação com a criança, identificação com a pessoa que traz que está sofrendo, tem rejeição pelo abusador, tem raiva mesmo da situação vivida... Muitas vezes, essa criança, além do abuso sexual, traz uma história social que é gravíssima... Isso tudo mexe com os sentimentos da gente, e muito. Acrescido da questão do sexo.” [AF 1]

“Eu acho que mais do que raiva, eu ficava horrorizada, sabe? Assim de me chocar... Agora, esse sentimento de raiva e de revolta a gente vê muito nos familiares. Muito. Esse é o sentimento que predomina nas famílias que chegam aqui. E a gente tem que lidar com ele.” [AF 3]

“...um sentimento de indignação muito grande.” [AF 4]

“...[as famílias] ficam na expectativa do que a justiça vai fazer, como o agressor vai ser punido... essa é uma preocupação que a gente vê muito. Principalmente quando o abuso é sexual. Eu acho que o abuso sexual, até pra própria família acho que pesa mais, cobra mais.” [AF 6]

Os responsáveis entrevistados diferenciaram a consulta de primeira vez das consultas subseqüentes. Relataram certa ansiedade devido ao desconhecimento do teor da consulta e às dificuldades em abordar o assunto com um profissional ainda desconhecido. Apesar disso, as experiências parecem ter sido positivas, com superação das dificuldades na própria consulta ou nas subseqüentes. Alguns depoimentos ilustram os sentimentos dos responsáveis nesse momento:

“Eu me senti, assim, sem jeito pra falar o que estava acontecendo comigo... Na primeira consulta eu não me abri, não falei, não. Depois foi que eu comecei a me abrir.” [responsável 1]

“Na primeira eu me senti meio estranho, mas depois na segunda aí já fiquei mais tranqüilo... Assim, por causa da garota, sabe? Não é por causa do médico, não. Porque a garota é cheia de dengo [para deixar-se examinar]”. [responsável 2]

“Na primeira consulta a gente fica assim, meio inibida, mas depois a gente se solta, né?” [responsável 3]

“Eu fiquei nervosa por ela, porque uma região tão sensível, né, e eu também não sabia exatamente como é que é o exame... Eu fiquei um pouco assim tensa, também, mas depois foi tudo bem.” [responsável 5]

“Eu fiquei um pouco, assim tensa, assim triste, porque é uma situação muito difícil, eu não queria que nada disso fosse verdade, entendeu?” [responsável 7]

Os responsáveis descreveram diversas reações das crianças nas consultas de primeira vez. Estas variaram desde a indiferença até vergonha e angústia, atribuídas por eles a diversos fatores: a idade, o preparo anterior para a consulta que iria ocorrer no AF, o procedimento do exame físico e a verbalização do abuso sexual:

“... ela é muito pequena, não percebeu nada, pra ela continuou tudo a mesma coisa.” [responsável 1]

“Ficou com vergonha na primeira vez. Depois, não, vai acostumando e foi se soltando.” [responsável 2]

“...ele ficava assim, meio constrangido de falar.” [responsável 4]

“Ela ficou muito assim deprimida, queria chorar, não queria deixar examinar ela, ficou meio angustiada.” [responsável 5]

“Ela aparentemente estava tranqüila, porque eu conversei com ela, que não precisava se preocupar, pode ficar tranqüila, não vai ter escândalo, não vai ter nada disso...” [responsável 7]

Perguntou-se aos profissionais do AF que sentimentos e sensações eles percebiam nas famílias das vítimas de abuso sexual, à primeira consulta. Embora acreditassem que as famílias se sentiam apoiadas desde o primeiro contato, percebiam que, muitas vezes, havia dificuldade da família expressar de imediato a situação vivenciada. Os casos nos quais a família exterioriza a situação abusiva foram considerados mais fáceis para abordagem na primeira consulta. Diferentes níveis de problemas foram identificados no atendimento de primeira vez, desde o confronto de valores socioculturais entre profissionais e responsáveis até a imprevisibilidade do que pode surgir na consulta, passando por inúmeros tipos de sentimentos e reações expressos pelos familiares que, muitas vezes, exigem do profissional ações no sentido de tentar amenizá-los ou revertê-los:

“...vem com sentimento de vingança muito grande... querer se vingar com morte da pessoa... Ela quer uma reparação disso... Elas querem uma posição para esse agressor, às vezes, na primeira vez... Ela tá tão danada da vida com o agressor, que ela quer saber o que vai acontecer, se ele vai ser preso, o que vai acontecer, o que a gente vai encaminhar.” [AF 3]

“Eu acho que o primeiro momento é uma apresentação de valores da família junto com a situação do abuso em si... estou me lembrando de inúmeras situações com contextos completamente distintos. Então tem o que chega invocadíssimo, querendo a vingança. Tem outro que chega querendo ter o alívio de que o hímen da criança não foi rompido... E ela usou essa frase: ‘Se a minha filha estiver do jeito que eu a trouxe ao mundo, eu vou pensar o que eu vou fazer’... Lidar com

isso... porque eu também tenho meus valores nessa história. Mas tentei diminuir um pouco a pressão.” [AF 1]

“ ‘A senhora olha aí, porque, se aconteceu alguma coisa, os caras vão pegar ele agora, quando eu sair daqui’. Olha a nossa responsabilidade.” [AF 2]

“É nessa medida que eu digo dos valores. Porque o contexto social também é muito importante. A reparação disso pode se dar de uma forma que é uma execução sumária desse sujeito na favela. E você tá ali, mediando essa coisa maluca... Então os valores vêm junto com as pessoas e seus abusos sexuais familiares ou não familiares.” [AF 1]

“Nunca chega assim uma família... não dá pra se dizer assim qual vai ser a reação dela quando a gente vai fazer o primeiro atendimento. Então, é bem diferenciado. Com todos esses sentimentos que todos aqui falaram, eu não tenho uma que eu diga: ‘Ah, vai ser dessa forma’. Não tem como a gente dizer. Então elas estão imbuídas de toda essa cultura que ela já tem, dos valores, da forma de vida, se ela consegue ter rede de apoio... às vezes, não contou com o apoio da rede familiar, ainda. Então, a gente vai começando a desmistificar algumas coisas aqui no atendimento, até pra que ela se sinta apoiada e acolhida, até que consiga contar pra outras pessoas.” [AF 6]

“Essa questão do primeiro atendimento varia muito com o que foi trabalhado antes. Às vezes o caso foi mal conduzido antes em alguns lugares e a gente leva... eles já chegam pra gente com uma carga muito complicada. Foram dadas orientações erradas, a pessoa pra fazer a criança vir pra gente fala: ‘Olha, se não for lá, o juiz vai tirar seu filho’. A pessoa chega aqui... ‘O que a senhora vai fazer?’. Ai você tem que quebrar o que a pessoa fez na boa intenção de fazer com que não deixasse de vir... E isso tudo você tem que fazer na primeira vez, né? Se não, não volta mais... A gente não pode ser uma ameaça... O primeiro contato é fundamental pra dar continuidade, pra estabelecer o vínculo.” [AF 2]

Em resumo, a consulta de primeira vez representa um momento especial, quer para o profissional, quer para a família. É momento emocionalmente forte, no qual ambas as partes precisam superar uma série de dificuldades, em busca do estabelecimento do vínculo, importante fator na condução do caso.

4.2.2 – O acompanhamento ambulatorial

Ainda na consulta de primeira vez, o profissional do AF precisa traçar a intervenção que considera mais apropriada para a família que está sendo atendida. No entanto, muitas vezes é difícil prever os resultados que um abuso sexual pode trazer para as vítimas e suas famílias de modo a programar, de imediato, determinado tipo de seguimento ambulatorial.

Cahill et al (1999) sugerem que se considere o estágio de desenvolvimento da criança na época da ocorrência do abuso, juntamente com a análise de outros fatores de estresse e de resiliência, para que se estabeleça predições confiáveis de desencadeamentos prováveis para cada caso. De fato, acreditamos que prever alguns possíveis resultados negativos permitiria

aplicar intervenções dirigidas, que não apenas poderiam evitar ou amenizar tais resultados, como otimizariam a atenção prestada pelo serviço. No entanto, a prática nos mostra que, ainda que sejam inicialmente traçados planos, só mesmo a partir do desenrolar dos acontecimentos, das reações em geral, da “metabolização” do abuso pela criança e pelos familiares e de tantos outros fatores envolvidos é possível, passo a passo, construir um acompanhamento que é peculiar a cada situação.

O espaçamento entre as consultas do AF, no caso dos atendimentos dos pediatras e da enfermeira, varia desde mais de uma vez por semana em situações graves ou iniciais, até no máximo a cada seis meses para famílias que estão apenas em monitoramento. Não foi possível identificar um padrão através dos casos estudados, tamanha a variedade encontrada. Percebemos, também, que cada profissional segue padrão de intervalo próprio. Não há rotina estabelecida pela equipe para o espaçamento entre essas consultas, certamente pelas dificuldades já citadas.

O acompanhamento psicológico é realizado semanalmente e em grupo, após avaliação individual que se dá em uma ou mais entrevistas com responsáveis e pacientes em separado. Este padrão segue a proposta de trabalho do serviço de psicologia para o restante da instituição e dentro dos limites do serviço, impostos pelo reduzido número de profissionais. O atendimento grupal para vítimas de abuso sexual é considerado tratamento de escolha por alguns autores, particularmente no período que se segue à descoberta do abuso. Na experiência de Lindon & Nourse (1994), o processo grupal ajuda as vítimas a superarem o elemento de segredo que costuma ser muito forte antes da inserção no grupo. Uma vez superada a fase do segredo, é possível discutir medos e ansiedades relacionados à experiência do abuso sexual e ajudar as vítimas a compreender que não foram responsáveis pela ocorrência do abuso.

A assistente social do AF não trabalha com consultas agendadas, a não ser em situações específicas nas quais haja demanda por uma avaliação social mais minuciosa ou necessidade de algum controle da família.

Os pediatras e a enfermeira atendem em média, cada um, cinco crianças por turno semanal. O número de crianças atendidas pelas psicólogas e pela assistente social é variável. A frequência das crianças e dos responsáveis nos atendimentos grupais da psicologia não é regular, embora os grupos sejam formados por seis a dez participantes. Além dos atendimentos em grupo, as psicólogas atendem individualmente, em média, a quatro crianças e ao mesmo número de responsáveis, por semana. A assistente social traz em geral, no mesmo período, cerca de três casos para discussão em equipe, que representam os atendimentos do

período nas enfermarias do hospital e os contatos externos referentes aos pacientes que estão sendo acompanhados no AF.

Embora a relação entre o número de atendimentos e a carga horária dos profissionais possa indicar que há ociosidade da equipe, cabe lembrar que o tempo dedicado ao AF foi acrescentado às demais atividades que cada um desses profissionais já desempenhava na instituição. Além disso, muitas outras atividades – além do atendimento – são também desenvolvidas por eles, como as burocracias relativas aos atendimentos, o ensino e a pesquisa.

Há discussão coletiva semanal dos casos atendidos nesse período, momento no qual são definidas estratégias de encaminhamento para cada situação. Essas reuniões são essenciais ao processo de atendimento, não apenas por definir ações, reiterar ou alterar condutas e permitir que todos tenham conhecimento dos casos do serviço, como também por ser um “*momento de catarse*”, como definiram os profissionais da equipe. Nessas reuniões, eles podem expor seus sentimentos e suas reações em relação às situações vivenciadas nos atendimentos.

À exceção dos atendimentos das psicólogas, os demais ocorrem com familiares e a criança presentes na mesma consulta. Caso o profissional ou o familiar sintam alguma dificuldade para a coleta de informações diante da criança, o familiar é remarcado isoladamente. Se o profissional achar conveniente e/ou necessário, também conversa a sós com a criança ou adolescente. A consulta conjunta tem sido importante por permitir a verificação direta das relações familiares.

Na literatura, não tivemos acesso a descrições de seguimentos realizados em outros serviços, nem a recomendações sobre formas de acompanhamento. Apenas em um trabalho, que relatava 101 casos confirmados de abuso sexual atendidos por uma equipe especializada em maus-tratos num hospital geral da Malásia, havia referência à dinâmica de atendimento. Naquele serviço, todas as crianças com suspeita de abuso sexual são encaminhadas para a equipe para coleta de dados mais explícitos, confirmação e orientações sobre o manejo das situações abusivas. As crianças e suas famílias comparecem a, no mínimo, três sessões com intervalos de 15 dias. Os casos são, depois, discutidos por uma equipe multidisciplinar, numa reunião que ocorre mensalmente, para a “confirmação final” e decisão sobre a manutenção ou o encerramento do acompanhamento. Esse encontro conta com a presença de pediatras, psiquiatras infantis, policiais, advogados, assistentes sociais, psicólogas e outros profissionais (Kassim & Kasim, 1995).

Algumas questões foram abordadas com os familiares atendidos no AF em termos do acompanhamento no serviço. A primeira delas dizia respeito ao tempo de espera para a consulta, desde a chegada ao IPPMG até o atendimento no AF. Verificamos que a experiência

foi muito variável, indo desde relato de nenhuma espera até queixa de atendimento em horário diferente do marcado e de longos períodos de espera.

A segunda foi referente ao intervalo entre as consultas de seguimento. Nesse sentido, também surgiram vivências diferentes: relatos de intervalos satisfatórios, curtos demais e distantes demais para suas necessidades. Alguns responsáveis disseram ter a possibilidade de comparecer a consultas extras caso sentissem necessidade, sem marcação prévia, enquanto outros negaram ser possível essa abertura por parte do serviço.

A terceira questão abordava a adequação da duração das consultas. Também sob esse aspecto, percebem-se experiências diversas: consultas consideradas mais demoradas que o habitual (mas adequadas às necessidades do responsável), consultas com duração “normal” e consultas rápidas demais para o assunto que deveria ser tratado.

Essa diversidade de vivências em relação ao acompanhamento no AF certamente decorre de uma interação de fatores, dentre eles a demanda do serviço, as características próprias de cada profissional que presta o atendimento, as demandas da situação em si e as expectativas e ansiedades dos responsáveis.

A grande variedade de situações que se apresentam ao serviço torna difícil estabelecer uma rotina de acompanhamento, parecendo ser mais adequado um planejamento individualizado e com possibilidades de mudança de acordo com o andamento do caso. Para tanto, é imprescindível que o profissional esteja sensível às necessidades dos familiares e/ou da criança e que esclareça claramente os motivos para adotar certo tipo de acompanhamento.

4.2.3 – Avaliação clínica

Anamnese

A entrevista inicial é uma oportunidade não apenas de obter dados para orientar o exame físico, os exames complementares e outras medidas gerais, como também de estabelecer relação com os responsáveis e a criança. Toda a literatura é unânime em relação à importância da anamnese por ser, na maioria das vezes, o único dado positivo sobre a ocorrência do abuso sexual. Acrescenta-se a isso o fato de os dados colhidos por meio de uma entrevista profissional serem considerados no processo legal de maior peso que os relatos de familiares, por exemplo.

Em meados do ano 2000, discutiu-se em equipe o modelo de atendimento adotado no AF, que comporta a presença da criança e responsáveis concomitantemente nas consultas de todos os profissionais, à exceção das psicólogas. Concluiu-se pela pertinência desse tipo de abordagem, uma vez que geralmente há uma expectativa (da família, do Conselho Tutelar

etc.) de que haja um exame físico o mais breve possível, sendo obviamente indispensável que a criança esteja presente neste primeiro momento.

Como forma de evitar constrangimentos para a criança, ressaltou-se a importância do profissional saber “traduzir” para ela algumas reações dos responsáveis, que frequentemente se descontrolam e choram ou falam alto demais. Lembrou-se também que, por outro lado, muitas vezes o próprio responsável modera o que expõe diante da criança, chegando até mesmo a pedir que esta saia do consultório para que possa relatar o abuso ou situações familiares mais complexas.

Newberger (1990) propõe que o profissional prepare a família e a criança no início do atendimento, advertindo que a entrevista será em conjunto inicialmente e, em seguida, cada qual será atendido separadamente. Assim, sempre que o profissional perceber qualquer situação da qual a criança precise ser protegida, a sugestão de seu afastamento do ambiente transcorrerá de forma mais fácil e natural.

A retirada da criança, no entanto, nem sempre é viável. Como vimos anteriormente, a faixa etária que predomina entre as vítimas de abuso sexual no AF inclui crianças que demandam supervisão permanente, e se não houver mais de um responsável presente que possa desempenhar essa função, essa medida se torna inviável. Tal problema tem sido contornado no AF da seguinte forma: coleta-se apenas os dados mínimos necessários para compreender a situação, procede-se ao exame físico e remarca-se a entrevista para uma data próxima, sem a presença da criança, para complementar a anamnese.

Como a equipe não faz uso de um modelo de anamnese previamente definido, não foi possível avaliar objetivamente o conteúdo das anamneses contidas nos prontuários. Cada profissional seguiu uma sistematização própria, tornando-se inviável buscar informações descritas de forma e em ordem tão variadas e nem sempre contidas numa só consulta. Para uma pesquisa avaliativa como a nossa, foi importante observar que a falta de um padrão a ser seguido prejudicou a avaliação do seguimento de uma anamnese completa. Ainda assim, foi possível resgatar vários aspectos referentes à história do abuso sexual a partir dos registros de prontuário realizados pelos profissionais do AF, como os que apresentamos no capítulo referente ao perfil dos casos atendidos.

Uma dificuldade especial foi levantada pela equipe no que se refere à definição do quê e como registrar no prontuário o que é captado na anamnese, uma vez que os responsáveis muitas vezes utilizam termos e expressões considerados inadequados pelos profissionais para serem registrados no prontuário. Uma forma de contornar a situação foi tentar “traduzir o que a pessoa disse”, utilizando-se de termos técnicos, o que não tem sido bem aceito pela equipe por “descaracterizar a fala da pessoa”. Vários autores recomendam que sejam registradas

todas as questões referentes ao abuso da forma mais precisa possível, sempre utilizando as próprias palavras da criança, palavra a palavra, sem transformá-las em termos “adultos” (Newberger, 1990; Muram, 1999; Lahoti et al, 2001).

Apesar das dificuldades, há sempre a preocupação de ser o mais fiel possível ao relato e de procurar inserir todos os seus aspectos, ainda que possa ser chocante para outras pessoas que porventura venham a ler o prontuário do paciente. O assunto chegou a ser discutido em reunião, como mostra o depoimento de uma das profissionais da equipe:

“Um dia eu trouxe uma expressão aqui horrorosa e falei: ‘Gente, eu não podia botar de outro jeito’, porque a gente sempre coloca os termos técnicos. Mas aí, pela idade da criança – não vou dizer palavrão, não – ela tinha 4 anos, ela falou do jeito que a mão do agressor saiu dos órgãos dele, no caso. Aí eu botei do jeito ali, e me disseram: ‘Podia ter colocado melhor’. Mas você sabe, naquela hora você quer colocar exatamente aquilo ali, porque se você transforma em termo técnico, perde aquela coisa, sabe? Então às vezes eu boto uns horrores.” [AF 3]

Se em termos de coleta de informações é melhor para o profissional do AF quando a vítima relata todos os fatos, ouvir a história do abuso nem sempre é uma tarefa cumprida com tranquilidade:

“...a questão de entrevistar a criança eu vejo dois níveis de dificuldade pra mim: primeiro fazer a entrevista mesmo. Indicação pra mim não tem dificuldade: acho que todas deveriam, se a gente pudesse fazer com todas, né? Mas é a questão de como abordar e de ouvir, também, né? Às vezes eu consigo abordar, consigo perguntar, mas quando a criança começa a falar, aquilo me causa um mal estar enorme, entendeu? E eles vão falando, né? E às vezes a gente não quer nem mais ouvir aquilo. Vão contando com uma riqueza de detalhes...” [AF 2]

“Às vezes a sensação é que a gente está sofrendo mais do que eles que estão falando. A gente tem essa percepção, entendeu? Quando falam com facilidade. Contam mesmo as coisas. Incomoda a gente ouvir, mas eles contam... A gente fala da descrição do abuso, quando ele está contando de que maneira a coisa aconteceu, entendeu? É isso que às vezes a gente nem acredita naquilo que está ouvindo...Tem um sentimento ruim, como se a gente estivesse se sentindo mal, entendeu? Sei lá, acho que se eles pudessem perceber a cara da gente, devem estar vendo que a gente está mudando de cor, sei lá, de expressão, alguma coisa assim.” [AF 3]

A entrevista da vítima é considerada por toda a literatura consultada como parte fundamental do processo de investigação do abuso sexual. Newberger (1990) recomenda que, antes de proceder à entrevista da criança, deve-se conhecê-la, verificar seu nível de desenvolvimento cognitivo e identificar os nomes pelos quais conhece as partes de seu corpo. Orienta que sejam feitas perguntas abertas sobre as experiências vivenciadas, de forma apropriada ao seu nível de desenvolvimento, evitando acusações a qualquer pessoa em particular. Para crianças menores, por exemplo, deve-se evitar questões tais como a hora do

dia ou a frequência de determinado evento, embora seja possível questionar se a criança se recorda onde e quando certas situações aconteceram. O autor acha útil a utilização de “bonecas anatomicamente corretas” para facilitar a comunicação com a criança vítima de abuso sexual. Tanto para as crianças mais velhas quanto para os responsáveis, recomenda que ao final da entrevista seja aberto espaço para perguntas, e alerta para novas informações que podem surgir para o profissional nesse momento, sob a forma de perguntas.

Foi possível verificar de forma indireta, observando as discussões de caso em equipe, que em geral as recomendações supracitadas são seguidas pelos profissionais do AF. O serviço, no entanto, não dispõe das bonecas anatomicamente corretas, utilizadas em nosso meio apenas por poucos serviços que realizam “entrevistas de revelação” para abuso sexual.

Furniss (1993) considera que a identificação do abuso sexual da criança fracassa, muitas vezes, porque os profissionais confundem a “permissão terapêutica explícita”, que deve ser dada à criança para falar sobre o abuso, com a “entrevista legal”. Este autor considera que ambas são essenciais e representam processos complementares, sendo a primeira uma fase inicial para que a segunda seja alcançada com sucesso. “A urgência em estabelecer fatos legais, geralmente bloqueadora do raciocínio, leva os profissionais a entrevistas legais prematuras com as crianças” (p. 196). A licença explícita para falar, segundo Furniss, pode ser obtida contando-se a “estória de outra criança” ou através de filmes de prevenção para abuso sexual. Para a entrevista legal de revelação, sugere que haja questionamentos diretos e neutros para adolescentes e, para crianças menores, que se use comunicações não-verbais, tais como os desenhos e as brincadeiras com bonecas.

Freqüentemente os profissionais do AF se vêem diante da situação de ter de atender, em curto prazo, a solicitações do Conselho Tutelar ou de órgãos da Justiça sobre esclarecimento da ocorrência de abuso sexual. Tal situação tem sido motivo de preocupação, uma vez que o objetivo do serviço não é afirmar se houve ou não um abuso e, ainda que apenas para fornecer subsídios a uma suspeita, são necessários o estabelecimento do vínculo, o conhecimento da família e da situação que se apresenta e, algumas vezes, investigações e certo tempo de acompanhamento. Furniss (1993) adverte que levar o tempo necessário para coletar dados suficientes para fundamentar uma suspeita “conduz a uma ajuda mais rápida e mais efetiva do que apressar-se em agir no estágio de uma vaga suspeita em virtude da própria crise na rede profissional”(p. 195-6).

A equipe do AF considera que sempre se deve procurar ouvir a criança ou o adolescente, pelos seguintes motivos: a) o relato para o profissional tem sido valorizado pelas instâncias judiciárias; b) nem sempre o que é relatado para os responsáveis coincide com o que é relatado para o profissional, muitas vezes sendo acrescentados detalhes que não foram

relatados ou não foram valorizados; c) os profissionais precisam investigar o tipo de contato detalhadamente, a fim de traçar condutas, o que em geral não é feito por um leigo que tenha ouvido o relato inicial.

A idéia de que se deve sempre ouvir a criança merece, no entanto, algumas condicionantes. Uma questão levantada pela equipe foi verificar que a vítima tenha “condições para falar”. Alguns aspectos estariam aí envolvidos: a) a idade da criança – é possível proceder à entrevista apenas nas “maiores”, quando então pode-se “*confirmar com a criança*” ou “*deixar a criança falar*” livremente sobre a experiência abusiva; b) as condições emocionais da criança – que pode ser “*despachada, que relata tudo o que aconteceu*” ou mais fechada, que não relata absolutamente nada, quer espontaneamente, quer quando lhes é questionado direta ou indiretamente, seja nas primeiras consultas ou após anos de acompanhamento; c) o tempo decorrido entre o abuso e a chegada ao AF – quando muito longo, pode gerar dificuldades para a criança lembrar da situação abusiva e de seus detalhes.

Na prática, o profissional do AF procura verificar se a criança tem capacidade de verbalização e de entendimento do que está ocorrendo, para então decidir pela entrevista. Sendo avaliada a capacidade da criança relatar o abuso, procura-se “*ir sentindo como é a criança*”, criar vínculo para abordar o tema, o que nem sempre é possível num primeiro encontro. Há preocupação constante para que a entrevista não se torne uma “*revitimização*” da criança, como relatado por um profissional do AF que tem “*medo de aguçar muito os sentimentos e não dar conta daquela situação que é colocada à tona*”.

Sob esse último aspecto, tornou-se evidente que há nítidas diferenças entre os objetivos das entrevistas das psicólogas e as dos demais profissionais do AF. As psicólogas argumentam que

“falar do abuso é pedir que a criança fale o motivo da consulta, motivo dela estar aqui, o que aconteceu. Mas se ela negar é um dado. Nós [psicólogas] estamos atrás do funcionamento dessa criança, de ver como ela está lidando, como ela está funcionando. Nosso objetivo não é de confirmar ou não se ela está dizendo exatamente a verdade ou não. É de ver como ficou isso pra ela, o que ela consegue fazer com isso ou não. Pra ver no que nós podemos ajudá-la. Nossa preocupação é essa.” [AF 4]

Já aos médicos, à enfermeira e à assistente social cabe a difícil tarefa de esclarecer a situação de abuso, para decidir (muitas vezes sob pressão da família e do Conselho Tutelar) as medidas a serem tomadas logo após um mínimo esclarecimento diagnóstico ou fundamentação de uma suspeita:

“Tem aspectos até de investigação, assim: se o abusador ejaculou. Isso tem um desdobramento clínico.” [AF 2]

“E a gente tem que fazer essa pergunta, que é muito constrangedora muitas vezes, dependendo da situação.” [AF 1]

“... alguém tem que ir na pergunta. A gente tem que dar respostas. Tem que ter ações naquele momento. É diferente da psicologia. Alguém tem que ser mais concreto”. [AF 2]

“É muito direto, sem ter tido tempo de fazer aquele vínculo, da criança conhecer vocês, é meio a frio. Então por isso é tão difícil.” [AF 4]

Muram (1999), ao orientar a forma de se obter a história de uma vítima de abuso sexual, recomenda dentre outras questões, que em algum momento a criança seja diretamente questionada sobre a relação abusiva.

Um outro entrave para a realização da entrevista com a vítima é que nenhum dos profissionais do AF foi treinado para entrevistar crianças ou adolescentes vítimas de abuso sexual. Este assunto é abordado com muito mais dificuldade do que as questões clínicas em geral, que muitas vezes são questionadas diretamente aos pacientes, sem maiores problemas. Além disso, à exceção das psicólogas, que têm uma prática de trabalhar isoladamente com crianças, toda a formação das demais categorias profissionais da equipe foi baseada no contato conjunto da criança e de seus responsáveis. Apesar disso, notamos que a experiência prática tem permitido entrevistar crianças, embora de forma intuitiva.

Exame físico

De acordo com Kini & Lazoritz (1998), o exame físico para avaliar abuso sexual da criança deve ser feito com os seguintes objetivos: afastar qualquer condição clínica de emergência; identificar condições tratáveis, tais como doenças sexualmente transmissíveis; identificar gravidez e condições correlatas; coletar qualquer evidência relevante; tranquilizar a criança e seus responsáveis sobre a ausência de lesões; e avaliar abuso físico correlato. Diante disso, pode-se verificar que sua importância vai muito além da comprovação do abuso sexual.

Em 12 dos 129 pacientes do AF estudados (9,3%), não foi possível avaliar evidências físicas pelos seguintes motivos: não havia descrição do exame físico de cinco crianças, em nenhuma consulta do IPPMG; outras cinco crianças foram examinadas, porém não havia relato do exame de genitália ou de região perianal; em um caso, a avó compareceu a uma única consulta, sem a criança; e uma adolescente tinha retardo mental e não se deixou examinar pelos pediatras ou pela ginecologista.

Excetuando-se a situação na qual a criança não foi trazida para a consulta, pode-se considerar que as demais representam falha no atendimento da equipe do AF e/ou de outro

profissional do IPPMG. Além da realização do exame físico completo fazer parte da boa conduta clínica para profissionais que atendem crianças e adolescentes, em se tratando de abuso sexual, ainda que apenas suspeito, tal procedimento é de capital importância, quer seja para fundamentar o diagnóstico, quer para cumprir os demais objetivos supracitados.

Verificamos que a avaliação física da criança é uma expectativa dos familiares, e que saber que não há prejuízos físicos relevantes, decorrentes do abuso, é motivo de tranquilidade. Várias falas ilustram esses aspectos:

“...disseram que não tinha tido nenhum rompimento, não, que estava tudo direitinho.” [responsável 1]

“Eu quero saber se fez mal ou se não fez.” [responsável 2]

“Quando eu vim pra cá, eu falei assim: bom, aqui deve ter um atendimento hospitalar, pensei que fosse fazer corpo de delito.” [responsável 4]

“...porque ela foi acometida por um abuso sexual. Aí eu pensei que eles fossem fazer logo um exame de corpo de delito nela... graças a Deus também não teve nada de problema sério, né, não chegou assim a... pelo acompanhamento médico que ela tá tendo, ela não chegou a ter assim o tipo de problema que eu pensei que ia afetar: o hímen dela não chegou a romper, nada disso, e também foi uma coisa que eu fiquei mais despreocupada.” [responsável 5]

“... e ela fez o exame ginecológico... e infelizmente foi constatado mesmo.” [responsável 7]

A realização do exame físico para avaliar abuso sexual não foi identificada como problemática nas entrevistas com os profissionais do IPPMG, a não ser pela falta de privacidade. No entanto, os profissionais do AF referiram a necessidade de superar alguns obstáculos em sua prática diária:

“Exatamente por conta dessa ansiedade que a mãe traz, a ansiedade que a família traz, o desespero de ter causado algum dano. Aliás, eles pensam até mais em danos mais objetivos, né? Num primeiro momento eles pensam mais naquilo: se teve ruptura himenal, se pegou doença...” [AF 3]

“... quando já vem uma criança que passou por várias instituições, já foi examinada e tal, e mesmo sendo esse o momento que eu estou vendo a criança, eu não me sinto à vontade de imediatamente propor um exame de genitália e... É lógico que isso depende de muita coisa: quando essa questão clínica imperiosa não está presente, eu tenho uma certa dificuldade, num primeiro momento, de fazer o exame. Aí já digo pra mãe que na segunda eu vou examinar, aí negocio com a menina e tal, e aí acabo fazendo.” [AF 1]

“... às vezes a menina não quer deixar, e a gente tem que ir com jeitinho.” [AF 2]

Botash (1997) acredita que uma inspeção minuciosa de partes do corpo que foram alvo do abuso pode desencadear lembranças do abuso e ser estressante para a criança. Recomenda que a criança seja preparada para o exame através de técnicas específicas, tais como permitir que escolha quem assistirá ao exame físico, ser orientada a respeito das posições que serão adotadas para o exame e deixar que manipule instrumentos que serão utilizados durante o mesmo. A autora enfatiza que a criança nunca deve ser forçada a submeter-se ao exame físico e que este não deve ser um procedimento traumático, podendo-se utilizar a sedação caso a criança não colabore numa situação no qual ele é imperioso. Recomenda também que os pais sejam preparados para o exame físico e para a grande possibilidade de não haver, ao exame, evidências que comprovem, ou mesmo que afastem, a suspeita de abuso sexual. É importante explicar, antes do exame, que a falta de alterações clínicas ao exame físico não descartam a possibilidade do abuso, o que pode preparar os pais para uma eventual frustração posterior de não haver “evidência física”.

Reforçando a possibilidade da paciente vivenciar o exame físico como uma experiência negativa, Lindon & Nourse (1994) relatam que pré-adolescentes e adolescentes acreditavam que o exame físico tivesse o objetivo de provar sua culpa ou inocência, o que foi considerado por elas como uma experiência desagradável e abusiva. Por outro lado, Lauritsen et al (2000) afirmam que a maioria das crianças aceita o exame médico sem problemas quando este é conduzido por um examinador experiente.

Dentre os pacientes do AF nos quais foi realizado exame físico completo, incluindo exame de genitália (117 casos), 58 (49,5%) não apresentaram alterações. Os outros 59 (50,5%) apresentaram desde alterações gerais, inespecíficas (como hiperemia perineal), até lesões secundárias ao abuso (como condilomas), passando por uma variedade de lesões traumáticas de pequeno e grande porte em genitália e região anal.

Embora existam na literatura várias propostas para classificar os achados físicos correlacionando-os com a possibilidade da ocorrência do abuso sexual (que veremos no próximo capítulo), no AF essas alterações não têm sido descritas ou agrupadas de forma sistematizada. As alterações físicas são analisadas dentro do contexto da história e/ou de outros dados que porventura existam em cada situação apresentada. O serviço também não utiliza desenhos de figuras humanas ou de região perineal para auxiliar na descrição das alterações físicas encontradas.

É importante ressaltar que nem todas as variações na região genital ou anal decorrem de traumas anteriores (por abuso ou não). Há também variações normais da anatomia e outras alterações clínicas que produzem mudanças locais, sendo fundamental que o profissional que vai proceder ao exame físico da vítima tenha conhecimento dessa ampla gama de

possibilidades diante de qualquer alteração. Por outro lado, mesmo tendo comprovadamente ocorrido um abuso sexual, o exame físico pode ser normal. Berkowitz (1995) relata, por exemplo, que mesmo com penetrações anais repetidas, 50% a 75% das crianças terão exame normal.

Lahoti et al (2001) relatam que o exame físico encontra-se dentro dos limites da normalidade em 80% das vítimas de abuso sexual, segundo a literatura. Atribuem a ausência de achados físicos a um conjunto de fatores: muitas formas de abuso não causam lesões físicas; mesmo quando há penetração, o tecido mucoso é elástico e pode ser distendido sem sofrer lesões e estas, em superfícies mucosas, cicatrizam-se rapidamente; muitas vítimas não procuram por atendimento médico por semanas ou meses após o abuso, e lesões superficiais e fissuras podem cicatrizar-se em 24 ou 48h.

Numa revisão de 21 estudos que abordavam os achados físicos de crianças supostamente vítimas de abuso sexual, Bays & Chadwick (1993) encontraram exame clínico normal em 26% a 73% das meninas (média de 50%) e 17% a 82% dos meninos (média de 53%). Guerra (2000) encontrou exame físico normal em 51% das 86 vítimas estudadas num centro de referência para maus-tratos na Bolívia.

Segundo Berkowitz (1995), a maior parte dos pré-escolares atendidos no setor de emergência devido a abuso sexual não sofreram episódio recente de abuso, tornando a avaliação das evidências mais difícil. Em sua experiência, os adolescentes, ao contrário, são muitas vezes vistos após um episódio agudo, mas ainda assim os achados clínicos podem ser sutis. A autora comenta que, todavia, o papel do médico que atende na emergência é sempre decisivo no processo legal, sendo importante que esse profissional compreenda o espectro de normalidade da anatomia da área anogenital e as limitações da avaliação médica.

Em nossa pesquisa, optamos por não trabalhar com dados de exames de corpo de delito (ECD) pelo pequeno número de laudos disponíveis nos prontuários consultados. Há registro de dificuldades na obtenção do laudo do ECD, cuja busca tem sido feita pela própria família. A equipe do AF não depende deste laudo para dar andamento às ações e, ao contrário, envia com frequência pareceres para os Conselhos Tutelares e órgãos da Justiça a pedido desses, até mesmo quando já foi realizado ECD. Cabe ressaltar que, nesse sentido, a parceria com os serviços de ginecologia e proctologia do HUCFF tem sido fundamental, pois possibilita o envio, aos órgãos da Justiça, de laudos emitidos por profissionais especializados nessas áreas.

Talvez por essas razões não se percebeba registrado nos prontuários um interesse dos profissionais do AF em buscar o resultado do ECD. Há registro de insatisfação dos

responsáveis pela demora na obtenção desse laudo, o que demanda esforço adicional da equipe para lidar com a ansiedade gerada na família.

Por outro lado, não é uma prática do AF encaminhar os pacientes para realização de ECD, provavelmente por atendê-los, em geral, após o período recomendado para a coleta de provas. Dentre os pacientes submetidos a ECD, apenas um havia sido encaminhado pelo setor de emergência IPPMG, devido a estupro. Os demais exames decorreram de iniciativa própria da família em registrar a ocorrência na Delegacia de Polícia ou de encaminhamento dos Conselhos Tutelares ou outros serviços de saúde.

Detecção de alterações comportamentais e emocionais

Buscamos identificar, através dos registros dos prontuários, as alterações emocionais e/ou comportamentais que as crianças apresentavam e que nos parecessem estar relacionadas – quer pelo profissional, quer pelos familiares – à possibilidade de abuso ou à ocorrência do mesmo. De modo geral, este tipo de alteração tem pouca especificidade, já que muitos fatores da vida da criança podem desencadeá-la.

Além disso, como já mostramos anteriormente, o abuso sexual está associado a uma grande variedade de conseqüências na esfera emocional e comportamental, que podem surgir imediatamente ou tempos após o episódio abusivo e ser de curta ou de longa duração. Nagel et al (1997) creditam a esses fatores a dificuldade de estabelecer se o funcionamento alterado da criança foi desencadeado pelas experiências do abuso, pela maneira como ele foi descoberto ou pelo modo como as pessoas reagiram à descoberta. Esses autores se interessaram em estudar as situações envolvidas na descoberta do abuso. Para isso, propuseram três situações possíveis: descoberta proposital – a vítima relata por conta própria, diretamente; descoberta acidental – alguém, tal como irmão, profissional de saúde ou professor, descobre o abuso; e a descoberta que ocorre como resultado de um evento precipitante, onde as vítimas são encorajadas ou induzidas a revelar. Verificaram que nas crianças mais jovens as descobertas acidentais são mais freqüentes, sendo pouco provável que tomem a iniciativa de revelar o abuso. Isso aumenta a importância da procura de alterações comportamentais ou mesmo de indicadores clínicos de abuso nessas crianças mais jovens, uma vez que a espera por revelações propositas é frustrante na maioria das vezes.

Os mesmo autores verificaram, também, que as crianças que revelaram o abuso de forma intencional tiveram mais problemas no *follow-up*, mostrando maior grau de ansiedade e mais dificuldade para lidar com a questão. Ressaltam que a descoberta do abuso é só uma variável, dentre tantas, que media a relação entre o abuso sexual da criança e seu funcionamento psicológico.

Verificamos que 67 das crianças atendidas no AF no período estudado (51,9%) apresentavam alguma alteração emocional ou comportamental descrita nos prontuários. Cabe ressaltar que, tratando-se de estudo retrospectivo, tais alterações não foram ativamente perguntadas aos familiares com fins da pesquisa, podendo ser mais freqüentes do que foi constatado.

De qualquer forma, várias foram as alterações emocionais/comportamentais encontradas nos prontuários, sendo que muitas crianças apresentavam mais de uma delas concomitantemente: alterações inespecíficas, tais como somatizações, escape fecal involuntário, enurese, queda do rendimento escolar, depressão, distúrbios do sono, agressividade e bruscas mudanças de comportamento; comportamentos sexualizados, como masturbação compulsiva, brincadeiras sexualizadas com amigos, animais ou bonecos e comportamento erotizado com crianças ou adultos do sexo oposto; manifestações compatíveis com quadro de “síndrome do estresse pós-traumático”, como relato incessante do abuso e sonhos/pesadelos com o agressor; e outras alterações emocionais/comportamentais ligadas ou não à sexualidade, que indiretamente sugerem ocorrência de abuso, tais como medo de figuras masculinas, de uma pessoa específica, de dormir ou de sair às ruas, de lugares fechados; rejeição a uma pessoa específica; vergonha de ser examinada, de ser higienizada, de mostrar o corpo em casa; dúvidas sobre a própria sexualidade – menina que diz querer ser menino, menino que se diz homossexual.

Tal como ocorre com os elementos da anamnese e os achados físicos, também para as manifestações emocionais e comportamentais o AF não utiliza uma forma sistematizada de registro, o que dificulta não apenas o diagnóstico do abuso sexual pela própria equipe, como pesquisas que porventura necessitem desses dados. Como veremos no próximo capítulo, existem na literatura propostas para classificar os dados captados na anamnese, os achados de exame clínico, as alterações emocionais e comportamentais, e os exames complementares, correlacionando-os com maior ou menor probabilidade de ocorrência do abuso.

Exames complementares

A possibilidade de aquisição de doença sexualmente transmissível (DST) após vitimização sexual depende de vários fatores: prevalência regional das DST na população adulta, o número de episódios de abuso, o tipo e a freqüência do contato entre agressor e vítima, a infectividade do microorganismo, a suscetibilidade da criança à infecção e o uso de antibiótico pela criança. Além disso, o tempo decorrido entre o abuso e o atendimento influencia a possibilidade de detecção de sinais e sintomas da DST pela equipe médica (AAP, 2000).

No AF, sempre que há suspeita ou confirmação de contatos entre agressor e vítima que possibilitem a transmissão de DST, a equipe segue a norma técnica brasileira que trata do assunto, que recomenda a pesquisa sorológica para Aids, hepatite B e sífilis (MS, 1999). Sempre que indicado, também é coletado material para bacterioscopia e cultura de material anal, retal, vaginal ou de orofaringe, que fica a cargo dos especialistas do HUCFF.

Um artigo de revisão publicado por profissionais do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC/USA) aborda a relação entre abuso sexual e DST sob duas vertentes: a prevalência de DST em crianças, adolescentes e adultos abusados sexualmente e a prevalência de abuso sexual dentre crianças com alguma DST (Beck-Sagué & Solomon, 1999). Os 13 estudos dessa revisão que avaliaram DST em crianças com suspeita ou abuso sexual confirmado tiveram número de participantes muito variável, de 15 a 5622. Tais estudos pesquisaram agentes diferentes e obtiveram prevalências diversas para as DST. A prevalência de condiloma acuminado, por exemplo, variou de 1,8% a 33% nesses estudos, e a prevalência de *Chlamidia trachomatis* variou de 0,4% a 11,1%. A Academia Americana de Pediatria afirma que cerca de 5% das crianças abusadas sexualmente adquirem uma DST como resultado da vitimização (AAP, 2000).

Nos 25 estudos que trabalharam com crianças portadoras de DST, revistos por Beck-Sagué & Solomon (1999), a proporção relatada de abuso sexual variou de 3% a 100%. Apenas 36% dos trabalhos pesquisaram outras DST após diagnóstico de uma dessas doenças. A maioria dos trabalhos (80%) investigava condiloma acuminado ou infecção por HPV (papilomavirus humano) e apenas 8% pesquisaram HIV (vírus da imunodeficiência humana). Em muitos desses estudos, a avaliação para determinar a ocorrência de abuso sexual estava descrita de forma insuficiente, segundo os autores.

Foram realizados exames complementares em 83 dos 129 pacientes do AF estudados (64,3%). Como já vimos anteriormente, a maior parte das situações atendidas no AF envolve práticas que em princípio não levam ao risco de aquisição de DST, tais como as manipulações diversas e as tentativas frustradas de práticas sexuais. É provável que esse percentual reflita um cuidado nos casos onde haja dúvidas do profissional sobre a veracidade do tipo de contato revelado.

A Academia Americana de Pediatria (AAP, 2000) recomenda reservar a pesquisa de DST às seguintes situações, devido à baixa prevalência entre crianças abusadas sexualmente:

- perpetrador sabidamente portador de DST ou de alto risco para DST (ex: tem múltiplos parceiros ou história de DST);
- múltiplos perpetradores;
- preferência do paciente ou da família;

- todos os pacientes pós-puberais;
- pacientes com sinais ou sintomas de uma DST;
- alta prevalência de DST na comunidade;
- DST em irmãos, outras crianças ou adultos da casa.

Os exames realizados nos pacientes do AF foram agrupados, para fins de análise, em dois grandes subgrupos. O primeiro se refere à pesquisa de doenças sexualmente transmissíveis através de exames sorológicos, que foi solicitada para 60 pacientes, sendo que em sete não havia informação sobre os resultados no prontuário. Dentre os outros 53, apenas três foram positivos e já eram sabidamente positivos ao dar entrada no AF: uma menina portadora do HIV, adquirido por transmissão vertical, foi encaminhada por ter sofrido abuso e os dois outros pacientes haviam sido encaminhados para investigar abuso sexual justamente por apresentarem sorologias positivas para sífilis.

No outro grupo de exames, encontra-se a coleta de material vaginal, retal ou oral para exame a fresco, biópsias e/ou culturas. Esses exames foram realizados nos serviços de ginecologia, proctologia e odontologia do HUCFF. Os exames citopatológico, histopatológico, bacterioscopia e/ou cultura de material vulvar ou vaginal foram realizados em 16 pacientes, mostrando alteração em cinco deles, dos quais dois revelaram alterações compatíveis com *papilomavirus* (HPV) e um teve cultura positiva para *gonococo sp.* Não havia resultado da única biópsia oral realizada. O exame de material anal ou retal, realizado em dois pacientes, mostrou alterações compatíveis com HPV em um deles e colite leve inespecífica no outro.

A detecção das diversas DST tem significado diferente para a prática clínica, à medida que podem ser mais ou menos freqüentemente relacionadas a outras formas de transmissão, tais como a vertical ou a direta. Assim, o isolamento de *N. gonorrhoea* em pré-adolescentes é mais indicativo de abuso sexual do que a presença de condiloma acuminado, que na grande maioria das vezes decorre de transmissão não-sexual (Beck-Sagué & Solomon, 1999; Hammerschlag, 1998).

Cabe ressaltar que, apesar do percentual de perdas de exame no AF ter sido pequeno (7 em 60, ou seja, 11,6%), o custo pessoal para as famílias e para os profissionais, além do custo institucional para a realização desses exames, é muito alto. Sendo assim, é necessário que a equipe invista na obtenção dos resultados de todos os exames realizados.

Pode-se verificar, por meio das entrevistas, que se por um lado a solicitação desses exames acarreta um certo grau de ansiedade nos profissionais, por outro a constatação da negatividade pode trazer tranquilidade:

“...o abuso sexual cria uma perspectiva de futuro que é catastrófica: pode ser a possibilidade da transmissão de uma DST irreparável, que seria a Aids. Então lidar com essa questão também é muito difícil. Você dizer pra uma mãe que vai pedir o exame, é lógico que ela consente, aceita, mas você cria uma perspectiva ruim. Eu tenho uma certa dificuldade na abordagem do pedido. Eu fico pensando: será que esse eu tenho que pedir, ou não tenho? E torcendo pra que não tenha havido intercurso propriamente, pra eu não ter que abordar isso dessa forma. Isso gera uma angústia muito grande, de você lidar com mais uma questão dentro de uma situação que é absolutamente traumática, e você ter que dizer pra mãe: ‘Além disso tudo, eu tenho que pedir um anti-HIV, porque a criança pode ter se infectado’.” [AF 1]

“...como eu tenho tido uma receptividade dos pais muito grande, eu já não tenho nem mais a dificuldade de pedir. Eu passei por uma fase assim, eu ficava complicada de dizer que eu teria que pedir. Porque nunca tive uma recusa, nunca tive um pai que ficasse extremamente preocupado, porque a gente coloca que é difícil [ser positivo], que na verdade a gente não tem nenhum caso [positivo], graças a Deus, até hoje. Então eu converso nesse sentido, mas digo que é uma coisa que a gente tem que fazer... Agora, realmente, eu percebo que na consulta seguinte, que é o dia do resultado, a primeira coisa quando eles entram é: “E o resultado do exame?”.” [AF 2]

“...eu acho que tem um lado positivo. Porque se não for pedido... Às vezes podem ficar preocupados, sem ter a coragem de falar, ou de pedir. Ao menos a situação fica clara. Eu acho que tem uma situação de alívio...” [AF 4]

Os responsáveis entrevistados não levantaram qualquer questão negativa relacionada aos exames solicitados pelo AF, relatando facilidade para marcação, realização e obtenção dos testes laboratoriais.

Em resumo, parece que as condições para realização dos exames complementares estão garantidas para o AF, que deles se utiliza com bastante frequência para compor a avaliação clínica dos pacientes. No entanto, a possibilidade de diagnosticar doenças graves a partir desses exames é motivo de ansiedade, tanto para os profissionais quanto para a clientela.

4.2.4 – O envolvimento das famílias no atendimento

Como faz referência o próprio nome do serviço estudado, o alvo da atenção do atendimento é a família. Sabe-se que, mesmo diante de uma leve suspeita da ocorrência de abuso sexual, a família sofre como um todo, especialmente quando se trata de abuso intrafamiliar ou por agressor conhecido da mesma, como é o caso da grande maioria das situações atendidas no AF.

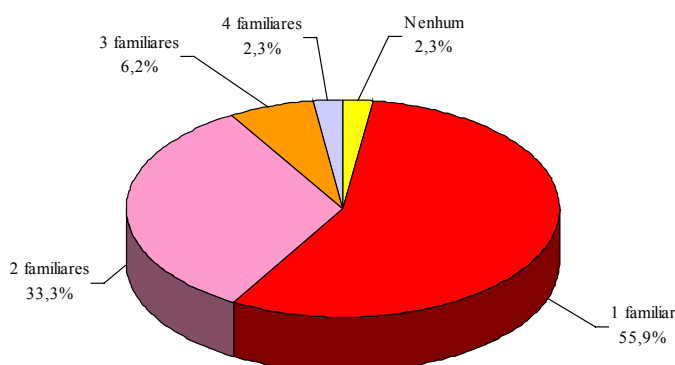
Manion et al (1996) estudaram o abuso sexual extra-familiar e se referem ao trauma que as “vítimas secundárias” sofrem após a revelação ou a descoberta deste tipo de abuso. Descrevem uma série de reações dos pais, tais como: raiva direcionada ao agressor ou

deslocada para um membro da família, desamparo, vulnerabilidade, culpa, pânico, choque, negação, vergonha, desejo de manter segredo, apreensão pela situação da criança e exacerbação de conflitos familiares.

Foi possível resgatar, em 115 casos do nosso estudo (89,9% da amostra), o número de familiares que residem com as crianças. A média foi de 3,6 pessoas, sendo que 90,4% dos casos eram de famílias onde residiam até cinco pessoas com a criança.

O número médio de familiares envolvidos no atendimento do AF foi de 1,5 por paciente, bem abaixo da média de familiares existentes, indicando que poucos membros são envolvidos diretamente no atendimento, apesar da intenção e dos esforços da equipe em envolvê-los. O gráfico 8 ilustra a distribuição dos casos por envolvimento de familiares no atendimento.

Gráfico 8
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF,
segundo o número de familiares envolvidos no atendimento.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=129 casos)



As três crianças que não tiveram nenhum familiar envolvido no atendimento estavam institucionalizadas e eram acompanhadas por atendentes das próprias instituições. Em 89,1% dos casos, um ou dois familiares, além do próprio paciente, compareceram para o acompanhamento.

No início do ano 2000, foi colocada em pauta a impressão de que não estavam sendo atendidas famílias no AF. Concluiu-se que o mais importante era atender com a visão de família, tentando envolver quem realmente pudesse imprimir mudanças na dinâmica familiar, não importando o número de pessoas envolvidas. Foi discutido, na época, que os pediatras e a enfermeira da equipe não tinham formação para trabalhar com famílias e que havia

dificuldades para estabelecer intervenções familiares. Esse aspecto aponta para a necessidade de formação da equipe para prestar esse tipo de atendimento.

Durante o período estudado, várias situações difíceis relativas ao envolvimento de familiares no atendimento foram trazidas para as discussões em equipe: aquelas nas quais o profissional do AF tentou, insistentemente, envolver mais familiares, sem sucesso; aquelas que os familiares envolvidos queriam trazer outros membros que não seriam diretamente do interesse da equipe; e as que o familiar que interessava à equipe, apesar de estar presente, não era o principal interlocutor do profissional, pois havia um outro que se sobrepunha a ele.

Os problemas levantados mostram a complexidade da questão do atendimento com enfoque na família, que além da formação do profissional e da presença física do familiar, requer também que os familiares de fato se envolvam, o que nem sempre é possível, por dificuldades inerentes ao indivíduo que se dispõe a proteger a criança e à própria dinâmica familiar já estabelecida antes da ocorrência do abuso.

Este nos parece um investimento do qual a equipe do AF não pode abrir mão: o efetivo envolvimento da família no tratamento da questão. Manion et al (1996) comentam que, além das reações agudas dos pais ao abuso, deve-se levar em consideração que muitas vezes estes se sentem despreparados para lidar com as seqüelas emocionais e comportamentais de suas crianças vitimizadas. Para agravar a situação, há a tendência da sociedade de culpar os pais, mais do que os agressores, pela ocorrência do abuso sexual e pelos sintomas da criança, o que compromete ainda mais a situação familiar. Estes autores acreditam que é necessário expandir o foco do tratamento para além da vítima, abarcando toda a família traumatizada. Aconselham a terapia familiar como o tratamento de escolha, por acreditarem que é a única abordagem capaz de considerar os efeitos do abuso sexual nos irmãos não abusados e prevenir que a família se organize em torno dos sintomas surgidos.

Nos casos de abuso sexual estudados, não identificamos nenhum encaminhamento para terapia familiar. O IPPMG não dispõe de profissional treinado nesse tipo de tratamento e embora existam duas referências para atendimento gratuito, ambas são geograficamente distantes da instituição e do local de moradia da grande maioria da clientela que a freqüenta. Além disso, o AF ainda não estabeleceu um contato formal com esses serviços.

Parece-nos que a expectativa de envolver toda a família em todos os casos seria elevada demais, diante de tantas dificuldades enfrentadas pelo AF. No entanto, é possível pensar na possibilidade de estabelecer metas individualizadas por família, de acordo com cada situação que se apresenta, a fim de buscar uma atuação mais adequada a cada caso. Seria interessante também pensar na qualidade e na intensidade da atenção que é oferecida aos

membros da família que estão envolvidos no atendimento, na tentativa de ajustá-las às necessidades de cada um deles.

Veremos adiante, quando abordarmos os resultados do atendimento prestado pelo AF, que apesar de todas as dificuldades aqui relatadas, a percepção dos responsáveis entrevistados é de que o serviço imprime mudanças positivas importantes não apenas nas crianças, mas especialmente nos adultos que com elas comparecem ao serviço e, através deles, também nas dinâmicas familiares.

4.3 – O trabalho em equipe no processo de atendimento

Ao discutir as **funções assistenciais dos integrantes do AF**, a equipe identifica uma “*linha de frente*”, formada pelos dois pediatras e pela enfermeira que atendem à “*porta de entrada*” do serviço. A assistente social e as psicólogas consideram que desempenham funções de “*apoio*” ou de “*colaboração*” com a chamada linha de frente, uma vez que só atuam quando são identificadas questões sociais ou psicológicas numa avaliação inicial feita pelos pediatras ou pela enfermeira. Embora a assistente social esteja realizando alguns atendimentos de primeira vez, esta é uma função assumida apenas como eventual, no caso de uma necessidade emergencial.

Todos da equipe, à exceção da psicóloga que não está envolvida com a assistência, desempenham, além de suas tarefas técnicas específicas, as seguintes funções comuns, em maior ou menor proporção: acompanhamento ambulatorial das famílias; encaminhamentos internos e externos; notificações; relatórios para órgãos externos. Essa variedade de funções exercidas possibilita uma visão integral do atendimento, mas é sentida pelos profissionais como uma sobrecarga de trabalho. Foi descrita no grupo focal como “*ádua*”, “*sadomasoquismo*”, “*terrível*” e “*difícil*”.

Algumas outras funções são exclusivas de certas categorias profissionais. Por exemplo, apenas a assistente social é responsável pelas visitas domiciliares e pelos contatos rotineiros com os Conselhos Tutelares, e apenas médicos e enfermeira têm a função de realizar exame físico das crianças e solicitar exames complementares. É desses últimos a tarefa de controlar a frequência dos comparecimentos dos pacientes ao serviço, apontando para a equipe aqueles faltosos ou que abandonaram o acompanhamento. Tal atribuição decorre do fato de serem eles os responsáveis pelo preenchimento e atualização da ficha do paciente, sendo assim os primeiros a surpreenderem uma falta.

Ao descreverem suas próprias funções no AF, tanto a assistente social quanto as psicólogas se identificaram como profissionais que dão apoio ao acompanhamento dos

pediatras e da enfermeira, como já citamos anteriormente. As psicólogas acrescentaram que têm o papel de “acolher” a família, fazendo uma avaliação inicial das “*problemáticas emocionais para a criança ou para a família*”, com a intenção de “*organização*” da situação vivenciada, de modo a “*preparar as famílias para o atendimento*” psicoterápico individual ou em grupo. Os pediatras e a enfermeira relataram ter as funções de esclarecimento da suspeita de abuso e de acompanhamento das famílias.

É interessante notar que no período em que procedemos à observação participante houve nitidamente um progresso do nível de envolvimento da assistente social e das psicólogas nos casos atendidos. Embora essas profissionais sintam-se como uma “segunda linha” no atendimento, seu papel na equipe é cada vez mais essencial e mais de “linha de frente”, na medida em que passaram, ultimamente, a responsáveis principais por uma série de pacientes do serviço e a desempenharem a função de direcionar, com suas visões, o andamento de alguns casos.

Como visto anteriormente, a proposta de trabalho do AF foi construída com base no atendimento multidisciplinar. Dentre os 129 pacientes estudados, verificamos que 105 (81,4%) tiveram pelo menos uma consulta com um dos pediatras da equipe; trinta (23,3%), pelo menos uma consulta com a enfermeira; trinta (23,3%), pelo menos uma consulta com a assistente social e sessenta (46,5%), pelo menos uma consulta com uma das psicólogas.

Considerando as quatro categorias que fazem parte do AF (médicos, enfermeira, psicólogas e assistente social), um mesmo caso foi atendido em média por duas categorias profissionais. Podemos verificar na tabela 6 que poucos foram as famílias que tiveram consultas com as três vertentes da equipe (clínica, psicológica e social), o que pode ter acontecido, na melhor das hipóteses, nos 14,8% dos casos em que três ou mais categorias estiveram envolvidas.

Tabela 6

Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF, segundo número de categorias profissionais que atendeu o caso. Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=129)

Número total de categorias envolvidas nos casos	Frequência	Percentual
1	53	41,1%
2	57	44,2%
3	18	14%
4	1	0,8%
Total	129	100%

O fluxo planejado para admissão dos pacientes no AF pode parcialmente explicar os resultados acima, na medida em que: a) não é previsto que enfermeira e médico atendam a mesma família, o que justifica que apenas um paciente tenha sido visto pelas quatro categorias; b) os pacientes só são atendidos pelas psicólogas e/ou pela assistente social caso os médicos ou a enfermeira entendam a necessidade destas indicações. Isto parece não estar ocorrendo na maioria das situações de abuso sexual, segundo os resultados acima. Esse segundo aspecto do fluxo estabelecido, se por um lado otimiza o atendimento pelas categorias que têm menos profissionais disponíveis e um grande volume de trabalho na instituição, por outro lado impossibilita uma avaliação nas áreas específicas, cuja necessidade de encaminhamento pode não ter sido bem avaliada pelo profissional de “linha de frente”.

Parece-nos que o ideal, diante de tantos fatores envolvidos no abuso sexual ou mesmo numa suspeita, é que todos tivessem a chance de ser avaliados pelas vertentes clínica, psicológica e social, sendo depois então acompanhados apenas pelos profissionais que poderiam melhor responder às necessidades do caso.

Um outro fator que pode estar relacionado a um menor envolvimento das famílias com o tratamento psicoterápico, é o não-comparecimento às consultas com as psicólogas, mesmo quando houve encaminhamento por parte dos integrantes da “linha de frente”.

Numa das reuniões semanais da equipe foram discutidas as possíveis causas da resistência das famílias ao comparecimento à psicologia, muitas vezes não chegando sequer a agendar a primeira consulta. Ressaltou-se que as consultas de psicologia têm características próprias que poderiam afastar as famílias: a) não há ganhos imediatos como numa consulta pediátrica; b) são mais intensamente discutidas questões pessoais; c) há necessidade da família ser mais participativa durante a consulta; d) o tratamento é prolongado e requer comparecimentos freqüentes à instituição. Creditamos a questão, em parte, também ao preconceito e estigma que envolvem tratamentos desse tipo.

As psicólogas fizeram alterações no atendimento na tentativa de obter uma maior adesão: as sessões em grupo passaram a ser quinzenais (crianças e responsáveis em sessões concomitantes), em vez de semanais (nas quais crianças e responsáveis alternavam o comparecimento a cada semana); foram formados grupos específicos para atendimentos do AF; passaram a controlar as faltas e trazê-las para discussão em equipe, para que os demais profissionais também se envolvessem na retomada do tratamento psicológico, orientando as famílias em seus contatos. Tais medidas não chegaram a ser avaliadas pela equipe, nem houve tempo hábil para perceber seus resultados através da observação participante em nossa pesquisa.

Em maio de 2001 formaram-se os primeiros grupos de atendimento psicoterápico do AF para responsáveis e para vítimas de abuso sexual. Esta iniciativa representou um avanço para a equipe e demonstrou o crescimento da experiência, da segurança e do conhecimento das psicólogas para lidar com a questão.

Na maior parte do período analisado percebe-se que o serviço social teve dificuldades em se integrar inteiramente à equipe, seja por problemas pessoais dos sucessivos profissionais envolvidos, seja por demandas institucionais que não permitiram maior dedicação ao AF. Houve duas trocas de assistente social encarregado das atividades do AF, porque estes não conseguiram corresponder às necessidades do atendimento. A última mudança ocorreu em dezembro de 1999, e desde então as necessidades assistenciais têm sido satisfatoriamente atendidas, à exceção das visitas domiciliares. A não-realização dessas últimas tem representado uma alteração do planejamento da rotina do serviço e limitou o acompanhamento das famílias faltosas.

A reunião semanal da equipe permite que os profissionais tenham uma visão mais integrada e holística dos casos, além de controlar tendências, preconceitos e juízos de valor. No entanto, a discussão não substitui integralmente o atendimento multiprofissional, que precisa ser revisto pela equipe.

Analisando os padrões de interação de 15 equipes multidisciplinares que trabalham com proteção à criança, Bell (2001) observou que uma participação mais igualitária é possível se as equipes têm no máximo oito membros; se só são convidados para as reuniões os profissionais com atuação direta sobre os casos em discussão; se o número de situações discutidas é relativamente pequeno, não mais de cinco; se os profissionais com *status* mais baixos são treinados e incentivados a participar; e se os coordenadores são treinados em dinâmica de grupo e desenvolvem habilidade para encorajar participações de igual nível entre os componentes da equipe. A autora verificou também que o fato de ser o relator do caso parece aumentar o nível individual de participação.

Analisando o trabalho multidisciplinar do AF segundo os parâmetros propostos acima, é possível verificar que: o número de membros que participam da reunião semanal é satisfatório para o bom andamento dos trabalhos; a reunião conta em geral com os mesmos membros que, mesmo não possuindo sempre envolvimento direto nos casos, têm o interesse na discussão por estarem sendo abordadas situações de pacientes do serviço, que podem demandar o atendimento de qualquer membro numa situação emergencial; excepcionalmente outros profissionais são convidados ou solicitam participação na reunião, nela permanecendo somente durante a discussão das situações específicas que motivaram sua vinda; o número de casos discutidos por reunião tem sido extremamente grande chegando, às vezes, a mais de

vinte, uma vez que a proposta é discutir todos os atendimentos da semana, incluindo-se os pacientes faltosos que demandam cuidado especial e necessitam estratégias para resgatar o acompanhamento.

Diante desse volume de casos, alguns acabam sendo tratados de forma mais superficial. No início da formação da equipe, cada profissional relatava todos os seus atendimentos e só então outro profissional relatava os dele. Na reunião seguinte alternavam-se na ordem dos relatos. Assim, o primeiro profissional a relatar tinha seus casos, em geral, discutidos de forma mais aprofundada. Para contornar a situação, mudou-se a dinâmica da reunião: cada profissional passou a relatar apenas um atendimento em cada “rodada”. Desta forma, cada um atualmente prioriza as situações mais graves ou os pacientes novos, e os apresenta no início de cada reunião. Nos momentos finais, são informadas as situações menos complexas ou que não estão suscitando polêmica.

Verificamos no AF que, à medida que as psicólogas e a assistente social passaram também a trazer casos para discussão em equipe, e não apenas a acrescentar dados sobre as situações trazidas pelos demais profissionais, seu nível de participação foi aumentando de modo que, atualmente, todos têm participação efetiva nas reuniões.

Por fim, a equipe tem trabalhado sem coordenação, como já apontamos anteriormente. Embora essa situação traga dificuldades em vários níveis, houve uma certa adaptação do grupo e as reuniões transcorrem de modo satisfatório uma vez que cada qual assumiu um papel que caberia ao coordenador. A elaboração das atas, por exemplo, passou a ser tarefa de todos, alternadamente. Alguns controlam o horário de chegada dos colegas e o tempo de discussão de cada etapa da reunião, outros planejam algumas atividades a serem desenvolvidas nas reuniões etc.

Percebe-se, por fim, que embora não haja um trabalho multidisciplinar direto com a maioria das famílias na forma planejada inicialmente, trata-se de uma equipe integrada e que desenvolve um trabalho coletivo que certamente se reflete de forma positiva no atendimento.

4.4 – As relações do AF com outros serviços e com a clientela

Ao analisar a integração dos profissionais do AF com os demais profissionais do IPPMG, com os profissionais externos à Instituição e com os responsáveis, foi possível verificar que existem algumas questões comuns, como por exemplo um certo desconhecimento sobre a constituição da equipe e sobre as ações por ela desenvolvidas. Apesar disso, devido às características muito específicas de cada nível de relação estabelecida pelo AF, optamos por apresentá-las em separado.

4.4.1 – Integração com serviços internos

A integração do AF com outros serviços do IPPMG ocorreu desde o início de suas atividades, pela necessidade de se estabelecer procedimentos e encaminhamentos para os casos atendidos nos diversos setores. Nesse sentido, foi elaborada, em 1996, uma orientação para o atendimento de vítimas de maus-tratos para o setor de emergência e, no mesmo ano, a equipe de enfermagem do setor de triagem recebeu orientações para a captação de vítimas e o seu encaminhamento ao AF. Foi providenciada, também para o setor de emergência, a relação dos Conselhos Tutelares do Rio de Janeiro, para o caso de haver necessidade de contato nos períodos em que não há profissionais do AF no hospital: noites, feriados e finais de semana. Desde aquela época, sempre que é atendida uma situação de maus-tratos no setor de emergência durante o horário de rotina do hospital, algum profissional do AF é mobilizado para avaliação imediata da situação.

Em 1998, discutiu-se a atuação da equipe do Ambulatório da Família nas situações de pacientes internados nas enfermarias do IPPMG. Concluiu-se que, havendo solicitação ou necessidade de emissão de parecer durante a internação, a equipe deveria atuar ainda durante a internação, em conjunto com os profissionais daquele setor, seguindo a rotina das demais especialidades do IPPMG. Seria, assim, criado um vínculo com a família, seriam repassadas aos profissionais responsáveis pelo paciente as orientações acerca dos procedimentos indicados durante a internação, e seria agendada, na alta, consulta para um posterior acompanhamento ambulatorial pelo AF. Essa tem sido a forma de atuar conjuntamente no caso de pacientes internados, até o presente. Como as profissionais do serviço social do hospital têm como tarefa fazer visitas diárias nas enfermarias, em geral a assistente social do AF é a primeira da equipe a ter contato com as famílias, trazendo para o grupo a situação detectada, a fim de que seja discutida e avaliada a necessidade de envolvimento de outros profissionais do serviço, antes da alta.

Nos três últimos anos, a equipe do AF tem participado da recepção aos novos residentes fazendo uma rápida apresentação do serviço, esclarecendo o tipo de atendimento prestado e o fluxo para encaminhamento dos casos. A cada dois anos, duas atividades teóricas de ensino dos médicos residentes, totalizando aproximadamente seis horas, são destinadas ao tema da violência contra a criança. Nessas atividades, os profissionais do AF repassam questões práticas da identificação e da condução das situações de abuso. Por estarem inseridos

em todos os setores do IPPMG, os médicos residentes são parte importante do contato do AF com os demais serviços.

No início do ano 2000, notou-se que muitos encaminhamentos internos para o Ambulatório da Família não continham elementos suficientes para avaliação da necessidade da atuação do serviço. Isto levou à elaboração de uma circular dirigida aos profissionais do IPPMG, orientando sobre os critérios de encaminhamento de pacientes ao AF. Avalia-se que esse documento não resultou em mudança satisfatória, uma vez que encaminhamentos vagos e às vezes não pertinentes – como por exemplo problemas variados “de família”, que não incluem violência contra crianças; questões legais relacionadas à guarda de crianças e à posse de bens familiares, dentre outros – continuaram a ocorrer. Nesses casos, melhores resultados têm sido alcançados quando o profissional do AF procura pessoalmente o profissional que fez o encaminhamento e o orienta a respeito. Tal atitude, no entanto, demanda disponibilidade de tempo e não é sempre bem recebida por quem procedeu ao encaminhamento. A impressão que se tem é de que o AF é considerado pelos colegas como um serviço com capacidade para atender demandas que extrapolam as questões da prática clínica comumente atendidas num serviço de saúde, sejam elas relacionadas à violência ou não. Esse pensamento foi expresso por um diálogo entre profissionais do AF no grupo focal:

*“- Eu acho que todo mundo fica muito satisfeito de ter o Ambulatório da Família pra mandar os seus casos de violência, as suas problemáticas complicadas. [AF 4]
- Fugir. [AF 3]
- Então mandam diretamente. Agora, eu acho que o que vem muito é de não ser suficientemente investigado, explicado, pra ver se haveria necessidade do encaminhamento. Complicado, né?” [AF 4]*

Pode-se perceber que a maior integração do AF dentro da instituição ocorreu com o serviço social e com o serviço de psicologia, que embora mantenham profissionais destinados especificamente ao atendimento dos pacientes do AF, muitas vezes envolvem outros membros de sua equipe neste atendimento. Certamente devido a esse envolvimento, a integração tenha se dado de forma mais intensa.

Profissionais dos mais diversos serviços do IPPMG já compareceram esporadicamente às reuniões do AF ou foram procurados para discussão de casos, porém não há uma estratégia rotineira para promoção desta integração, que tem ocorrido apenas na medida da necessidade de se discutir alguma situação em comum.

Ao serem questionados sobre a relação do AF com os demais serviços do IPPMG, os profissionais do AF não abordaram a questão da integração, mas dos encaminhamentos em si. Estes profissionais consideram que muitos desses encaminhamentos representam “situações [que] poderiam ser trabalhadas na própria consulta do pediatra, ele tendo essa

visão ... biopsicossocial, e poder abordar isso com a família. Então a gente recebe encaminhamentos de dificuldades de relacionamento familiar, dificuldade de aprendizagem, separação dos pais, agressividade... questões que eu acho que assim, não se caracterizam como violência em si.”

Foi possível perceber, através das entrevistas com os profissionais do IPPMG, que nem mesmo a composição da equipe do AF é do conhecimento de todos. O mesmo ocorre com as ações desenvolvidas pelo serviço ao receber um encaminhamento. Dois dos profissionais entrevistados admitiram não saber nada a respeito. Algumas falas ilustram a idéia parcial que se tem dessas ações:

“Pode ser chamada a família, quer dizer, a família tem que estar em contato o tempo todo. Mas acompanhar a família ou até chegar a fazer denúncia ao Conselho Tutelar.” [IPPMG 1]

“Uma das primeiras preocupações seria ter certeza se houve abuso mesmo, quem foi o abusador, e a partir daí tentar ver se trabalha emocionalmente com a criança e a família para ver se você tem necessidade de retirar ou não no mesmo instante da família ou se pode permanecer sob vigilância, e dar seguimento até que você possa resolver a questão daquela criança, tirar da situação de risco de abuso ou do abuso em si.” [IPPMG 2]

“Acho que apoio da criança, assistência médica mesmo para as crianças que necessitam, né? Acredito que tenha alguma ligação com essa parte judicial, da tirada da família que esteja molestando. Basicamente o que eu sei é isso.” [IPPMG 3]

“A impressão que eu tenho é de que vocês fazem uma entrevista muito cuidadosa nessa área, discutem com a equipe o caso... a ação vai depender da situação...tentar chamar a família para intervir nesse relacionamento, vocês sempre tentam, mas quando não conseguem, aí vocês encaminham para o Conselho Tutelar.” [IPPMG 4]

Os profissionais do IPPMG relataram que a integração com o AF é satisfatória no nível pessoal, quando buscam orientação diretamente com algum profissional da equipe, tendo em geral suas demandas atendidas e sendo as orientações condizentes com suas expectativas. Falta, no entanto, integração formal entre os diversos serviços, o que foi identificado como um problema institucional, e não apenas do AF.

Dois temas relacionados à integração foram identificados nas entrevistas com os profissionais do IPPMG. O primeiro deles diz respeito à mudança de postura desses profissionais diante das situações de maus-tratos, a partir da implementação do AF na instituição. Embora a existência do AF “permita” uma maior identificação dos abusos por esses profissionais, duas conseqüências diferentes foram relatadas: enquanto uns passaram a se envolver mais com as famílias justamente por sentirem-se mais seguros com um serviço

especializado que os apóia, outros passaram a não se envolver, justificando haver um serviço montado com tal finalidade:

“Esse tipo de serviço faz com que a gente não se omita...o que eu desejava é que eu passasse o caso e fosse, nem me envolvesse com a questão.” [IPPMG 1]

“... hoje você tem uma estrutura montada... isso tranqüilizou muito a equipe, saber que você tem para onde dirigir esses casos.” [IPPMG 2]

“Você fica mais vigilante e você tem mais respaldo. Qualquer dúvida você pode ir até o serviço e procurar assistência...” [IPPMG 3]

“As pessoas ficam com menos medo de fuçar, de procurar. Na medida em que você sensibiliza os profissionais, ninguém quer atender, mas acaba detectando mais, e empurra mais ainda.” [IPPMG 4]

“Muda por um lado, que é o lado de que ele vai prestar mais atenção, então se sente mais corajoso de enfrentar, porque ele sabe para onde encaminhar. Porque quando você não tem o que fazer, você já vai triando...Pode mudar também de uma outra forma, a pessoa não se envolver muito e dizer: essa parte não é comigo, mãe, essa parte é com o outro ambulatório, e aí não faz nada, também.” [IPPMG 5]

“Muda muito, porque a gente tem para onde encaminhar...Antigamente eu nem pensaria nisso. Faria o tratamento das lesões e pronto. Agora é diferente.” [IPPMG 6]

O segundo tema diz respeito ao retorno da informação do atendimento prestado pelo AF, aos profissionais que encaminharam pacientes para o serviço. Esse retorno foi considerado precário e é muito valorizado como forma de aprendizado, ou seja, a troca de informações sobre os casos teria importância que extrapolaria a questão assistencial, exercendo a importante função pedagógica:

“... até uma maneira de trocar com o profissional que está encaminhando, para que ele seja mais sensibilizado, seja uma maneira de reciclar esse profissional.” [IPPMG 1]

“... uma das coisas que falta é a informação, a ‘contra-informação’, entendeu? Das crianças que eu encaminhei, as que fiquei sabendo foi porque elas voltam na enfermaria...e o que eu notei é que nunca houve uma informação espontânea do serviço, de retorno para isso...Podia ser um relatório periódico, com o número de crianças assistidas, casos confirmados. Até porque isso ensina a gente, entendeu?” [IPPMG 2]

“O ponto negativo é esse retorno, a gente não sabe o que aconteceu com a criança...Tinha que ter um retorno: naquele caso aconteceu isso, a suspeita era fundada ou era infundada. Acho que isso seria importante e a gente não tem. Isso seria importante para nortear condutas futuras...acho que a gente aprende muito com o AF quando a gente vai pedir um parecer. A gente sempre tem um retorno imediato, as pessoas falam o que deve ser feito ou não, .” [IPPMG 3]

“Em relação aos pareceres, não tive retorno...Então esse retorno, nem sempre... Porque o paciente, muitas vezes, não retorna mesmo [para o serviço de origem].”
[IPPMG 5]

Em resumo, o AF encontra-se atualmente integrado à dinâmica da instituição, atuando de forma semelhante aos demais serviços especializados, ou seja, respondendo pareceres, recebendo pacientes no ambulatório, avaliando-os nas enfermarias e no setor de emergência. Verificamos que a busca pela integração aos demais serviços do IPPMG ocorreu especialmente nos primeiros anos de funcionamento, quando havia necessidade de estruturar a referência interna. Percebe-se, no entanto, que muitas dúvidas ainda existem a esse respeito, e que os profissionais do IPPMG sentem necessidade de maior integração com o AF e de retorno de informações sobre os pacientes por eles encaminhados, o que provavelmente ocorre pelo fato das situações de abuso suscitarem abordagens que fogem às rotinas clássicas da pediatria.

4.4.2 – Integração com serviços externos

A equipe encaminhou 84 pacientes para profissionais externos ao IPPMG (65,1% dos 129 pacientes estudados), para uma melhor avaliação da suspeita ou para tratamento do abuso sexual. Desses, 65 foram encaminhados para o serviço de ginecologia do HUCFF/UFRJ (77,4%), 37 para diversos serviços de psicologia ou psiquiatria no município do Rio de Janeiro (44,1%), e 10 para o serviço de proctologia do HUCFF/UFRJ (11,9%).

Embora a intenção dos profissionais do AF de realizar contatos com diversos serviços externos seja objeto de discussão freqüente, inclusive com registro deste tema nas atas de reunião de equipe, na prática só se efetivaram na medida em que se vislumbrava algum retorno em termos de parcerias, e os desdobramentos desses contatos foram os mais diversos. Com a Ordem dos Advogados do Brasil, o Ministério Público e o Instituto Médico Legal foram pontuais e não desencadearam ações permanentes. Contatos feitos com a Clínica da Violência resultaram em algumas atividades de extensão em conjunto e no encaminhamento de uns poucos pacientes do AF, mas a não-gratuidade das consultas da Clínica dificultou a continuidade da parceria. A aproximação dos membros do AF com a ABRAPIA resultou em várias atividades conjuntas, troca de informações técnicas e discussões de casos, até a interrupção das atividades do programa SOS-Criança, desenvolvido por aquela instituição. Os contatos com o Instituto Cultural Freud resultaram na supervisão permanente da equipe do AF por um psicanalista, que mostrou interesse nesta aproximação pessoal com o grupo. Foram também realizados contatos com o Núcleo de Atenção à Violência (NAV), o Instituto de

Psiquiatria da UFRJ (IPUB), o Instituto de Psicologia da UFRJ e os serviços de ginecologia e proctologia do HUCFF/UFRJ. Apesar destes contatos terem permitido a criação de canais de encaminhamento de muitos pacientes do AF para estes últimos serviços, há pouca integração técnica entre os profissionais ou discussão de casos de forma rotineira.

As entrevistas de profissionais externos ao IPPMG evidenciou que o conhecimento sobre as ações desenvolvidas pela equipe do AF é muito variável, como podemos verificar através desses dois depoimentos:

“Desenvolvem ações de cunho estritamente médico, do ponto de vista de exames clínicos objetivos, anamnese, um registro muito preciso e completo das ocorrências. E ações também de cunho social com os pacientes... e legal, dão o encaminhamento legal... encaminham para o Conselho Tutelar” [profissional externo 1]

“Nada, nada, nada. Eu não sei como funciona...Até gostaria de saber, até porque eu indico muita gente pra lá, mas não sei como funciona nada”. [profissional externo 5]

Esses profissionais revelaram formas de interação com o AF muito variáveis, o que parece decorrer da própria relação existente entre o AF e os serviços nos quais estão inseridos. Há, por exemplo, aqueles que são apenas “pareceristas”, enquanto outros acompanham pacientes concomitantemente ao AF. Diferentemente do que ocorre com os profissionais do IPPMG, os profissionais externos foram unânimes em expressar a carência de contatos diretos com a equipe do AF. Não foram relatados problemas no que diz respeito às indicações e à forma dos encaminhamentos ou ao conteúdo do parecer solicitado pelo AF a esses profissionais.

A equipe do AF também apontou o problema do desconhecimento das atividades, rotinas e estruturas de trabalho dos diversos serviços e instituições envolvidos no cuidado da criança, o que dificulta muito o desenvolvimento de ações conjuntas num mesmo caso:

“E eu acho que não só os pacientes, mas os outros serviços, outros órgãos também. Sabem que faz um atendimento, mas não sabem o quê. E mandam tudo em bloco. E isso complica muito a assistência.” [AF 4]

“Então tem todo um desconhecimento do trabalho do outro, do processo do outro, a forma como o outro desenvolve suas atividades. Eu mesmo, liguei pra lá de tarde, não sabia qual era a aula que a professora estava dando, se estava no recreio, se não estava, entendeu? Então tem esse mundo de visões, de separações de categorias profissionais. Então é difícil... Tem que ter todo um conhecimento teórico, um conhecimento da prática de cada um desses setores, pra que a interface possa reverter numa atuação minimamente razoável.” [AF 1]

À semelhança do que foi visto com os profissionais do IPPMG, também entre os profissionais de outras instituições foi percebido que a existência do AF traz ajuda no atendimento prestado às vítimas, sendo que nos dois serviços do HUCFF (ginecologia e proctologia) a demanda para atendimento a vítimas de abuso sexual mostrou significativo aumento após a implementação do AF, na visão dos entrevistados. Aqui também foi levantada a possibilidade da existência de um serviço especializado fazer com que outros serviços se eximam da responsabilidade do atendimento às vítimas. Alguns depoimentos exemplificam as idéias expostas acima:

“Então eu não gosto quando eu sou a primeira a ver. Eu prefiro que passe primeiro lá [no AF] e venha depois aqui... porque a entrevista feita lá... faz um registro muito completo e aí eu evito ficar perguntando coisas que já foram perguntadas porque acrescenta sofrimento...Acaba concentrando esse conhecimento na mão de poucas pessoas. E como é um assunto difícil, as pessoas têm tendência a se afastar mesmo, então quem atende isso aqui é o fulano, e ninguém ali mais vai tomar conhecimento. Atendia pouco [abuso sexual], mas atendia. Agora tem mais.” [profissional externo 1]

“... se passou pelo IPPMG, já tem esse vínculo lá e é uma coisa que despreocupa um pouco porque a gente sabe que vai ter um acompanhamento.” [profissional externo 3]

“Quando chega [do AF] eu já sei muito do que eu vou atender. E dali eu já tenho até condição de tomar uma postura na hora que vou fazer aquele atendimento, que linha vou seguir na hora que for fazer aquele atendimento, quem eu vou atender primeiro.” [profissional externo 4]

Os profissionais de outras instituições também consideraram que o retorno de informações sobre os pacientes, por parte do AF, é insuficiente, atitude que foi por eles próprios relativizada face ao reconhecimento de que também não buscam essa troca de informações. Aqui, a troca de informações foi considerada, mais uma vez, como uma oportunidade de trocar experiências e vivências, podendo reverter num importante aprendizado prático:

“Agora, o próprio Ambulatório da Família podia, numa estatística anual, dizer ‘nesse ano foram atendidos tantos e tantos foram encaminhados para esse serviço com parecer’, e estimulava a pessoa a ver que o trabalho dele está sendo valorizado... Deve-se definir lá para o pessoal da proctologia o objetivo desse Ambulatório, a importância desses pareceres... Porque é um serviço que, provavelmente, vai com frequência precisar do apoio do nosso serviço para esclarecer esses abusos, não é? Então, a gente toma conhecimento oficial e fica sabendo que isso é uma coisa importante.” [profissional externo 2]

“... talvez a gente pudesse ter aproveitado mais, mesmo, no sentido de troca, de procurar... E aí eu conversava com eles [paciente e família]: o que vocês fazem lá?” [profissional externo 3]

“Aí o ponto é de vocês e é nosso: eu acho que a gente se encontra muito pouco... eu acho que a gente precisava melhorar o nível de diálogo... Então eu acho que nós poderíamos ter uma qualidade muito maior no nosso trabalho, se a gente conseguisse se encontrar mais pra gente trocar mais. Intervenções, experiências... Tem muitas coisas que a gente acaba aprendendo no dia-a-dia, mas meu dia-a-dia é diferente do seu, você tem experiências que eu não tenho, que você pode me repassar que vai me enriquecer demais. Da mesma forma ... que eu posso passar pra você, e a gente não está tendo essa troca. E a gente está perdendo com isso.” [profissional externo 4]

“...parecia ser abuso sexual de um vizinho, eu pedi que a médica averiguasse, foi feito lá no IML, o IML não manda resultado, o IPPMG mandou verbalmente, não me mandou nada por escrito... De repente até tive [retorno] e como o acúmulo de serviço é muito grande aqui, quando a gente vai receber um papel já passou 2 meses. Aí boto aqui pra tentar despachar. E aqui, vai ficar mais 1 mês. Então, na roda viva da gente..” [profissional externo 5]

De todos os serviços citados, cabe destacar o serviço de ginecologia do HUCFF, que criou em setembro de 1997 um ambulatório para atendimento a vítimas de abuso sexual a partir da demanda do AF. Os contatos com esse serviço se estendem além do atendimento de pacientes, especialmente através da elaboração conjunta de laudos e relatórios para instâncias judiciais. Mas, apesar de partilhar de forma mais próxima o atendimento das vítimas de abuso sexual, a integração direta entre os profissionais, ou mesmo formalmente com o serviço, também é precária.

Tem sido verificada a necessidade de atendimento psiquiátrico para alguns responsáveis pelas crianças atendidas pela equipe. A tentativa de conseguir atendimento psiquiátrico no HUCFF – que seria preferível devido à proximidade com o IPPMG –, não se viabilizou. A equipe conta tão somente, para essas situações, com o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, que fica muito distante do IPPMG e com o qual não há integração direta.

A necessidade de apoio de serviços de psicologia fora do IPPMG foi identificada desde o início dos atendimentos do AF, uma vez que não se dispõe de atendimento individual na Instituição. Além disso, o atendimento psicológico requer idas frequentes aos serviços, e idealmente deveria ser prestado em unidades de saúde próximas às residências daqueles que dele necessitam. Em nosso meio há carência desses serviços na rede pública e, apesar de vários serviços particulares oferecerem vagas a preços populares, a clientela não tem condições financeiras para frequentá-los.

O único serviço com o qual o AF conta para psicoterapia individual gratuita é o NAV. Esse serviço, no entanto, constituiu uma fila de espera desde o início do ano 2000, o que inviabilizou em particular a atenção às famílias que necessitam atendimento mais urgente. No início do ano 2001, o mesmo serviço passou a atender apenas as vítimas de abuso sexual e exploração sexual, deixando sem assistência as vítimas dos demais tipos de abuso.

Atualmente o NAV estabelece fila de espera também para os casos de abuso sexual, tornando-se ainda mais evidente a necessidade de capacitar profissionais da rede pública para o atendimento. Preocupada com esta lacuna de oferta de assistência às vítimas de maus-tratos, a equipe do AF encaminhou carta às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde na tentativa de obter informações de opções para encaminhamentos. Como resposta, foi enviada listagem dos serviços de saúde que dispõem de psicólogos, porém com a advertência de que nem todos estariam preparados para atendimento a essas vítimas.

De modo geral, verificamos que o encaminhamento para outras instituições tem aceitação variável por parte dos pacientes, havendo experiências positivas e negativas. Estas últimas decorrem do incômodo do deslocamento para outros locais e do fato de muitas vezes esses serviços não estarem preparados para o atendimento de crianças, e portanto não serem sensíveis às necessidades próprias dessa faixa etária.

A relação do AF com órgãos judiciários se intensificou a partir do ano 2000, quando surgiram várias solicitações de relatórios, laudos médicos e psicológicos e intimações para prestação de depoimentos. Desde então, o AF tem recebido várias solicitações de emissão de pareceres que se caracterizam como perícia médica. Esta situação não tem sido bem aceita pela equipe, uma vez que os profissionais não se sentem qualificados para esta tarefa. Por outro lado, o fato da Justiça aceitar legalmente a realização desses exames no próprio AF, confere uma certa autonomia ao serviço, apesar de aumentar a responsabilidade sobre o desfecho jurídico dos casos.

Cabe ressaltar que todas as solicitações encaminhadas pela Justiça têm sido atendidas pela equipe, conforme confirmaram os profissionais do AF:

“Alguns são perícia, mesmo. Juiz manda pra gente. O que foge totalmente ao escopo dos nossos objetivos. Então a gente tenta atender minimamente a demanda. Se é uma avaliação psicossocial, faz-se uma avaliação psicossocial, se é uma avaliação médica, clínica, faz-se uma avaliação... atende-se à demanda do Juiz.”
[AF 1]

“A psicóloga e a assistente social [do órgão da Justiça] discordaram sobre um caso, ficaram em dúvida se houve ou não um abuso: a criança revelou pra uma e não revelou pra outra o abuso sexual. Eles mandaram pra gente tirar a dúvida... A gente não entende isso como nossa função.” [AF 2]

“A posição é ver e encaminhar o que nós vimos da situação. E eles vão decidir o que eles acham lá, né?” [AF 4]

A busca de entrosamento do AF com os Conselhos Tutelares (CT) iniciou-se antes do primeiro grupo de conselheiros do município do Rio de Janeiro tomar posse, no início de 1996. Na ocasião, uma conselheira eleita do CT da Zona Sul estabeleceu contato com a

equipe do AF e compareceu ao IPPMG para apresentar o trabalho que desenvolveria naquele Conselho. Posteriormente, alguns profissionais do AF visitaram o CT de Ramos para apresentar a proposta de trabalho do serviço, tendo a oportunidade de tomar conhecimento das atividades lá desenvolvidas e das condições em que estas se realizavam.

O AF não apenas encaminha famílias para o CT, mas também tem recebido crianças encaminhadas por esses Conselhos, geralmente o de Ramos, especialmente para laudos médico-psicológicos ou para acompanhamento ambulatorial. Contatos pessoais e telefônicos com diversos Conselhos Tutelares ocorreram de forma sistemática em todo o período estudado, com o objetivo de saber o andamento de casos notificados, para comunicar abandono do acompanhamento no AF ou, ainda, para discutir condutas adotadas ou a adotar. Ocorreram também visitas de conselheiros ao IPPMG, a convite do AF ou por iniciativa dos CT, a fim de discutir situações de pacientes internados no IPPMG ou acompanhados conjuntamente.

Em setembro de 1999, ocorreu reunião de alguns membros da equipe do AF com o Conselho Tutelar de Ramos, com o propósito de discutir a ação conjunta das duas instituições e a intervenção daquele Conselho, cuja demora na atuação comprometia o atendimento às crianças do AF. Consta em ata que *“os conselheiros argumentam que nas notificações recebidas nem sempre fica clara a solicitação da urgência, e por vezes não fica clara a natureza da demanda encaminhada ao Conselho. Acordamos quanto a especificar melhor essa demanda, em cada notificação”*. Desde então, a equipe tem incluído nas notificações não apenas o relato da situação, mas também o que se espera da atuação do CT.

De fato, as duas profissionais do CT de Ramos que foram entrevistadas não relataram problemas atuais em relação às notificações advindas do AF. No entanto, apontaram para a necessidade de maior integração com o AF:

“Eu acredito que seja, pra encaminhar, por escrito. E acompanhamento mais por telefone. Pouco a gente se vê... Acredito que mais vocês venham aqui do que a gente lá. O Conselho realmente só aparece quando vocês estão precisando mesmo... Eu vejo que é fundamental [a integração], a gente sempre precisa de vocês, né. É um dos braços do CT, desse aqui principalmente. A gente tem um privilégio de ter na nossa área o trabalho de vocês.” [profissional externo 4]

“Não consegui ainda uma volta, da gente trabalhar em parceria, entendeu? Eu, o tempo, não tive. Ela [assistente social do AF] me cobrou agora isso. Até ela me disse que ela estava me procurando porque a gente precisa ter esse entrosamento, entendeu, pra saber como é que está funcionando...” [profissional externo 5]

No grupo focal com a equipe do AF foram relatadas – especialmente pela assistente social – as dificuldades de trabalhar em conjunto com os diversos Conselhos Tutelares, sendo

estas mais evidentes com o CT de Ramos, certamente pelo maior número de pacientes que o AF atende em conjunto com esse Conselho:

“O maior vínculo que a gente tem, ou deveria ter, é com o Conselho Tutelar... a gente tem sentido, nesse período, muita dificuldade em lidar com o Conselho Tutelar de Ramos. Em termos, assim, de resposta, de eficácia. A gente manda os relatórios, manda todo o encaminhamento... então é necessário um retorno, porque a gente trabalha em parceria. Não dá pra gente estar trabalhando aqui separado do Conselho Tutelar, porque tem uma atuação diferenciada, é uma instância legal, um órgão que tem um respaldo legal, e que precisa estar dando encaminhamento... Até mesmo lidar com essas angústias: acontece um caso de abuso sexual, encaminha pro Conselho Tutelar, o Conselho Tutelar encaminha pro Ministério Público.” [AF 6]

“Então quando a gente liga, a gente liga não no sentido de ficar cobrando, mas no sentido de estar trocando, de estar sugerindo algumas possibilidades, uma melhoria da situação que a criança está vivenciando. Então, quando a gente não tem esse retorno, a gente tem que procurar outra instância, então é via Juizado...” [AF 6]

“A gente percebe também que, apesar de ter uma equipe técnica, muitas vezes a equipe técnica de alguns Conselhos não dá conta de determinadas situações e eles acabam encaminhando pra nós, pra exatamente fazer atendimento, o que poderia ser feito lá. A gente faz esse trabalho e acaba que a criança às vezes precisa de atendimento específico e a gente manda de volta, e eles então encaminham pra uma outra instituição que não a do nosso perfil.” [AF 3]

“E assim, a gente liga, faz o contato, e você sente, assim, que dá a impressão que a gente é que não tá fazendo nada. A sensação que a gente tem no serviço social é a seguinte: a gente faz, só que a gente tem um limite. Eu não posso fazer o que o outro tem a função de fazer... eu faço todo o encaminhamento, a equipe toda faz, a gente pede o desdobramento lá, e a gente não está tendo esse retorno. Agora, com os outros [Conselhos], a gente tem conseguido ter diálogo, tem resoluções positivas. Então, nesse momento agora, não sei o que o Conselho que a gente trabalha está vivenciando... a gente tem que ver o contexto, pra gente também compreender o que está acontecendo lá dentro, né?” [AF 6]

Em março de 2001, a direção do IPPMG encaminhou documento, oriundo do serviço social desta instituição, à instância superior dos Conselhos Tutelares, no qual estavam listados uma série de casos, do AF e de outros serviços do IPPMG, que haviam sido encaminhados aos diversos Conselhos, e dos quais não se conseguia obter respostas sobre os procedimentos adotados. Apesar da expectativa da equipe do AF de possíveis repercussões negativas que tal documento poderia ter trazido para a relação entre AF e os CT, nada ocorreu nesse sentido, mas o retorno de informações sobre os pacientes encaminhados continua precário.

Em resumo, tratando-se o AF de um serviço com limitações para suprir todas as necessidades de atenção às vítimas, procurou-se estabelecer parcerias com outras instituições. Dos diversos serviços contatados, apenas alguns – especialmente aqueles que atenderam às necessidades assistenciais da clientela – mantiveram algum nível de integração com o AF.

Apesar dessa integração ocorrer de forma, frequência e intensidade variadas com os diversos serviços externos, o AF é hoje um serviço legitimado por outras instituições que compõem a rede de atendimento às vítimas de abuso sexual e de outras formas de maus-tratos contra a criança.

4.4.3 – Relação dos profissionais do AF com os responsáveis

Uma vez que não procedemos à observação participante nas consultas do serviço, a relação entre os profissionais do AF e as famílias foi avaliada através das entrevistas realizadas com ambas as partes.

Diversos aspectos envolvidos nessa relação surgiram nas entrevistas com os responsáveis. O primeiro deles diz respeito à qualidade do relacionamento, que em geral foi descrita como positiva, principalmente pela forma aberta de abordar as questões que motivaram o atendimento de seus filhos no AF, pelo carinho e apoio recebidos, pela valorização da criança e pelo interesse da equipe:

“Ela falou a verdade. A princípio me assustou, eu não esperava ouvir, né?... Ela falava mesmo a verdade, e isso me fez muito bem, porque aí eu comecei a pensar, analisar.” [responsável 1]

“...ele trata o paciente dele como... normal, sabe, criança mesmo, entende? Ele tenta puxar tudo, e a criança se sente bem com ele. Tanto a mãe, como qualquer paciente, acho que se sente bem.” [responsável 3]

“Quem me deu mais apoio, foi ela.... ela foi assim... minha bengala. Deu assistência direta, como se ela fosse médica só pra ele, um atendimento direto só pra gente...” [responsável 4]

“... acho uma excelente pessoa, o jeito que ela se comunica, passa as necessidades do dia-a-dia conforme a gente tem que saber lidar com a criança, muito bom. Aprendi muito com ela.” [responsável 5]

“... todo mundo, os funcionários em geral que têm contato com a criança, eles passam a ver a criança como um cidadão, direito não só de passar e ‘bom-dia’, mas com carinho, afago... e isso é que cura.” [responsável 6]

“E foi com o apoio dos profissionais que eu consegui... comecei a tomar uma direção na minha vida. Tive apoio dessa instituição pra tudo, tudo, tudo... Eu acho que o que tem de melhor aqui é o interesse dos profissionais pra ajudar a gente a solucionar o problema. Eles realmente se empenham.” [responsável 7]

Houve, no entanto, um relato de experiência negativa por parte de um responsável que considerou a abordagem do profissional do AF como acusatória. Como dissemos anteriormente, essa não é uma atitude preconizada pela equipe e sabidamente desencadeia

resultados inadequados para o acompanhamento das famílias. É sempre importante o profissional ter cuidado para não ser mal interpretado por um responsável não preparado para ouvir determinadas interpretações numa situação delicada como a do abuso sexual. A fala seguinte representa o relato de uma mãe, sobre a impressão do pai de uma criança que sofreu abuso sexual pelo irmão adolescente:

“Ele reclamou, não gostou de conversar... Porque ele achou que ela estava o acusando de ser o principal responsável por tudo o que estava acontecendo dentro de casa ... o meu marido achou que ela distorceu tudo o que foi dito.”
[responsável 1]

Um outro aspecto da relação diz respeito às informações repassadas pelos profissionais do AF aos responsáveis. Embora esses, em geral estivessem satisfeitos em relação a esse aspecto, uma situação foi extremamente importante para exemplificar o quanto a falta de retorno pode causar angústia nos familiares:

“Eu só fico só na dúvida só dessa resposta. Eu quero saber se fez mal ou se não fez... Ainda não tive [resposta] até hoje... porque a garota foi lá e fez o exame, aqui na frente e tudo, e aí não me disseram nada... Nem pra mim, não sei nem se pro advogado, pra juíza lá. Não tenho aonde me dar o troço de volta. Eu levo, eu trago, agora de volta pra mim... não me dão... não chega o resultado. É aonde que eu estou preocupado.” [responsável 2]

Um terceiro aspecto diz respeito às falhas do atendimento identificadas pelos responsáveis. É interessante notar que eles encontraram explicações para as situações que os desagradavam, explicações essas que acabavam por retirar dos profissionais, do AF e do IPPMG em geral, a responsabilidade direta pelas falhas, demonstrando um vínculo positivo com a instituição:

“Pelos enfermeiras [auxiliares de enfermagem que recebem os pacientes no serviço], não, não é bem atendida... Eu não sei se é porque elas têm muita gente, têm que lidar diretamente assim, organizar...” [responsável 1]

“Porque eles têm outra relação, né, o médico estuda lá pra depois vir pra cá pra poder atender, entendeu? Então aí demorava mais.” [responsável 2]

“...algumas vezes aqui no ‘Laboratório’, não é às vezes por causa da equipe, é por causa da minha pressa, do tempo que eu tenho também... Eu achava assim que podia não ser só uma pessoa, porque uma pessoa é pouco pra tanta criança, porque a demanda é grande, né?” [responsável 6]

“Eu acho que às vezes fica um pouco afastado [o tempo entre duas consultas]. Podia ser menos tempo... É por causa da necessidade do paciente, de repente.”
[responsável 7]

Por fim, um último tema identificado entre os responsáveis nesse contexto de relação com o AF foi o paralelo feito com o IPPMG: a construção das relações com o AF certamente é facilitada por experiências anteriores positivas com o IPPMG. Essa situação foi identificada também entre os profissionais externos entrevistados, o que é importante, pois muitas vezes fazem referência ao AF e transmitem opiniões aos familiares a respeito da instituição, que podem interferir nas relações que serão estabelecidas no AF. Alguns exemplos de ambos os casos estão apresentados a seguir:

“...geralmente quando a gente está numa fila esperando, tem gente que reclama de médico, reclama de alguma coisa assim, e aí sim, a gente acaba tendo idéia de alguma coisa e acaba tendo alguma reclamação. Mas eu nunca ouvi nada.” [responsável5]

“Aqui é um excelente hospital. Até hoje eu só tenho coisas boas.” [responsável 7]

“...um serviço de pediatria num hospital geral dificilmente terá condição de dar atendimento nesse sentido [ao abuso sexual]. Já o IPPMG é um hospital infantil. Lá você pode ter, como tem, vamos dizer, ambulatórios especializados dentro da pediatria, de várias áreas da pediatria.” [profissional externo 2]

“Então, o que eu conheço do IPPMG é isso. É uma agonia, uma situação que eu vejo que está braba... Lá é o melhor. É grave, manda pro IPPMG... Eu estou aqui há um ano...então eu sei que lá é a solução... É clínica médica.” [profissional externo 5]

Na visão dos profissionais do AF a relação com as famílias “*depende do profissional, daquela família e da situação que é trazida*”, podendo até ser que “*aquela família, noutra situação, criasse um vínculo ótimo, mas que naquela situação não criará*”. Além disso, esses profissionais percebem que o vínculo não é estabelecido com o serviço, mas individualmente com os profissionais com quem a família e a vítima estabeleceram maior empatia:

“A gente percebe aqui, quando a gente faz a reunião, que aquela família está mais com um. Eles geralmente escolhem um, que é aquele com quem ele não falta à consulta, conversa mais com aquele do que com o outro.” [AF 2]

A situação de abuso intrafamiliar foi levantada pela equipe do AF como um fator que interfere na construção dessa relação:

“...eu acho que quando o abuso é intrafamiliar, algumas vezes, ou pelo menos no começo pra mim, do vínculo, fica um pouco difícil, até que a família perceba qual é a minha, quando o abuso é intrafamiliar. Qualquer tipo de abuso. Ela não sabe como vai ser julgada, como vai ser, se ela vai ser punida, como eu vou estar vendo aquilo... Quando é extra-familiar, pelo menos a primeira consulta é mais relaxada, pelo menos estamos falando de outra pessoa, não é?” [AF 6]

“Quando aconteceu ali mesmo dentro da própria família, até que ela traga toda essa informação, precisa muito desse vínculo. Não é às vezes um, dois, três atendimentos. Às vezes passa 1, 2, 3 meses pra poder ela começar a trazer mais, pra você sentir que aquela família está realmente querendo continuar e querendo buscar essa ajuda. Acolhe mesmo nosso atendimento, entendeu?” [AF 3]

Em resumo, foi possível notar que a relação entre os profissionais do AF e os responsáveis pelos pacientes é percebida como positiva por ambas as partes, apesar das dificuldades peculiares das situações que os envolvem e das falhas do atendimento.

4.5 – Indicadores de processo

Tratando-se de um tema apenas recentemente incorporado pelo setor saúde, complexo e de difícil abordagem, o atendimento a crianças vítimas de violência não constitui ainda uma experiência consolidada e difundida na realidade brasileira. Os profissionais envolvidos com essa prática carecem, portanto, de estudos de indicadores a partir dos quais possam nortear sua atuação.

Entendemos que a identificação de indicadores que permitam avaliar o atendimento às vítimas de violência é de extrema importância, podendo contribuir para melhorar o planejamento e a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde. Tais indicadores devem tentar refletir as múltiplas e complexas questões objetivas e subjetivas envolvidas na violência sofrida pela criança.

Em geral, as pesquisas avaliativas de programas ou serviços da área social enfrentam problemas por terem como objetos de estudo fatos, processos, situações ou conceitos complexos que não podem ser diretamente captados ou mensurados. Aguilar & Ander-Egg (1994) ressaltam que, apesar disso, caso se pretenda medir quantitativamente tais objetos, é imprescindível transformá-los em números, utilizando indicadores que permitam captar estatisticamente fenômenos sociais que não podem ser conceitualmente medidos de forma direta. Esses autores advertem, no entanto, que por mais indicadores que se utilize, nunca serão atingidas total e exaustivamente todas as dimensões de um conceito. Por isso, o indicador é considerado apenas uma forma de aproximação do conhecimento de algo que não pode ser captado diretamente.

Compreendendo os indicadores como parte de um conceito, fica claro que eles são válidos apenas para contextos específicos, devendo ser elaborados indicadores distintos de acordo com cada conceito e a operacionalização que dele for feita no programa estudado (Aguilar & Ander-Egg, 1994).

Na nossa pesquisa, selecionamos alguns indicadores para avaliar o processo e o resultado do atendimento prestado pelo Ambulatório da Família, conforme apresentado no capítulo referente à metodologia deste trabalho. A seguir, apresentamos os indicadores de processo e no próximo capítulo apresentaremos os referentes à avaliação dos resultados.

4.5.1 -Tempo médio de acompanhamento

Os profissionais devem estar alertas para o fato de que as dificuldades psicológicas podem não ser aparentes durante anos após o abuso sexual ou a sua descoberta. Nagel et al (1997) relataram alguns estudos que compararam crianças abusadas com outras não abusadas, verificando que as diferenças de sintomas aparecem muito mais frequentemente na seqüência do atendimento, do que imediatamente após o abuso. Esses estudos reforçam a necessidade de acompanhamento das vítimas por um período que vai além da fase “aguda” dos acontecimentos.

Um trabalho que avaliou 45 estudos sobre sintomas decorrentes de abuso sexual (Kendall-Tackett et al apud Cahill et al, 1999) mostrou que uma significativa percentagem das crianças estudadas (21% a 36%) não apresentavam sintomas imediatos, de curta duração. Pode-se concluir que uma observação prolongada seja essencial para a perspectiva de compreender e poder atuar no impacto do abuso sexual.

Além das necessidades das vítimas, há também o aspecto da relação entre profissional e família, que se estabelece no decorrer do acompanhamento, possibilitando até mesmo esclarecer melhor os fatos na medida em que há um fortalecimento das relações. Muitas vezes, a real história do abuso – contexto do abuso, autor da agressão, detalhes da vida familiar etc. – só surge após vários encontros. Percebe-se que a família analisa a postura do profissional em relação à situação para, então, relatar os fatos. Durante o período do nosso estudo, foi trazido para discussão o caso de uma criança de nove anos, abusada sexualmente por um adolescente da escola. Na terceira consulta a mãe relatou que, na verdade, o agressor era o irmão de 15 anos.

Os profissionais do AF acreditam que a demora na obtenção da história real de um abuso não esteja relacionada ao tipo de abuso em si – se sexual, físico etc. –, mas à sua gravidade e ao fato de ser intra ou extra-familiar. Na experiência da equipe, situações mais graves e intrafamiliares, de qualquer tipo de abuso, são os mais difíceis de lidar, podendo-se levar anos na investigação, sendo que algumas vezes a equipe nunca conseguirá concluir sobre a ocorrência ou não de um abuso.

Um outro aspecto que reforça a importância do AF acompanhar os casos por um período mais prolongado é a necessidade de fundamentar as suspeitas que chegam ao serviço, conforme foi ressaltado pelos profissionais no grupo focal:

“Até por isso a gente avalia durante um tempo maior, né? A gente fica mesmo naquela... não é investigação, porque a gente não é investigador. Mas a gente fica naquela preocupação de ficar encontrando mais dados pra poder ter uma tranquilidade pra tentar afirmar alguma situação de abuso.” [AF 3]

“A gente tem muitos casos que ao longo do atendimento a gente vai fechando mais a situação... Às vezes uma coisa que de imediato parece uma coisa, depois com o decorrer do acompanhamento você vai identificando outras.” [AF 4]

Por todos os motivos supracitados, a equipe trabalha no sentido de manter o acompanhamento prolongado das famílias, embora sem definição de limites para esse acompanhamento:

“Tem uma questão que não está muito clara, que é a questão do acompanhamento, de até onde conduzir esses casos. O ambulatório foi criado com uma proposta de acompanhamento ‘ad alguma coisa’... e aí a gente caiu na real. Isso é impossível. A situação do conflito se resolve muitas vezes, você tem o contexto que se modifica com ou sem a atuação do profissional, mas ele se modifica, é fato. E aí já não se justificam as vindas às consultas do ambulatório, e começam a perder um pouco do seu sentido, e aí a gente vê, na dinâmica, a gente sente: eu já não estou acrescentando nada..” [AF 1]

Após dois anos de experiência com o atendimento, ocorreu uma discussão sobre o tempo ideal de acompanhamento de crianças do AF e sobre a validade de uma certa imposição desse tratamento, muitas vezes claramente não desejado pelas famílias. Não se chegou a uma conclusão na época, e atualmente essa ainda é uma questão frequentemente levantada nas reuniões de equipe. Nos grupos focais realizados com a equipe, nesta pesquisa, o tema foi diretamente relacionado aos critérios de alta para os pacientes, os quais também não estão bem definidos, como veremos no próximo capítulo.

Ao serem questionados especificamente sobre o tempo que costumam acompanhar um caso de abuso sexual, os profissionais do AF responderam que é *“muito variável”*, em geral por *“muito tempo”*, sendo que *“os mais graves a gente acompanha por mais tempo”*. A idade da criança foi apontada como um fator determinante do tempo de acompanhamento, uma vez que

“quando a criança é mais nova, a família na verdade que é o alvo da atenção... a família está tão mal e a criança tirou aquilo de letra, até porque ela não tem a compreensão daquilo. Aí a gente encaminha pra psicologia pra inserir a família no acompanhamento, tirar, tentar minimizar esse sofrimento todo dela. Aí é mais

curto, entendeu? Agora, se a criança tem sete, oito, nove anos, e tem uma percepção que possa ter causado um dano maior pra ela, nossa preocupação é de estar ainda continuando. Na prática a gente tem feito isso.” [AF 3]

Sendo um dos objetivos do AF acompanhar os pacientes que chegam até o serviço, utilizamos como um dos indicadores de processo o **tempo médio de acompanhamento**. Verificamos que dentre os 129 casos estudados, o tempo médio de acompanhamento foi de 10,9 meses, com mediana de 6 meses, o que está abaixo do recomendado pela literatura.

Azevedo & Guerra (1997) acreditam que a recomendação internacional de acompanhar por cinco anos as vítimas de abuso sexual poderia ser ampliada, na medida em que fossem adquiridas maiores experiências no seguimento destas crianças. Por outro lado, podemos supor que à medida que intervenções mais eficazes, baseadas numa atenção integral às vítimas, comecem a ser utilizadas, a otimização do acompanhamento poderá torná-lo menos duradouro.

Swanston et al (1997) recomendam um “acompanhamento de longa duração” para vítimas de abuso sexual, devido aos problemas de ordem comportamental e emocional identificados anos após um primeiro atendimento.

Gauderer (1991) acredita que todas as vítimas de abuso sexual se beneficiem de uma intervenção em crise, qualquer que seja o profissional envolvido nesta etapa, através de apoio emocional e esclarecimentos pertinentes à condução dos eventos decorrentes do abuso. Sugere, também, o acompanhamento, por um ano ou mais, nos casos em que houve agressão física severa e trauma emocional importante e que não disponham de suporte emocional adequado.

Procurando compreender os fatores determinantes para acompanhamentos mais breves ou mais prolongados de vítimas de maus-tratos, Deslandes (1993) verificou que nem o tipo de abuso, nem a idade da criança estavam associados ao tempo de acompanhamento no CRAMI. Percebeu ainda, que a atuação do serviço evoluía em função da receptividade das famílias às ações praticadas pelos profissionais e da forma como as orientações eram acolhidas, associada às limitações dos recursos do serviço.

Como será visto adiante, o tempo de acompanhamento no AF tem sido determinado na maioria da vezes pela família, uma vez que há alto percentual de interrupções do tratamento por conta dos próprios familiares, e não por decisão da equipe, fato que a equipe tem ciência:

“Era a nossa intenção [realizar um acompanhamento prolongado]. Só que a gente viu que a gente não consegue. Pode contar nos dedos as crianças que ficaram. Vão até o meio do caminho e abandonam.” [AF 2]

“Geralmente com 1 ano a 2 anos abandonam.” [AF 4]

Dentre os casos estudados, não houve associação entre um tempo de acompanhamento maior que 12 meses e a presença concomitante de abuso sexual e outros tipos de abuso.

Verificamos que 17 pacientes (13,2%) tiveram apenas uma consulta no AF e, portanto, não foram acompanhados pela equipe. A avaliação feita sobre o atendimento de 146 crianças com baixa estatura do Ambulatório de Crescimento do IPPMG, em 1992, revelou que 19,2% compareceram apenas à consulta inicial (Ferreira, 1992). A semelhança entre os dois resultados aponta para o fato de que essa não é uma característica isolada da situação de abuso sexual, ocorrendo também em outro serviço, da mesma instituição, que pretende proporcionar acompanhamento prolongado aos pacientes.

É provável que uma previsão de acompanhamento estabelecida junto às famílias, após um período de avaliação do caso, traria benefícios à adesão. Verificamos que os profissionais do AF não estabelecem com as famílias um tempo provável de acompanhamento, certamente pelo fato de não haver uma perspectiva minimamente acordada em equipe a respeito:

“...digo que é uma equipe, e que a gente vai fazer um acompanhamento, porque às vezes o abuso sexual pode trazer problemas pra criança, que a intenção é acompanhar. Mas não digo um tempo.” [AF 2]

4.5.2 – Regularidade do comparecimento

Dentre os 112 pacientes que retornaram para consultas subseqüentes, verificamos que 65 compareceram regularmente, sendo portanto a **proporção de comparecimento regular** igual a 58%; os demais 47 pacientes (42%) compareceram de forma irregular ao serviço.

Uma vez que o serviço não dispõe de normas pré-estabelecidas sobre o número e o intervalo de consultas para o acompanhamento dos casos, foi considerado comparecimento regular aquele no qual as famílias compareceram às consultas agendadas pelos profissionais do serviço e, ainda que tivessem faltado eventualmente, as remarcaram logo em seguida.

O comparecimento irregular incluiu uma série de situações: faltas repetidas durante o período de acompanhamento – o número de faltas consideradas variou de acordo com o tempo de acompanhamento; longos períodos sem comparecer ao AF; períodos de acompanhamento regular alternados com períodos de faltas repetidas.

Não encontramos na literatura que trata de acompanhamento de vítimas de abuso sexual qualquer referência à regularidade de comparecimento, de modo que fosse possível avaliar se os resultados acima se assemelham aos de outros serviços.

Cabe ressaltar que o comparecimento regular não significa, por si só, uma boa adesão ao tratamento. Há famílias que apesar de não faltarem às consultas, não seguem as recomendações do serviço, enquanto outras, através de poucos contatos com a equipe, mesmo de forma irregular, conseguem ter um aproveitamento maior e se beneficiam bastante das orientações que o serviço pode oferecer.

Através dos relatos nas reuniões de equipe, observamos que parte dos pacientes que comparecem irregularmente ao AF é representada por famílias candidatas ao abandono de tratamento, que só comparecem quando chamadas pelo serviço, nunca estabelecendo uma adesão efetiva ao programa. Outra parte são famílias que comparecem espontaneamente, porém só quando alguma necessidade específica as motiva. O comparecimento irregular atrapalha o trabalho da equipe, uma vez que algumas ações dependem do adequado andamento de outras. Isso é especialmente importante no início do acompanhamento do caso, quando o vínculo, as medidas de investigação e os procedimentos legais estão ainda sendo planejados e implementados. Após essa etapa, mesmo um acompanhamento irregular parece permitir um monitoramento mínimo da situação de abuso.

Até o momento não houve uma análise interna com o objetivo de investigar as particularidades desses casos e de outros, que mantiveram regularidade apenas por determinados períodos. Acreditamos que compreender a dinâmica dessas famílias e de sua relação com a equipe do AF seria fundamental para melhorar o desempenho do serviço.

Foi também considerada como indicador de processo a **proporção de busca ativa em faltosos**. A equipe realizou busca ativa, com intenção de remarcar as consultas dos pacientes que faltaram, em 83% daqueles que tiveram acompanhamento irregular. Foi utilizado telegrama em 65% das vezes, telefonemas em 32,5% e visita domiciliar em 17,5%. Em 5% das buscas não foi possível identificar o meio utilizado. Verificamos que mais de um meio foi utilizado em alguns casos, parecendo haver um maior investimento da equipe nessas famílias.

Não foi possível identificar, através dos prontuários, características de casos que demandaram maior busca pela equipe. No entanto, nas discussões semanais é evidente que as situações que a equipe considera de maior risco para a criança, tais como suspeitas ainda não esclarecidas ou famílias que têm dificuldades de oferecer proteção eficaz à criança, têm sido as que mais suscitam essas ações.

Apesar da equipe ter estabelecido, anos atrás, os procedimentos a serem seguidos na falta de um paciente ao AF – envio de até dois telegramas marcando consulta, e realização de visita domiciliar se não houver retorno após os telegramas –, atualmente existe a consciência de que é impraticável implementá-los, tendo em vista a carência de recursos humanos da instituição para o cumprimento adequado desta rotina.

De fato, verificou-se que a equipe deixou de realizar a busca ativa em 17% dos pacientes cujo acompanhamento foi irregular. Considerando que essa não é uma atividade realizada por outros serviços do IPPMG, e que portanto não faz parte da rotina nem da cultura da instituição – sendo as tarefas de envio de telegramas, telefonemas etc. realizadas pelos profissionais responsáveis pelos respectivos pacientes faltosos, quando não pela assistente social do serviço –, considera-se que esse percentual reflete um grande esforço da equipe. Tem o mérito, também, de estar imprimindo uma importante mudança na rotina e nas atitudes da instituição.

Ao receberem telegramas, os familiares tiveram diferentes reações, conforme foi observado através de relatos dos profissionais nas reuniões de equipe: alguns responsáveis expressam certa preocupação ao receber um telegrama, acreditando tratar-se de algum problema em relação à criança, enquanto outros ficam agradecidos pelo cuidado da equipe em convocá-los a manter o acompanhamento.

Um exemplo de reação positiva à busca ativa pode ser dado com o depoimento de um dos responsáveis entrevistados:

“Telefonema, perguntando por que foi [a falta]... Eu fiquei alegre, poxa. Tem alguém preocupado com a gente, que está realmente querendo ver minha filha bem, que a gente não está jogada às traças. Ainda existe um órgão, uma instituição, que realmente se preocupa com a saúde da gente.” [responsável 7]

As visitas domiciliares (VD), de responsabilidade da assistente social da equipe, foram limitadas a uma por semana pelo setor de transporte do IPPMG desde 1999, devido à dificuldade de viaturas para esse fim. Tal limite, todavia, atendia às necessidades do AF. No entanto, a realização dessas visitas foi se reduzindo gradativamente, e atualmente não têm sido realizadas. A falta de pessoal no serviço social, dificultando a saída do profissional de seu ambiente de trabalho, foi o motivo alegado em algumas ocasiões. No entanto, no grupo focal foram apresentados outros motivos para, atualmente, não se realizarem visitas domiciliares: a própria equipe não mais as solicita e falta segurança nos locais de moradia das famílias.

Verificou-se, no período estudado, que as chamadas visitas “domiciliares” não se restringiram às residências das vítimas, mas ocorreram também em creches e escolas. A equipe considera importante a realização de tais visitas, uma vez que têm um caráter diferente daquelas realizadas pelo Conselho Tutelar. Chegou-se à conclusão de que a visita domiciliar do AF não era investigativa, como a do CT. Seu objetivo seria o de auxiliar o acompanhamento do caso através de verificação das condições de vida e do ambiente

familiar, da realização de entrevistas com algum familiar que não houvesse comparecido às consultas e de resgate de pacientes que abandonaram o tratamento.

Alguns motivos para faltas às consultas agendadas, alegados pelos responsáveis e registrados nos prontuários, foram identificados em 27 (57,4%) dos 47 casos cujo comparecimento ao serviço foi irregular. Esses motivos encontram-se na tabela 7. Em alguns casos foi identificado mais de um motivo para uma mesma falta, ou motivos diferentes para diferentes faltas.

Tabela 7
Motivos alegados pelos responsáveis para faltas às consultas no AF (N=27 casos)

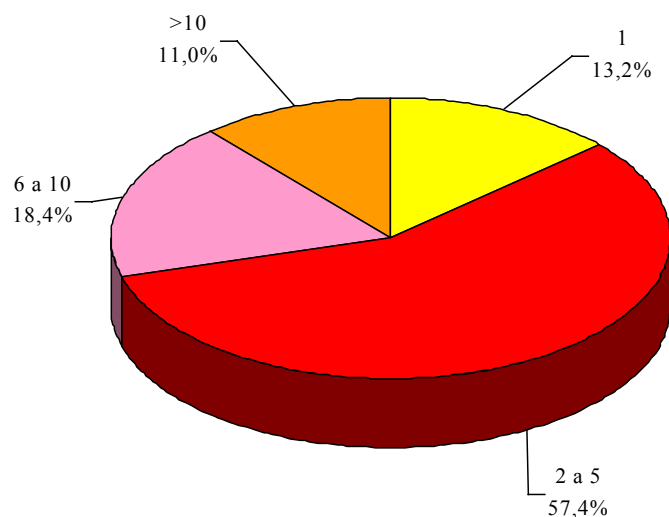
Motivo	Número de casos em que o motivo foi alegado
1. Doenças e outros problemas familiares	7
2. Responsável não pode faltar ao trabalho	5
3. Falta de dinheiro	5
4. Dificuldade de acesso	5
5. Criança estava bem	3
6. Esqueceu-se da consulta	2
7. Criança não pode faltar à escola	2
8. Viagem	2
9. Falta de tempo	1
10. Criança havia fugido de casa	1
11. Mãe não acha necessário o tratamento no AF	1
12. Medo das conseqüências da notificação/de perder a guarda da filha	2

É interessante ressaltar que dentre os motivos alegados para as faltas, a grande maioria se relacionava com questões familiares ou sociais freqüentemente identificadas no dia-a-dia de qualquer unidade de saúde, nos mais diversos tipos de atendimento. Verificamos também que a dificuldade de acesso ao IPPMG surgiu nesses registros de prontuário, problema que já apontamos anteriormente. No entanto, os dois últimos motivos da tabela, identificados em três casos, diziam respeito especificamente ao atendimento realizado no AF e denotam tanto a desinformação quanto temores sabidamente existentes nas situações de abuso sexual.

4.5.3 – Média de consultas comparecidas por paciente

O número de consultas comparecidas, por paciente, durante o acompanhamento no AF variou de 1 a 17 nos casos estudados. Ressaltamos que 78,3% das famílias compareceram a até seis consultas, sendo a **média de consultas comparecidas por paciente** igual a 4,7 e a mediana, três consultas. A distribuição do número de consultas está apresentada no gráfico 9.

Gráfico 9
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF,
segundo o número de consultas comparecidas por paciente.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=129)



As consultas acima referem-se àquelas realizadas pelos pediatras, pela enfermeira e pela assistente social. Não foi possível incluir as consultas das psicólogas, uma vez que, nos primeiros anos de funcionamento da equipe do AF, tais registros eram feitos irregularmente no prontuário. Ainda atualmente, muitas vezes os registros da psicologia são feitos *a posteriori* – de tempos em tempos são repassados aos prontuários alguns resumos ou apenas os registros de comparecimento ou de faltas em determinadas datas. Assim, teríamos uma grande imprecisão se incluíssemos essas consultas na pesquisa.

Tendo em vista que o serviço não estabeleceu metas em termos de número mínimo de consultas a serem realizadas para cada vítima de abuso sexual (ou para qualquer outro tipo de abuso), não podemos concluir se a média encontrada está adequada ou não aos objetivos estabelecidos pelo serviço.

A variedade de situações que se apresentam na prática torna difícil a definição de rotinas desse tipo. Como já vimos anteriormente, o AF atende aos mais diferentes tipos de abuso sexual, cujas crianças e seus familiares podem estar reagindo à situação das mais diferentes maneiras, a criança pode estar ou não protegida de um outro episódio de abuso, os agressores podem estar presentes ou distantes da rotina da criança, dentre outras variáveis que fazem com que o planejamento do acompanhamento seja peculiar a cada caso.

Não encontramos, na literatura, orientações em termos de número de consultas ou intervalo de tempo sugerido entre elas no acompanhamento de vítimas de abuso sexual. Um único trabalho, que já citamos anteriormente (Kassim & Kasim, 1995), mostra sua rotina de realizar no mínimo três consultas antes de levar a situação para discussão em equipe, a fim de decidir as medidas a serem tomadas. Na equipe do AF, durante o período estudado, não houve qualquer discussão sobre número de consultas necessárias ou ideal para as famílias atendidas.

Embora fosse possível estabelecer uma relação entre o número de consultas e o número de meses de acompanhamento de cada paciente, acreditamos que essa relação não expressaria, *per se*, um adequado acompanhamento no serviço. Seria possível, por exemplo, um caso no qual fossem realizadas dez consultas em três meses e a 11ª consulta somente após um ano de interrupção do acompanhamento. Teríamos, então, 11 consultas em 15 meses, o que à primeira vista seria interpretado como um bom acompanhamento, quando na realidade não o teria sido. Optamos, então, por não utilizar tal parâmetro.

Na pesquisa realizada no IPPMG para detecção de anemia entre lactentes a que já nos referimos (Rodrigues et al, 1994), a verificação da adequação do número de consultas foi mais fácil, devido à existência de recomendação do Ministério da Saúde (MS) para o acompanhamento pediátrico nos primeiros anos de vida. Verificou-se, então, que 11,1% das crianças tinham tido “frequência inadequada” ao serviço, ou seja, não seguiram o cronograma mínimo recomendado pelo MS. Em relação às consultas de nutrição, verificou-se que apenas 25% das crianças haviam tido o número mínimo de consultas proposto pelo serviço.

Talvez seja possível traçar para o AF, como no exemplo acima, um número mínimo necessário ou aceitável de consultas para a fase de investigação, por exemplo. A partir daí seria possível planejar um tempo de acompanhamento, de acordo com o que foi concluído na fase investigativa, ainda que diante da grande variedade de situações que se apresentam.

4.5.4 – Proporção de notificação dos casos

O formulário para notificação dos casos atendidos no AF foi elaborado no início das atividades assistenciais, e posteriormente adaptado aos padrões da ficha de notificação

compulsória da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, de modo que se pudesse manter a identidade do AF e atender às normas existentes (anexo 11).

Verificamos que 89 dos 129 casos de abuso sexual estavam notificados, ou seja, a **proporção de notificação dos casos** foi igual a 69%. Destes, 74 para os Conselhos Tutelares (83,1%); 28 para Delegacias de Polícia, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) ou Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), correspondendo a 31,5%; 11 para órgãos judiciários como Juizados da Infância e da Juventude, Varas de Família e Promotorias (12,4%); e 1 caso para o SOS- Criança da ABRAPIA (1,1%). Tais percentuais mostram que algumas situações foram notificadas para mais de um local.

O primeiro aspecto a ser comentado a respeito desses resultados é a diversidade de locais para os quais foram encaminhadas as notificações, consequência direta da autoria da notificação. Considerando que alguns abusos foram notificados por mais de um autor, verificamos que familiares foram responsáveis por notificações em 50,6% dos casos, profissionais do AF em 44,9%, profissionais de saúde de outras instituições em 6,7% e outros autores – vizinhos, profissionais de educação, médicos da enfermagem do IPPMG – em 7,9%.

Cabe ressaltar que todas as notificações do AF são enviadas para os Conselhos Tutelares (CT). Em poucas situações cujas famílias residem em locais onde os CT ainda não foram implantados ou cujos CT não atuaram de acordo com as necessidades da família, as notificações foram encaminhadas para outras instâncias do poder judiciário. Em nenhum caso o AF encaminhou notificação ou orientou a família a buscar atendimento em Delegacias de Polícia.

O segundo aspecto diz respeito ao baixo índice de notificação para os Conselhos Tutelares. Se considerarmos que apenas 74 dos 129 casos de abuso sexual foram notificados para algum Conselho Tutelar, temos uma **proporção de notificação para o CT** igual a 57,4%, quando legalmente deveria ter sido de 100%.

Em 1998, foi posto em discussão o fato do AF não estar cumprindo o que determina o ECA: notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos. Na ocasião, havia quase 200 pacientes registrados no serviço e apenas 50% dos abusos haviam sido notificados. Segundo avaliação da equipe na época, isso ocorria por se entender que não havia necessidade de notificação, uma vez que o CT não tomaria medidas muito diferentes daquelas já implementadas pelo AF. Apesar disso, a equipe se preocupava com o descumprimento da determinação legal de notificar e com a não contribuição do serviço para a obtenção de dados estatísticos que dimensionam a violência.

Por diversas vezes no período estudado, discutiu-se a necessidade de compreender a razão de não serem feitas as notificações como determina o ECA. Chegou-se a analisar a

questão junto ao CT de Ramos. Até o presente, no entanto, muitas situações atendidas não são notificadas. O relatório do AF de fevereiro de 2001 mostrou que apenas 43,2% de todos os casos atendidos no serviço estavam notificados.

No início de 1999, a equipe realizou ampla discussão sobre a notificação, sendo levantados os seguintes pontos:

- a) a equipe tinha dúvidas a respeito da eficiência do CT na condução dos casos; dúvidas quanto à duplicidade de papéis, tanto do AF, quanto dos CT; preocupação quanto aos riscos de desgaste da família e de exposição desta a possíveis suspeitas infundadas, apesar de perceber os benefícios da notificação, tais como o estabelecimento de parceria com os CT e, conseqüentemente, melhor condição de resolver questões legais;
- b) a indecisão do profissional em definir a melhor oportunidade para notificar, tomado de ansiedade face à responsabilidade de escolher o melhor para o paciente, considerando a gravidade, o vínculo com a família, a segurança de retorno do paciente às consultas e o risco de vida ou de reincidências do abuso etc.;
- c) a notificação poderia causar os mais diversos impactos, sendo difícil prevê-los no momento da sua realização. Tais impactos poderiam ocorrer em diversos níveis:
 - para a família: positivo (ajudaria a proteger a criança) ou negativo (pressão pelo agressor ou outros familiares);
 - para o abuso: poderia diminuir, cessar ou se manter;
 - para o AF: poderia piorar a relação com a família, poderia passar a ser parceiro do CT e da família, poderia passar a dividir responsabilidades com o CT;
 - para o profissional: legitimidade e fortalecimento nas decisões compartilhadas e risco de ser ameaçado, principalmente pelo abusador.
- d) haveria objetivo duplo na notificação: colaborar com as estatísticas – sob este aspecto, 100% dos maus-tratos deveriam ser notificados – e resolver a questão do abuso, protegendo a criança. Este último objetivo não justificaria notificar todos os casos;
- e) o AF trabalha com inúmeros CT, mas há municípios sem CT, com os quais há necessidade de lidar com outras instâncias. Assim, não seria possível estabelecer parceria fixa para trabalhar, ficando difícil criar vínculos e prever as ações que seriam desencadeadas após uma notificação;
- f) a equipe recebia ampla diversidade de situações que interferiam na decisão de notificar: 1) casos que já chegavam notificados, só para acompanhamento; 2) mesmo com abuso confirmado e reconhecido pela família, havia alguns familiares que concordavam com a notificação ou opunham pouca resistência a ela, enquanto outros eram muito resistentes à notificação; 3) os casos suspeitos não representavam uma categoria homogênea,

demandando diferentes tratamentos; 4) alguns pacientes haviam sido atendidos anos após o abuso, a situação de risco já havia sido resolvida e era necessário lidar apenas com as conseqüências; 5) situações agudas, confirmadas, de “leves” abusos, talvez pudessem ser resolvidas no âmbito do AF;

g) todos concordavam, no entanto, que situações de grave risco para a segurança da criança ou abandono do acompanhamento deveriam ser notificados imediatamente.

Ainda em 1999 verificou-se em equipe que havia dois “blocos” de situações a serem notificadas naquele momento pelo AF: aqueles casos nos quais havia necessidade de alguma ação do CT e outros que já estavam sendo acompanhados pela equipe e julgava-se não ser necessária ação do CT. Os motivos identificados na época para a não notificação seriam a falta de fundamentação das suspeitas e a possibilidade de ameaças à família ou ao profissional. O CT de Ramos informou à equipe que ao receberem uma notificação seria necessário estabelecer alguma medida, ainda que fosse apenas exigir o acompanhamento no AF. O AF tinha a intenção de listar todos os casos não notificados até então, para que fossem regularizados perante os CT, o que não veio a ser feito.

Durante o período de observação do serviço foram raras as vezes em que foi colocado em pauta o temor do profissional notificar um caso por sentir-se ameaçado. Para o profissional do AF, não existe possibilidade de notificação “anônima”, pois facilmente a família relaciona a notificação ao profissional do serviço. Em discussão a esse respeito com um conselheiro tutelar e com a profissional que fez o treinamento da equipe do AF em 1996, verificamos que ambos concordavam que, nessas situações, a melhor opção seria limitar-se às ações que não colocassem em risco os profissionais, o que na área da saúde pode significar um motivo para que a notificação fique comprometida. É importante ressaltar, mais uma vez, que o risco profissional não tem sido um fator relevante na experiência do AF. Foi mais comum o receio de que a notificação causasse problemas para os familiares envolvidos na proteção à criança, muitas vezes ameaçados pelos agressores.

Situações desse tipo são sempre difíceis para o profissional do AF, uma vez que a proteção da família foge às suas possibilidades de atuação. Quando podem ser previstos riscos desse tipo, a equipe, em geral, fica bastante temerosa em relação a proceder à notificação, e se há a percepção de que a criança está protegida, muitas vezes opta-se por não notificar. Se a criança corre qualquer risco procede-se à notificação, utilizando-se o recurso de contatar diretamente o CT ou registrar na notificação a preocupação da equipe com o familiar.

Um trabalho realizado por Tilden (1994) com diversas categorias de profissionais de saúde (higienistas dentários, dentistas, enfermeiras, médicos, psicólogos e assistentes sociais) mostrou que embora um melhor nível de educação formal no assunto aumente a suspeita, isso

não influencia na notificação de abuso já que os profissionais temem pelas conseqüências que ela pode trazer para a família. O autor acredita que seus dados servem para orientar os educadores para a necessidade de expandir o currículo em violência familiar e para informar aos legisladores sobre a necessidade de reverem as leis que obrigam a notificação considerando os serviços de proteção disponíveis.

Parece haver um tempo ótimo para proceder à notificação, no qual algumas condições estariam garantidas: uma história suficiente para fundamentar a notificação; um vínculo estabelecido, capaz de apoiar as possíveis conseqüências decorrentes da notificação; e o conhecimento das possibilidades da família em lidar com o abuso e proteger a criança. No entanto, com o passar do tempo pode tornar-se mais difícil notificar, já que os benefícios deste procedimento ficam menos evidentes e a negociação com a família mais difícil na medida em que o profissional está mais envolvido emocionalmente.

Seja qual for o motivo, e ainda que por opção, por acreditar que não haverá benefícios para o paciente, percebe-se que a decisão de não notificar causa angústia aos profissionais do AF, e gera cobranças dentro da própria equipe. As repetidas vezes que o assunto volta à pauta de reunião da equipe expressam que essa não é uma questão resolvida.

A equipe conseguiu definir, no grupo focal, alguns critérios que utilizam na prática para proceder à notificação. Seriam eles:

- 1) o risco para a criança;
- 2) a necessidade e/ou a possibilidade da família ou do AF obterem alguma ajuda por parte do CT;
- 3) a avaliação de que o impacto será positivo para a família;
- 4) a necessidade de mostrar para a família que há possibilidade de repercussões mais sérias se os maus-tratos persistirem, podendo lançar mão de uma série de medidas próprias dos CT;
- 5) apenas para fins de informação, nas situações que chegam ao serviço com várias medidas (inclusive legais) já em andamento.

As principais dificuldades atualmente enfrentadas pela equipe para proceder à notificação, segundo os próprios profissionais do AF, são as seguintes:

- 1) a incerteza em relação à receptividade e aos desdobramentos que serão dados pelos CT, que variam muito não apenas entre Conselhos, como também entre os conselheiros de um mesmo CT, desencadeando as mais diversas repercussões para as famílias, imprevisíveis sob a ótica de quem notifica;
- 2) a possibilidade de a notificação afetar a relação estabelecida com a família, ainda que esta previamente tome ciência do procedimento;

- 3) o teor da notificação, que deve conter os fatos apurados e o que se deseja do CT, mas ao mesmo tempo precisa transmitir a preocupação com a situação do suspeito da agressão ou do agressor, especialmente quando os acusados de cometerem abuso sexual são adolescentes;
- 4) os riscos que a notificação pode trazer para algumas famílias cujos agressores representam ameaça à integridade de seus membros caso haja denúncias das agressões que cometeram;
- 5) a decisão do momento mais apropriado para notificar, no processo de acompanhamento da família. À exceção do risco iminente de vida ou de elevada possibilidade de reincidência, situações nas quais a notificação é imediata, tal decisão fica a cargo da equipe;
- 6) as suspeitas pouco ou nada fundamentadas que chegam ao serviço.

Enquanto no nosso país o ECA determina que todos os casos suspeitos sejam notificados, sem que haja normas técnicas que orientem os profissionais a esse respeito, nos EUA, onde existem leis semelhantes, a Academia Americana de Pediatria elaborou *Orientações para a Tomada de Decisão na Notificação do Abuso Sexual de Crianças* (AAP, 1999). O documento prevê que o profissional, com base na história, no exame físico e nos exames laboratoriais, trabalhe com diferentes “níveis de preocupação” sobre a ocorrência de abuso sexual. Estes níveis se distribuem em: *nenhuma* preocupação; *variável*, dependendo do comportamento da criança; *baixa*; *intermediária*; *elevada*; ou *muito elevada*. A decisão pela notificação se dará de acordo com a inclusão da situação apresentada em uma dessas categorias, podendo o profissional concluir por não notificar; por fazer um acompanhamento de perto e possivelmente notificar; ou por notificar de imediato.

Percebe-se, portanto, que mesmo havendo a obrigatoriedade da notificação, a AAP prevê que certas suspeitas, especialmente aquelas baseadas exclusivamente em alterações de comportamento ou em achados de exame físico inespecíficos, não sejam notificadas de pronto, merecendo avaliação que pode fundamentar ou não a suspeita, conseqüentemente levando ou não à necessidade de notificar *a posteriori*.

No AF essas orientações não chegaram a ser discutidas em equipe, embora a decisão de notificar seja tomada levando em consideração uma série de fatores e após discussão do caso em equipe.

O envio de cópia das notificações para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, conforme recomendado por lei, não tem sido realizado de forma sistemática por todos os profissionais do AF. Foram alegadas dificuldades de ordem prática (nem sempre consegue-se facilmente os meios para o envio, por fax ou por correio) e a falta de retroalimentação de informações da própria secretaria para o AF.

O tema da notificação dos maus-tratos foi também abordado com todos os entrevistados. Dentre os profissionais do IPPMG, foi possível perceber que há o conhecimento de que a notificação faz parte da atuação nos casos, porém há dúvidas sobre como proceder frente às demandas legais e sobre os benefícios e riscos da notificação. A relação dos profissionais externos ao IPPMG com o sistema legal surgiu nas entrevistas sob diversos ângulos: descrença nos resultados das notificações, necessidade de estruturação do serviço de saúde para um melhor contato com as instâncias legais e o estresse pela obrigatoriedade de se proceder à notificação.

Os responsáveis entrevistados mostraram insatisfação pela lentidão com que as questões referentes às suas crianças são tratadas na Justiça, e mostraram ter noção dos papéis desempenhados pelo AF e por outras instâncias, não culpabilizando o serviço por questões que não são de sua responsabilidade. Ainda que não haja confusão de papéis, na prática percebe-se que há cobrança dos familiares no sentido de que o AF interfira junto aos CTs ou à Justiça na tentativa de melhorar o andamento de algumas questões.

4.6 – Dificuldades dos profissionais para lidar com o abuso sexual

Como já apontamos anteriormente, muitas são as dificuldades enfrentadas por aqueles que se vêem envolvidos com o abuso sexual, sejam as vítimas, seus familiares, os profissionais ou a sociedade. Embora vários aspectos relacionados a esse tema estejam inseridos em outros tópicos desta pesquisa, achamos conveniente destacar alguns ainda não abordados.

Os profissionais do AF identificaram algumas peculiaridades próprias do abuso sexual que os fizeram considerar esse tipo de abuso o de mais difícil manejo:

“É mais difícil de lidar porque você está trabalhando com a questão de valores, da cultura, a questão do próprio tabu mesmo, de falar da própria sexualidade.”
[AF 3]

“Mas esse tipo de abuso, pelo menos no que eu posso avaliar, pra família tem sido muito doloroso estar lidando com essa questão.” [AF 6]

“...é que o abuso sexual cria uma perspectiva de futuro que é catastrófica: pode ser a possibilidade da transmissão de uma DST irreparável, que seria a Aids.”
[AF 1]

“Exatamente por conta dessa ansiedade que a mãe traz, a ansiedade que a família traz, o desespero de ter causado algum dano. Eles ficam morrendo de medo. Que posição eles vão tomar? Porque qualquer posição que possam tomar vai gerar algum tipo de consequência, ou social ou abandono da família.” [AF 3]

Esses profissionais percebem, ainda, que algumas situações de abuso sexual são de abordagem mais difícil que outras:

“É mais difícil também de se trabalhar quando o abuso ocorre intrafamiliar. Isso causa um certo constrangimento... Principalmente quando se dá com agressor adolescente, também.” [AF 5]

“É abuso crônico... É quando a família sente que não conseguiu proteger...” [AF 3]

“Problema pra mim é quando o abuso não tá revelado: quando estão tentando esconder ou não sabem.” [AF 2]

Foi possível verificar que os responsáveis, de fato, trazem muitas angústias ligadas ao abuso sexual, que devem ser identificadas e abordadas pelos profissionais do AF. São exemplos os sentimentos de culpa e medo relatados pelos responsáveis entrevistados nesta pesquisa:

“...acontece dentro da minha casa também e eu sou a responsável, eu é que tenho que tomar conta, eu é que tenho que educar e ver se tem alguma coisa de errado, observar melhor, não ser tão displicente.” [responsável 1]

“O fato disso ter acontecido não foi nem só por culpa minha, né? Eu tinha deixado ela dormindo, aí desci pra dar um telefonema, quando eu voltei ele tinha entrado na minha casa e tinha feito isso com ela.” [responsável 5]

“...hoje eu sou uma mulher amedrontada... eu acho que ele [o agressor] é uma pessoa capaz sim, de atentar contra a vida da filha e contra a minha vida.” [responsável 7]

Apesar de o abuso sexual despertar vários sentimentos nos envolvidos, como citaram os profissionais do AF, notamos que o medo foi a sensação predominante entre os demais profissionais entrevistados:

“... às vezes eu tenho dificuldade de dosar se o risco realmente é grande ou não... eu fico pensando: será que eu não estou com medo demais, não é um medo exagerado, será que não é hora de peitar esse agressor e livrar essa menina?... Quer dizer, eu tenho um pouco de dificuldade, e é lógico que a gente sofre muito. Fico numa encruzilhada muito grande.” [IPPMG 4]

“... e a mãe tem medo de falar e eu também tenho medo.” [IPPMG 5]

“Porque pra gente atender tem que estar notificado. Pra gente poder fazer o nosso trabalho e não ficar preocupado com os riscos e outras coisas, né?” [profissional externo 3]

“O abuso sexual, ele ainda é tabu inclusive pros profissionais. Todo mundo tem muito medo de levar adiante, até por não saber, se fizer alguma coisa errada,

como vai acontecer. A gente nunca sabe se a gente pode deixar o agressor... eu ainda encontro muitos profissionais de saúde com muito medo de abrir a boca, com muito medo de se comprometer.” [profissional externo 4]

O medo do envolvimento pessoal relatado por esses profissionais não foi destacado como fator relevante no processo do atendimento pelos profissionais do AF, nem pelas duas integrantes do CT entrevistadas. É possível que a experiência adquirida com a prática, aliada ao compromisso de proteger a criança, faça com que esses profissionais superem, de certa forma, esse tipo de sentimento.

Uma das grandes dificuldades para o enfrentamento do abuso sexual relatada pelos profissionais entrevistados, à exceção das profissionais do CT, é a necessidade de ter de lidar com a multiplicidade de fatores envolvidos:

“O caso de abuso sexual sempre envolve uma questão familiar muito desorganizada.” [IPPMG 1]

“Porque abuso sexual é muito difícil... a gente precisava ter mais terapia individual... A gente precisa de mais profissional de saúde mental para poder, às vezes, participar da consulta, para ter uma interconsulta, não é nem acompanhar, mas atender junto com a gente, para a gente ter uma abordagem melhor.” [IPPMG 4]

“É uma série de implicações, é um multifatorial de problemas... Porque as coisas são muito vagas, até: elas se misturam com problemas econômicos, com psicológicos... Elas são muito imbricadas, entendeu?... se pega uma criança que é violentada, a mãe tem uma série de outros problemas.” [IPPMG 5]

“Mas a dificuldade maior é quando... são os litígios dentro da família.” [profissional externo 1]

“... sobre adoção, destituição de pátrio poder, enfim tem tudo isso envolvido. Quando tem uma história de abuso sexual muita coisa pode ir por aí: o encaminhamento jurídico... o que a gente acha é que a situação de violência traz, mas nem sempre faz ficar e faz continuar. Às vezes nem é o mais importante... Essa situação de isolamento, de medo, de pânico, de tirar do colégio, de tudo...” [profissional externo 3]

Além da carência de formação para enfrentar tamanha diversidade de fatores, sabemos que há precariedade de serviços de suporte na rede pública que auxiliem as famílias e os próprios profissionais, o que torna o atendimento ainda mais complexo.

Os profissionais do IPPMG relataram outras dificuldades, de diversos níveis, que parecem depender do tipo e do grau de envolvimento que esses profissionais têm com as vítimas de abuso sexual. Assim, foram citadas dificuldades em despistar as meninas para o exame físico após um abuso sexual; na identificação do abuso; em proceder à notificação; e quanto aos procedimentos legais que devem ser tomados.

Os abusos intrafamiliares e o abuso negado pela família foram citados pelos profissionais externos como os de mais difícil abordagem, à semelhança da experiência dos profissionais do AF. A sobrecarga de trabalho, tanto pelo excesso de atendimentos quanto por dinâmicas de trabalho inadequadas, foi destacada pelos profissionais do CT como um entrave ao atendimento às vítimas.

A presença dos alunos foi identificada como problemática para os profissionais do IPPMG. O alunado se envolve com os casos nos diversos setores onde desenvolve suas atividades práticas, fazendo com que a equipe se depare com outro tipo de problema, além do relativo à privacidade que já relatamos anteriormente: seus conhecimentos teóricos e práticos são testados e questionados pelos alunos.

No entanto, acreditamos que o alunado pode estimular o profissional a obter mais conhecimentos a respeito do assunto, a fim de evitar situações constrangedoras como a relatada a seguir:

“Num atendimento que eu fiz, os alunos questionaram: escuta, mas essa criança vai voltar para casa, se você suspeitou do abuso? Ela vai ficar aqui? Eu não sabia o que fazer.” [IPPMG 3]

Um profissional externo que se referiu à presença de alunos no consultório observou que essa é uma “situação contornável” quando se tem experiência no atendimento das vítimas. Certamente a precária formação dos profissionais do IPPMG para o atendimento de vítimas de abuso sexual, admitida por eles próprios, contribui para a insegurança na transmissão de conhecimentos relacionados ao tema.

Pode-se concluir que a formação no assunto, a experiência do profissional e as condições adequadas de trabalho ajudam a superar as dificuldades inerentes ao atendimento das vítimas de abuso sexual.

5 – Avaliação dos resultados do atendimento

Ao procedermos esta etapa da pesquisa, nos deparamos com a dimensão da complexidade de avaliar resultados, especialmente quando envolvem o cuidado social, ressaltada por Bowling (1997). Encontramos três problemas principais para avaliar os resultados do atendimento prestado pela equipe do AF às vítimas de abuso sexual.

O primeiro deles é a complexa gama de alterações clínicas e psicossociais, em sua maior parte inespecíficas, que envolvem eventos dessa natureza – abuso sexual – e que dificultam a identificação da relação causa-efeito entre o abuso e as manifestações

apresentadas pela vítima à primeira consulta. Como consequência, torna-se difícil a observação da relação entre as ações praticadas no serviço e os resultados obtidos.

O segundo, relacionado diretamente ao anterior, é a atuação de diversos profissionais e instituições em um mesmo caso, o que não permite julgar com precisão qual deles desencadeou determinado evento positivo ou negativo. Como sabemos, os resultados decorrem de um conjunto de ações e dependem da vítima, dos familiares, do meio social em que estão inseridos e dos diversos serviços que participaram do atendimento. Individualizar uma das instâncias (no caso o AF), dentro desse contexto, nem sempre foi possível.

O terceiro problema é comum a quem trabalha com prontuários como fonte de dados: registros insuficientes ou não sistematizados de forma a permitir uma captação satisfatória dos resultados do atendimento.

Tendo em mente essas questões, apresentaremos alguns aspectos dos resultados do atendimento prestado às vítimas de abuso sexual, que conseguimos obter através desta pesquisa. Entendemos que o AF, ainda que não seja o único responsável pela evolução dos casos que atende, tem co-responsabilidade em muitas das ações que são implementadas e o compromisso de identificar os resultados alcançados junto às famílias que chegaram até o serviço, buscando sempre o melhor possível para cada situação que se apresente.

5.1 – Satisfação da clientela

A equipe do AF acredita que a maior motivação dos responsáveis, na busca por atendimento hospitalar para crianças vítimas de maus-tratos, se faz pelos aspectos orgânicos presentes nas situações de abuso:

“Principalmente quando a criança vem por um abuso sexual, existe essa preocupação da família em ver se houve seqüela física na criança. Então existe essa ansiedade de buscar no pediatra essa avaliação.” [AF 4]

Apesar disso, os profissionais do serviço reconhecem também a expectativa dos familiares de solucionar outros problemas mais gerais:

“ [a família] quer saber o que vai acontecer, se ele [agressor] vai ser preso, o que vai acontecer, o que a gente vai encaminhar.” [AF 3]

“Eu acho que isso, não só no abuso sexual, mas [especialmente] no sexual isso é muito importante, você tem pelo menos três tipos de reparação que a família, você percebe que ela está esperando. Uma é a reparação clínica quando a questão é clínica; outra é a reparação psicológica, que se dá a longo prazo e nem sempre querem porque não têm noção do impacto disso a longo prazo...; e a reparação social, que passa pela questão jurídica e tal.” [AF 1]

Uma diversidade de expectativas sobre o atendimento do AF foi evidenciada nas entrevistas realizadas com os responsáveis, como mostram os seguintes depoimentos:

“... eu imaginava que uma psicóloga fosse conversar comigo, pra saber exatamente o que tinha acontecido, e me explicasse como eu deveria proceder diante de toda essa situação.” [responsável 1]

“Eu tentei provar, deixei a criança vir pra cá e tudo...” [responsável 3]

“... aqui deve ter um atendimento hospitalar, pensei que fosse fazer corpo de delito, alguma coisa a ver com Juizado de Menores, né?” [responsável 4]

“... deve ser assim, um papo, um trabalho junto com algumas famílias, com mães na mesma situação.” [responsável 6]

“... exame ginecológico, passasse na psicologia, na assistente social...vim pra cá com a documentação fazer o tratamento, o acompanhamento...” [responsável 7]

Percebe-se, nessas entrevistas, que quando a expectativa é mais imediatista – conseguir uma consulta ou obter o resultado de um exame, por exemplo –, a demora em alcançá-la torna-se um maior sofrimento para a família. É importante que o profissional do AF desenvolva seu trabalho sem perder de vista a expectativa da família ao chegar ao AF, expressando claramente quando tais expectativas não correspondem aos objetivos do serviço. Essa atitude pode ser determinante na adesão ao tratamento proposto pelo serviço.

Uma vez que a maioria dos pacientes chega ao AF através de encaminhamentos, algumas possibilidades podem explicar a diversidade supracitada: profissionais os encaminharam desconhecendo os objetivos do AF; profissionais os encaminharam sem explicitar os objetivos do AF; os responsáveis não compreenderam os objetivos do AF.

Verificamos que, de fato, os profissionais entrevistados (do IPPMG e externos à instituição) mostraram, em geral, ter uma expectativa de atendimento integral à criança no AF, abrangendo as áreas médica, psicológica, social e legal, incluindo ações de cunho imediato, como proteção e tratamento de lesões, e de longo prazo, como a prevenção de seqüelas. Os profissionais do IPPMG relataram expectativas ainda mais abrangentes, esperando que o AF proporcione bem-estar, vida saudável aos pacientes ou até mesmo que a criança se torne um adulto saudável.

A satisfação com o atendimento foi atribuída, pelos responsáveis, não apenas aos resultados alcançados, como veremos adiante, mas também à competência e à forma com que são tratados pelos profissionais que atendem no AF e no IPPMG como um todo.

A percepção dos profissionais do AF em relação à satisfação da clientela não se mostrou consensual. Há quem considere que as famílias têm suas necessidades atendidas baseando-se tanto nos relatos dos próprios responsáveis no decorrer dos atendimentos, como na resistência que demonstram no momento da alta e no desejo de alguns responsáveis em envolver outros familiares no atendimento, de modo que também possam se beneficiar das orientações que recebem da equipe. De fato, essas parecem ser demonstrações de satisfação com o atendimento.

Por outro lado, surgiu o questionamento na equipe sobre essas impressões não serem suficientes para avaliar a satisfação da clientela, sendo necessário um estudo direcionado para esta questão.

A equipe tem discutido a importância de distinguir as expectativas das famílias e as dos profissionais que as atendem, que podem ser muito diferentes. A experiência tem mostrado que muitas vezes a família se satisfaz com menos do que o profissional do AF acha necessário para a boa condução do caso, o que torna a continuidade do acompanhamento bastante difícil, uma vez que ela passa a não ter mais motivação para comparecer ao serviço.

Resumindo, foi possível verificar que as expectativas em relação aos resultados do atendimento do AF são bastante abrangentes, não apenas por parte da clientela, mas também por quem a encaminha. Embora haja a impressão generalizada de que as famílias estejam razoavelmente satisfeitas com o atendimento, há necessidade de uma pesquisa mais aprofundada a respeito, pela diversidade de fatores envolvidos na questão.

5.2 – Modificações na dinâmica familiar

Sendo um dos objetivos do serviço trabalhar os conflitos familiares, buscamos nos prontuários indícios das ações do AF no sentido de melhorar a dinâmica familiar, geralmente afetada quando ocorre um abuso sexual com um de seus componentes, seja o agressor intra ou extra-familiar.

A preocupação dos profissionais com as relações familiares está registrada na maioria dos prontuários: em apenas 3 dos 129 casos (2,3%) não havia qualquer referência à dinâmica familiar no decorrer do acompanhamento. Através da revisão dos prontuários foi possível verificar que:

1. não há consenso entre os profissionais sobre os fatores a serem verificados na dinâmica familiar, embora alguns dados sejam mais frequentemente registrados: a estrutura familiar e suas possíveis alterações decorrentes do abuso; a relação entre os familiares e alguns fatores desestabilizadores tais como violência interpessoal,

- desemprego, uso de álcool e drogas ilícitas; e a avaliação do contato entre agressor e vítima;
2. a dinâmica de muitas famílias atendidas no AF já era bastante conturbada antes da ocorrência do abuso sexual, tornando difícil atribuir ao abuso os distúrbios agora identificados;
 3. muitas questões que afetam a dinâmica familiar estão fora do alcance das ações diretas do AF e dependem do Conselho Tutelar e/ou da rede social de apoio da família para implementação de mudanças;
 4. o acompanhamento psicoterápico é fundamental para implementar modificações na dinâmica familiar. Esse, no entanto, é justamente o tipo de abordagem que as famílias têm mais dificuldades para aceitar;
 5. como já apontamos anteriormente, os registros da atuação das psicólogas do AF nem sempre constam do prontuário, dificultando ainda mais a análise da dinâmica familiar, cujo maior enfoque se dá naquele ambiente terapêutico.

A dinâmica familiar é um aspecto bastante comentado nas discussões de casos, pela capacidade que tem de afetar diretamente a atuação da equipe, quer ajudando, quer dificultando as ações propostas. Os depoimentos de profissionais da equipe do AF ilustram os limites que as complexas situações de vida impõem à atuação do serviço e a importância de reconhecê-los e aceitá-los:

“De alguma maneira é muito doloroso, mas o nosso avanço é de admitir que existem limites para as situações, também. Que nós não vamos nunca poder resolver tudo. Mas dentro desses limites, e dos limites das famílias, das situações e das problemáticas, sempre tem um tanto que a gente consegue acrescentar ou fazer. Mesmo que não seja o que a gente desejaria, ou achasse que seria o ideal para a situação. Então isso volta sempre, e volta como aquele trabalho de lidar com as nossas frustrações... Trabalhar com gente com problemas sociais é lidar com essas frustrações de nossa parte também. Isso a gente tem tentado ver aqui. Muitas vezes a gente tem um avanço, de reconhecer isso.” [AF 4]

“Pode ter um desejo de mudar as relações familiares, que são estabelecidas talvez por gerações, e que a gente tenha a pretensão de querer mexer nisso, ou não: a gente tem que ter a noção desse limite e dizer ‘até aqui nós fomos, está ótimo’.” [AF 1]

Identificamos muitos problemas em relação à dinâmica familiar dos pacientes atendidos no AF e muitos limites de atuação da equipe nesse campo. No entanto, o registro não sistematizado de dados referentes a esse tema impediu o estabelecimento de critérios de avaliação a partir do conteúdo dos prontuários. Sendo assim, não foi possível verificar se, de

fato, as ações do AF imprimiram mudanças nas dinâmicas familiar e, se as imprimiu, a dimensão em que o fez.

5.3 – Indicadores de resultado

5.3.1 – Proporção de resultados clínicos satisfatórios

Houve certa dificuldade na análise dos aspectos clínicos, pois nem sempre os sintomas relatados nos prontuários estavam claramente relacionados ao abuso sexual, como referimos anteriormente. Além disso, no decorrer do acompanhamento percebemos períodos alternados de melhora e de piora clínica dos pacientes, relacionados com diversos aspectos do contexto familiar, psíquico e social.

Não estabelecemos, nesta pesquisa, um tempo mínimo esperado para a obtenção de qualquer resultado. Tal opção decorreu de alguns fatores, tais como a inexistência desse parâmetro na literatura consultada, a falta de uma expectativa própria estabelecida pelo serviço em relação a um tempo mínimo esperado para alcançar algum resultado e um questionamento se haveria, de fato, um tempo ou um número de consultas mínimo para a obtenção desses resultados.

Sendo grande a diversidade de situações que se apresentam, as expectativas de melhora costumam ser individualizadas. Assim, na prática, uma forma de avaliar a melhora, bastante utilizada pela equipe do AF, é comparar a situação no momento de chegada com a situação na consulta que está sendo discutida. Desta forma, pequenos avanços podem ser notados caso a caso, sendo as expectativas adaptadas a cada situação apresentada inicialmente ao serviço.

Não sendo objetivo desta pesquisa uma análise aprofundada das situações de abuso sexual em si, e não estando os aspectos clínicos sistematizados nos prontuários, tomamos duas decisões para viabilizar a avaliação dos resultados clínicos alcançados durante a atuação do AF: a) avaliar como um só bloco todos os aspectos clínicos referidos (físicos, emocionais e/ou comportamentais); b) considerar as mudanças do quadro clínico comparando os relatos da primeira consulta com o quadro descrito na última consulta do AF registrada no prontuário.

Os resultados clínicos que conseguimos resgatar encontram-se na tabela 8. Foram excluídos desta análise 27 casos, que representaram aqueles que tiveram consulta única e aqueles cujos quadros clínicos não constavam na primeira e/ou na última consulta, ambas as situações impeditivas da avaliação da evolução clínica.

Tabela 8
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF,
segundo os resultados clínicos obtidos.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=102)

Resultado	Nº de casos	Percentual
Sem manifestações clínicas nos dois momentos	18	17,7%
Melhora das manifestações clínicas	13	12,8%
Regressão total das manifestações clínicas	47	46%
Manutenção do quadro clínico existente	21	20,6%
Aparecimento de novas queixas relacionadas ao abuso sexual	3	2,9%
Total	102	100%

A **proporção de resultados clínicos satisfatórios** foi de 58,8%, considerando a soma das duas categorias destacadas na tabela, tal como definimos o indicador.

Cabe observar, no entanto, que manter a criança sem apresentar manifestações clínicas ou mesmo manter estável um quadro existente, pode também representar resultado satisfatório, se considerarmos que o paciente poderia desenvolver manifestações indesejáveis não fosse a atuação da equipe. Como Bowling (1997) ressalta, a manutenção do paciente numa condição estável deve também ser considerado um objetivo do tratamento nos serviços de saúde.

Verificando a percepção dos profissionais do IPPMG sobre os resultados alcançados com a atuação do AF observamos que, embora o retorno de informações não ocorra de forma satisfatória, os poucos casos em que se pode avaliar tiveram resultados considerados positivos. Esses profissionais notam que há dificuldade para avaliar os resultados em situações complexas como o abuso sexual, demonstrando conhecimento sobre a diversidade de fatores que influenciam seu alcance e sobre as limitações da atuação do AF: *“tem a parte da família a ser feita”, “acho que vocês têm muitas limitações que não são de vocês”*.

A multiplicidade de fatores que influenciam nos resultados foi também citada pelos profissionais externos ao IPPMG, cuja avaliação da atuação do AF em geral é obtida a partir da satisfação expressa pela clientela àqueles profissionais, e não de dados clínicos objetivos: consideram que se as famílias se sentem atendidas em suas necessidades, o resultado do atendimento é bom. Também aqui são reconhecidas as limitações do atendimento, o que não

foi motivo para se desvalorizar os resultados do trabalho executado pela equipe, ainda que não sejam ideais.

O critério utilizado pela equipe do AF para avaliar os resultados alcançados fora da esfera orgânica é bem vago, “*em função de uma queixa que veio, de uma problemática que veio colocada*”, a partir da qual pode-se comparar “*o quanto foi possível ser trabalhado e organizado*”. Na visão desses profissionais, os resultados podem ser avaliados em três níveis (clínico, psicológico e social), e o alcance deles é diferenciado:

“...o resultado clínico é ótimo: as crianças chegam com as verrugas, são tratadas, quem é estuprado faz cirurgia pra reconstituição do períneo. Isso não tem problema. As fissuras anais, isso a gente dá conta. As coisas clínicas, os corrimentos...” [AF 2]

“Aqui, seguramente, a gente lida com os primeiros efeitos do abuso, da ansiedade da família, ajudar a reestruturar o funcionamento do dia a dia... Isso, de alguma maneira a gente lida e consegue. Quando o abuso foi longo, crônico, nós temos encaminhado pra um processo de atendimento [psicoterápico] mais a longo prazo. Dos que têm vindo fazer o atendimento conosco, eles têm trabalhado um tanto dessa parte, têm seguido o desenvolvimento.” [AF 4]

“...o mais difícil é a gente conseguir atuar nas relações familiares malucas, que a gente tem aqui, e que são independentes do abuso. Já existiam antes e ficam agudizadas no abuso, e aí depois a gente fica acompanhando tempos e tempos e aquilo não sai do lugar. E a gente acaba dando alta.” [AF 1]

Ao serem questionados a respeito dos resultados obtidos com a atuação do AF, foi interessante notar que os responsáveis não se referiram apenas às crianças, mas também a si próprios e às relações familiares. Valorizaram o papel da família na evolução do caso e relataram parâmetros comportamentais para referir a melhora das crianças. Parece que o AF consegue alcançar o objetivo de uma interferência abrangente, que vai além das questões clínicas do paciente, apesar de todas as dificuldades e falhas no atendimento já descritas no decorrer do nosso trabalho.

Alguns depoimentos ilustram esses aspectos, mostrando que o apoio, as orientações e as trocas de experiência proporcionadas pela equipe resultaram em aprendizado por parte dos responsáveis, aumentando sua segurança e tranquilidade e revertendo em relações familiares mais positivas:

“Então me ajudou bastante. A mudança maior foi comigo [mãe]...Teve sim. Nós estamos mais amigos... tudo uniu mais a gente.” [responsável 1]

“As vezes que eu vim aqui [o profissional do AF] conversou muito, tanto com ela quanto comigo... Eu acredito que sim, né, porque ela melhorou muito...” [responsável 3]

“Bom, meu lado, eu me senti mais segura. Porque eu fiquei muito histérica na época, muito desesperada... E ele até esqueceu disso. Já nem comenta... Acho que tem três anos que aconteceu isso. O atendimento ajudou muito.” [responsável 4]

“E todas as vezes que eu tocava no assunto, eu ficava indignada. Depois que eu estive aqui na psicóloga, tem a parte das crianças, tem a parte das mães... então aquilo ali pra mim [grupo de mães] foi tipo uma experiência, a saber conviver com problemas piores que o meu, e saber analisar e saber tirar uma conclusão daquilo tudo e saber lidar com a situação.” [responsável 5].

“Ela voltou realmente a ser criança. A inocência dela, ela estava perdendo isso. Ela está super bem na escola... Nós estamos cada vez mais super agarradas uma à outra... [O AF] ajuda mesmo, orienta, dá apoio psicológico... pra mãe também. Então a mãe precisa também, né? Aqui eu tenho esse apoio, com certeza. Eu estava quase que... não é bem desorientada, não, é perdida mesmo, super mal. Não sabia pra onde ir, não sabia nem... e aqui eu consegui encontrar um caminho.” [responsável 7]

Um outro tema que surgiu das entrevistas com os responsáveis, que consideramos um resultado indireto, foi a influência que a postura do profissional imprimiu na forma deles encararem o problema. Consideramos esse aspecto fundamental na relação profissional/família em qualquer tipo de atendimento, sendo ainda mais importante quando o problema em pauta é tão delicado como o abuso sexual. Alguns depoimentos dos responsáveis ilustram a influência positiva que receberam dos profissionais do AF:

“... eu comecei a imaginar que meu filho [perpetrador do abuso] era um monstro, e [a profissional] me mostrou que não. Que não é um monstro, que poderia ter solução...” [responsável 1]

“Então ela usava pequenos termos, pra não atingir diretamente, e eu comecei a lidar com aquilo como se fosse um acontecido e que... sabe, uma coisa grave, mas que aconteceu.” [responsável 4]

“... e o médico passa aquela preocupação dele, que ele tem com o paciente, né. Ele passa aquilo pra gente e a gente se sente mais confortável, mais segura, e se sente mais confiante.” [responsável 5]

“O tratamento que você tem, a educação que você tem, as informações que você tem, que você vai me passando, vai me tornando mais capaz, eu também vou me humanizando.” [responsável 6]

5.3.2 – Proporção de reincidência

A reincidência de abuso durante o acompanhamento significa uma falha na proteção à criança, em especial por parte da família, que é sua supervisora direta, mas também por parte dos profissionais, que podem ter falhado nas orientações ou na extensão e intensidade das medidas tomadas. Cabe lembrar aqui a importância do papel do Conselho Tutelar na

implementação de medidas protetoras e, por conseguinte, a importância da notificação para a proteção da criança.

Para analisar a ocorrência de reincidência do abuso excluímos 45 pacientes, que corresponderam à soma daqueles que tiveram consulta única (e portanto não foram acompanhados sequer por um período mínimo) com aqueles nos quais não foi possível esclarecer sequer a ocorrência de um primeiro episódio de abuso. Trabalhamos, assim, com 84 pacientes para avaliar a reincidência do abuso sexual, o que foi feito a partir dos registros dos profissionais do AF nos prontuários. Cabe ressaltar que esse é um dado questionado rotineiramente nas consultas subseqüentes dos pacientes, já que há permanente preocupação da equipe sobre a proteção da criança, a interrupção do abuso e a manutenção do contato com o agressor.

A **proporção de reincidência** durante o acompanhamento no AF foi de 5,9%, o que corresponde a 5 dos 84 casos. Dois desses pacientes tiveram um único episódio de reincidência e nos outros três o número de vezes não pode ser determinado. Os termos que descreviam as reincidências nessas últimas situações nos levam a crer que ocorreram várias vezes (“esporadicamente”, “sempre que levava a filha”, “o pai mantinha as mesmas atitudes suspeitas”).

O agente da reincidência foi o mesmo dos episódios anteriores em três dos cinco pacientes e nos outros dois a reincidência foi cometida por outro agressor. Dos cinco casos em que houve reincidência, quatro estavam notificados. Esses dados mostram a fragilidade da estrutura existente para a proteção das vítimas, ainda que o sistema legal tenha sido acionado. Embora a atuação do sistema legal não tenha sido objeto de estudo da nossa pesquisa, é do conhecimento da sociedade o quanto ele é falho nas medidas de controle e de punição do agressor.

Embora o baixo percentual de reincidência encontrado pareça um indicador positivo, cabe lembrar que o tempo de acompanhamento dos pacientes no serviço foi relativamente pequeno (média de 10,9 meses, mediana de 6 meses). O tempo médio de acompanhamento dos casos reincidentes foi de 17,6 meses, com mediana de 19,5 meses, ambas bem acima da média geral. Isso nos leva a pensar que o percentual de reincidências poderia ser mais elevado caso o tempo de acompanhamento fosse estendido.

Faleiros (1998) cita uma pesquisa realizada nos EUA, em 1987, que mostrou que a eficácia dos tratamentos realizados em famílias com problemas de maus-tratos ou abuso sexual tem seus limites, podendo chegar no máximo a 53%, no que diz respeito a evitar revitimização. Nessa pesquisa, 30% a 47% dos abusos continuaram a existir durante os

tratamentos realizados pelos 79 programas estudados. Não tivemos acesso à pesquisa original, e Faleiros não faz referência a qualquer tipo de maus-tratos em especial.

Di Blasio e Camisasca (1996) nos ajudam a esclarecer um pouco melhor a questão. Estes autores citam, também, trabalhos que avaliaram vários tipos de programas de intervenção nos EUA, nos quais verificou-se que 30% dos agressores continuam maltratando suas crianças no decorrer do tratamento. Os resultados sugerem que a severidade e a duração do abuso antes da intervenção são preditivos para a ocorrência da reincidência. Melhores resultados foram obtidos com agressores sem história de uso de álcool ou drogas, com situações de abuso físico sem negligência e com programas que envolviam profissionais altamente especializados. Os abusos sexuais tenderam a ter a taxa mais baixa de reincidência, em oposição aos casos de crianças negligenciadas, que mostraram índices muito altos. Infelizmente, o trabalho não faz referência aos percentuais de reincidência.

Em estudo realizado no Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI), Deslandes (1993) verificou que em 10% dos casos de maus-tratos atendidos foi notificada reincidência do abuso após terminada a atuação do serviço. As mesmas ocorreram em torno de seis meses após o encerramento da atuação do CRAMI. Em 84,4% dos casos, a reincidência teve como autor o mesmo agressor e em 71,1% ocorreu o mesmo tipo de abuso.

Esses dados apontam para a importância de haver algum tipo de seguimento das famílias após o término do acompanhamento nos serviços, bem como para falhas nas medidas legais e de atenção em relação ao agressor.

5.3.3 - Proporção de confirmação do abuso

No início dos anos 80, época em que o número de notificações de abuso sexual aumentou nos EUA, os profissionais não tinham critérios amplamente aceitos para fundamentar a decisão de confirmar ou descartar um abuso e, segundo Coulborn-Faller & Corwin (1995), muitos certamente lançavam mão de procedimentos intuitivos e pessoais para tomar suas decisões. Atualmente tais critérios existem, apesar de ainda não conseguirem fornecer aos profissionais a segurança que eles necessitam, como veremos adiante.

Existem controvérsias até mesmo sobre a pertinência de se estabelecer um “diagnóstico médico” de situações de abuso sexual, e talvez por isso a literatura a respeito seja tão vasta, como veremos adiante.

Segundo Parra et al (1997), parte da reticência dos médicos reside na preocupação de não substituir o papel do júri na decisão de questões de culpa *versus* inocência. Os autores enfatizam, contudo, que uma impressão diagnóstica não é uma sentença de culpa ou

inocência, representando apenas um resumo do que foi encontrado nas avaliações realizadas. Para Kini & Lazoritz (1994), é crítico compreender que a determinação final da ocorrência do abuso é uma questão legal e requer envolvimento multidisciplinar. O papel do clínico seria determinar se existe uma suspeita razoável de abuso.

Uma revisão de 55 artigos que abordavam a avaliação médica de crianças abusadas sexualmente, realizada por Bays & Chadwick (1993), mostrou que a maioria desses estudos englobava possíveis abusos e poucos relatavam os achados físicos e os critérios de confirmação de um caso considerado verdadeiro. Dentre os que especificavam os critérios utilizados, verifica-se os seguintes como de maior importância: confissão do perpetrador, testemunha independente, avaliação psicológica, história detalhada relatada pela criança, história clara e espontânea de abuso relatada pela criança, achados específicos ao exame físico, grandes traumas da genitália ou ânus e presença de DST.

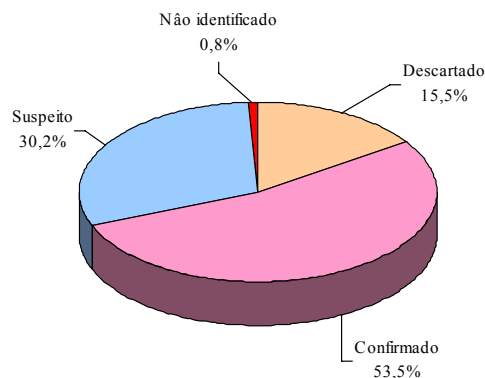
Coulborn-Faller & Corwin (1995) resgataram historicamente uma série de trabalhos que utilizaram diversos critérios de confirmação para abuso sexual e discutem a pertinência de se tentar chegar a um consenso a respeito. Afirmam que o consenso não assegura correção, e que todos podem estar em concordância e estarem igualmente errados a respeito dos critérios adotados. Em outras palavras, podem se constituir em critérios confiáveis, por se repetirem entre avaliadores e em momentos distintos, mas não serem válidos. Esses autores exaltam, portanto, a necessidade de validação empírica desses critérios que são consensuais.

Esses mesmos autores afirmam que até mesmo critérios independentes das características dos relatos das vítimas e de seu comportamento, que teoricamente estariam mais indicados para confirmar os abusos por permitirem isolar fatores indicativos de confusões ou “fabricações”, são encontrados em uma minoria dos casos e têm limitações. Esses critérios seriam: evidência médica – que detalharemos abaixo; relatos de testemunhas visuais – improvável pelo segredo que envolve o abuso e, quando existente, muitas vezes trata-se de um adulto cúmplice ou co-agressor, ou de crianças, ambas situações desfavoráveis para ajuda à vítima; evidência fotográfica – poucos abusos envolvem pornografia e muitas vezes o agressor destrói ou esconde as evidências; e confissão do perpetrador – a maioria dos agressores não confessa, porém ainda assim os autores afirmam que essa é a variável independente mais viável na vitimização sexual, por ser a mais comum. Sabemos, no entanto, que até mesmo a confissão pode ser obtida por meios ilícitos, e não ser verdadeira.

Utilizando os mesmos critérios segundo os quais foram classificados os abusos na chegada ao serviço, verificamos que 69 deles estavam confirmados na última consulta do AF, sendo portanto a **proporção de confirmação do abuso** igual a 53,5%.

A situação de confirmação dos abusos encontra-se no gráfico 10:

Gráfico 10
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF,
segundo a situação de confirmação do abuso na coleta de dados.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=129)



O tempo médio de acompanhamento dos casos confirmados foi de 12,3 meses, com mediana de 7 meses. Para os pacientes cujos abusos se mantiveram suspeitos, a média foi de 10,6 meses e a mediana de 6 meses. Para aqueles cuja suspeita de abuso sexual foi descartada, a média foi de 7,3 meses e a mediana de 1,7 meses. Percebe-se que a equipe investiu mais tempo nos casos confirmados do que nos suspeitos, e menos tempo naqueles cujas suspeitas eram infundadas, o que parece ser bastante razoável. Embora o tempo investido com suspeitas infundadas possa parecer ainda longo demais, muitas vezes é necessário para conhecer a família, esclarecer a situação e dar alta com um mínimo de segurança.

Verificamos que 87% dos abusos confirmados, 61,5% dos suspeitos e 25% dos descartados, estavam notificados. Embora legalmente todos os casos suspeitos e confirmados devessem estar notificados, os percentuais acima indicam um cuidado maior da equipe com os confirmados e uma triagem dos demais, o que certamente auxilia no trabalho a ser desenvolvido pelos CT.

Tanto no atendimento inicial quanto durante o acompanhamento de situações suspeitas de abuso sexual, a confirmação torna-se um grande problema para a equipe de saúde, pelas conseqüências que pode acarretar. É importante ressaltar que a suspeita já é motivo para iniciar e manter o acompanhamento no AF, e a prática tem mostrado que muitos casos não confirmados são mais complexos do que os que têm o abuso esclarecido, pela ansiedade da equipe e da família em tentar definir o que ocorreu com a criança. A importância de uma notificação responsável para o Conselho Tutelar, minimamente fundamentada, faz com que a

equipe se esforce para obter dados que possam ajudar na proteção da criança e na condução legal dos casos.

Os abusos que se mantiveram como suspeitos e aqueles cujas suspeitas foram afastadas representam, juntos, quase metade dos atendimentos de abuso sexual do AF. Os casos suspeitos são, em geral, de difícil manejo devido à inexistência ou precariedade de dados concretos para nortear as ações. A preocupação da equipe com situações desse tipo pode prejudicar a devida atenção aos pacientes cujos abusos foram confirmados e que, realmente, necessitam de investimento. Por outro lado, uma simples suspeita pouco fundamentada pode desencadear uma série de problemas para a criança e sua família, que precisam ser apoiados adequadamente pela equipe.

Os casos cujas suspeitas foram descartadas representam os falso-positivos. Flores (1998) considera essa situação mais complexa e menos freqüente que as demais. Aponta que as conseqüências de uma investigação de abuso sexual, especialmente quando intrafamiliar, “são, para a família, devastadoras, com perda de emprego, divulgação pública, processos criminais e conseqüente abandono por parte de amigos e familiares” (p. 44). Segundo esse autor, o fenômeno foi denominado de *trauma secundário induzido pelo sistema* por Orten & Rick, em 1988. Flores valoriza tanto esta situação que chega a propor que o abuso sexual seja classificado em quatro subtipos: intrafamiliar (incesto), extra-familiar, exploração sexual e falsas denúncias.

Embora os falso-positivos espelhem uma maior sensibilidade da captação dos casos pelas equipes de saúde, além da possibilidade de causar os problemas levantados por Flores, também sobrecarregam os serviços que recebem essa demanda.

Socolar et al (2001) utilizaram como taxa de confirmação padrão para serviços de proteção à infância nos EUA o nível de 40%, quando avaliaram programas de diagnóstico médico de maus-tratos implementados naquele país. Infelizmente, esses autores não tecem comentários específicos sobre o abuso sexual, referindo-se apenas às taxas de confirmação de maus-tratos em geral.

Na ABRAPIA houve comprovação de 40% das denúncias de maus-tratos ocorridas em 1996, variando amplamente este percentual de acordo com o tipo de abuso: desde 5,6% de confirmação para abuso sexual até 58% para abusos físico e psicológico (Cunha, 1998). A autora identificou os seguintes fatores para o baixo índice de comprovação: falhas no preenchimento dos formulários (os dados relacionados à comprovação não constavam do formulário de atendimento, e portanto foram obtidos através da leitura dos registros dos profissionais); falta de instrumentos ou recursos que possibilitassem confirmar a veracidade

das notificações; e demora no contato com a família, culminando com mudanças de local de moradia.

Não foi possível verificar, em nossa pesquisa, o momento em que um abuso passou a ser confirmado no decorrer do acompanhamento, pois não havia descrição clara deste momento. No Brasil não há prazo formal estabelecido para que as situações sejam esclarecidas por serviços de saúde como o AF e desconhecemos que tal prazo exista para os Conselhos Tutelares. No Texas, ao contrário, os serviços de proteção à criança dispõem de trinta dias para determinar a ocorrência de um abuso sexual. O serviço de saúde, nesse caso, parece trabalhar de forma integrada ao serviço de proteção, com a função de proceder à avaliação clínica e emitir um parecer a respeito, parecer este que será integrado às demais avaliações para, finalmente, haver a determinação da ocorrência do abuso (Kellogg et al, 1998).

Como já comentamos anteriormente, não foi fácil resgatar diretamente do prontuário a confirmação do diagnóstico de abuso sexual, sendo necessário associarmos vários fatores para considerarmos a situação como tal.

No grupo focal, a equipe do AF relatou que alguns critérios de confirmação são específicos para determinados tipos de abuso, embora para todos seja necessário utilizar uma associação de indícios. Para o abuso sexual utilizam o relato consistente da criança, a constatação de lesões físicas características, as doenças sexualmente transmissíveis, a existência de testemunhas do abuso e a confissão do agressor. Embora não tenham sido citadas as alterações de comportamento dentre os indicadores, esse é um critério bastante relatado nos prontuários e nas discussões de casos. A equipe se reportou à fragilidade desses critérios, como vemos abaixo:

“Presença de doença venérea é relativa, porque na criança menor... E mesmo a ruptura de hímen... ela tinha transado com o namorado no mato, então estava toda arranhada realmente e tinha lesão de hímen.” [AF 2]

“O fato do agressor ter fugido, não obrigatoriamente o coloca na situação de réu. Pode ter fugido porque aquela circunstância, naquele local, significa o fim dele. Então ele vai se mandar e em algum momento ele pode tentar se defender.” [AF 1]

“Quer dizer, mesmo o relato [da criança ou do responsável], ele pode sofrer alterações ao longo do acompanhamento.” [AF 4]

Há ainda o aspecto da dificuldade da aplicação dos critérios de confirmação, quando se trata de abuso sexual. Embora outros tipos de abuso, em algumas circunstâncias, sejam tão difíceis de confirmar quanto um abuso sexual, esse último parece ser vivenciado de forma

diferente pela equipe do AF. Na visão desses profissionais, isso ocorre pelo fato de mobilizar mais a equipe, e não propriamente por ser considerado um abuso mais grave:

“o que eu acho que tem de diferente entre os abusos talvez seja que a gente estar lidando com uma suspeita de negligência é uma coisa, e estar lidando com uma suspeita de abuso sexual é outra. A importância de você estar confirmando um ou confirmando o outro, é diferente... talvez me mobilize mais eu ficar numa suspeita de abuso sexual do que numa suspeita de negligência, entendeu? A negligência tem coisas mais fixas pra ficar controlando, por exemplo. Então: qual era a suspeita? Porque não vem ao médico, porque não ganha peso, não sei o quê. Então clinicamente eu vou ver. Fez a vacina que eu mandei? Ah, fez. Tá dando a comida? Tá. Não tinha dinheiro e está pegando a cesta básica? Tá. Então eu consigo monitorar aquele negócio.” [AF 2]

“É, [no abuso sexual há fatores] que não são controláveis, é.” [AF 4]

“Talvez seja uma questão da mobilização mesmo do abuso sexual...Tá certo que a gente controla mais os outros tipos de abuso. Mas basta ter o controle? Na verdade, você estava falando inicialmente de sentimentos, reações e emoções e tal, e mobilização... mobiliza mais o abuso sexual, né? Então eu acho que, talvez seja exatamente por conta disso que a gente faz essa distinção. Mas é tão grave quanto.. quer dizer, os outros são tão graves quanto, o impacto na vida pode ser tão prejudicial quanto...” [AF 1]

“Eu acho que não é identificar diferente, não. Mas talvez uma busca maior. A gente fica talvez buscando mais.” [AF 3]

“Agora, como a gente lida com a questão do tabu... tem uma certa dificuldade até da análise. Esta análise que a gente está fazendo talvez tenha um comprometimento até por conta do abuso sexual ser revestido da questão da formação de cada um, do contexto social que cada um foi criado, da religião de cada um... Tem uma série de elementos pessoais aí envolvidos... cada um deles[dos diversos tipos de abuso sexual] em per si, tem coisas que fazem com que a gente reaja de forma mais ou menos diferente em termos de investigação, de busca, de confirmação... eu acho que depende, sim.” [AF 1]

A tabela 9 apresenta a comparação dos critérios de confirmação dos abusos, nos dois momentos estudados: na chegada ao AF e na coleta dos dados. Percebe-se que embora tenha aumentado pouco o percentual de confirmação com a atuação do AF (de 67 pacientes cujos abusos estavam confirmados no início do acompanhamento para 69 pacientes, na mesma situação, no segundo momento), houve aumento significativo da associação de critérios de confirmação. Nota-se que, para vários pacientes, estavam presentes mais de um dos critérios selecionados, parecendo que um papel importante do AF tem sido reunir indícios para tornar a confirmação mais consistente.

Tabela 9
Comparação dos critérios de confirmação dos abusos
na chegada ao AF e no momento da coleta dos dados

Critério	Nº pacientes	
	Chegada (N=67)	Final (N=69)
Relato da criança para profissional	20 (29,9%)	50 (72,5%)
Relato da criança para outra pessoa	59 (88,1%)	61(88,4%)
Alguém presenciou abuso	20 (29,9%)	21 (30,4%)
Alterações de comportamento compatíveis	23 (34,3%)	37(53,6%)
Familiar constatou lesão física	14(20,9%)	13(18,8%)
Profissional constatou lesão física	14 (20,9%)	29 (42%)
Outro critério	11(16,4%)	11(15,9%)

Os três critérios que aparecem mais freqüentemente após a atuação do serviço, são esperados para uma equipe como a do AF, que além de estar mais capacitada para abordar os pacientes pela experiência acumulada, encontra-se inserida em uma unidade de saúde.

Especificamente em relação ao **relato da criança**, Crivillé (1997) comenta o quanto foi injusto com a criança o longo período no qual a respeitabilidade do adulto não poderia ser questionada pela sua palavra. O autor acredita que a maneira de fazer justiça nos tempos atuais é colocar a palavra da criança no mesmo plano que a do adulto, como forma de defender seus direitos. Comenta, no entanto, que essa postura é problemática, mesmo para aqueles que se esforçam em defendê-la, pela complexidade de fatores envolvidos no relato de uma criança.

A criança que relata um abuso sexual é, ao mesmo tempo, vítima e testemunha, o que a coloca em uma situação bastante delicada. Thouvenin (1997) lembra que, além disso, quando é chamada para repetir sua versão dos fatos e portanto se confrontar com o agressor, a criança é colocada em situação de riscos para si própria e para a validade de seu testemunho.

Crivillé (1997) adverte que, para que a criança possa falar, é preciso que sua palavra não seja percebida como perigosa ou portadora de um mal maior que o já sofrido por ela. Além disso, o profissional – sempre um adulto – deve saber que por mais que se esforce em transmitir a palavra da criança tal como foi proferida, sempre estará fazendo uma

interpretação do que foi dito. Assim, é importante saber compreender sem projetar exageradamente os próprios fantasmas, preconceitos, ou até mesmo os próprios problemas, buscando fazer mais em benefício da criança do que em função dos interesses do adulto.

Muitos trabalhos mostram que raramente as crianças mentem sobre sua história de abuso sexual, estando as falsas alegações presentes em apenas 2% a 8% dos casos. Existem algumas propostas de critérios para se proceder de forma sistemática à análise dos depoimentos e relatos das crianças, a fim de verificar sua consistência (Coulborn-Faller & Corwin, 1995), que optamos por não apresentar por fugir ao escopo da nossa pesquisa.

A qualidade do relato da criança depende da maneira como é obtido, mas por mais experiente que seja o entrevistador, nem sempre consegue-se obter relatos satisfatórios. Vários fatores podem comprometer a qualidade desses relatos: a idade da criança – as mais velhas, em geral, têm mais capacidade de elaborar um relato mais detalhado; o sexo da vítima – meninas em geral fornecem relatos mais completos; a disposição para o relato – muitas vezes a criança não deseja falar sobre o abuso; o período transcorrido entre o abuso e a entrevista – a criança pode se esquecer de detalhes; a repressão sofrida para não falar a respeito; ou simplesmente a criança pode não ter visto detalhes do abuso, por estar escuro ou ter fechado os olhos (Coulborn-Faller & Corwin, 1995). Outros fatores que podem interferir na qualidade do testemunho são: a multiplicidade de interrogatórios (que podem contaminar a memória através de perguntas sugestivas), a relação com o agressor, sentimentos de culpa e o próprio impacto traumático pela situação da entrevista (Thouvenin, 1997).

Campis et al (1993) investigaram a influência do nível de desenvolvimento da vítima na detecção e revelação do abuso sexual de crianças. Verificaram que pré-escolares exibem mais sintomas comportamentais e físicos do que os escolares e adolescentes. As revelações verbais de abuso sexual em pré-escolares, segundo esses autores, tendem a ser acidentais, com eventos desencadeadores precedentes. Em contrapartida, as revelações por escolares e adolescentes são propositais. Devido ao seu maior grau de socialização e conhecimento de questões sexuais, crianças mais velhas parecem compreender o tabu que envolve a experiência vivenciada e têm maior consciência das conseqüências da revelação. Escolares e adolescentes têm, também, capacidade cognitiva para evitar propositadamente a revelação e sustentar sua necessidade de manter segredo, em um esforço de esconder sua percepção de responsabilidade pelo abuso. Essas constatações levam à necessidade de os profissionais estarem atentos ao desenvolvimento das crianças vítimas de abuso sexual, de modo a não esperarem manifestações pouco compatíveis com certas etapas do desenvolvimento.

Chama atenção em nossa pesquisa o alto percentual de relato da criança para os profissionais do AF ou mesmo para profissionais de outros setores do IPPMG. Preocupa não

saberemos as condições em que esses relatos foram obtidos, já que nenhum desses profissionais foi capacitado para desempenhar tal atividade, que como vimos traz embutida uma série de problemas.

Em relação aos **achados físicos** como critérios de confirmação para a ocorrência de abuso sexual, a literatura é unânime em relativizar seu valor, embora muitas decisões jurídicas recaiam sobre eles. Lauristen et al (2000), baseadas em experiência com medicina forense, referem que o exame físico raramente provê uma prova legal de abuso sexual. Muram (1999) afirma que o exame físico, e cada componente da avaliação médica, tem seus problemas específicos, e que é importante que se tenha consciência disso ao formular uma opinião à conclusão de um exame. Bays & Chadwick (1993) dizem que a história relatada pela criança é essencial no diagnóstico preciso da maior parte dos abusos sexuais, dados os diversos problemas envolvidos na avaliação dos achados físicos. Uma revisão de 21 estudos que abordaram os achados físicos de crianças supostamente vítimas de abuso sexual, feito por esses autores, mostrou que apenas 3% a 16% das vítimas apresentaram achados físicos diagnósticos de abuso. Afirmam que mesmo em abusos já confirmados por critérios não físicos, as evidências físicas costumam ocorrer em baixo percentual, variando de 23% a 86% na dependência do tipo de abuso sexual cometido (Bays & Chadwick, 1993).

Apesar disso, muitas têm sido as tentativas de classificar os achados clínicos das vítimas em termos de sua relevância diagnóstica para o abuso sexual. No entanto, Muram (1999) afirma que não há critérios bem definidos ou terminologia aceita através dos quais possam ser classificados os achados físicos do abuso sexual, recomendando que até que isso ocorra, cada examinador deve descrever detalhadamente as anormalidades encontradas, de modo a permitir correta interpretação futura.

Foi possível resgatar alguns trabalhos cujas classificações são semelhantes, e que certamente seriam úteis à equipe do AF como elemento norteador para as impressões a respeito dos abusos, mas que não foram ainda discutidas e implementadas no serviço. Por não ser objetivo desta pesquisa a abordagem exaustiva de tais classificações clínicas, exporemos resumidamente algumas que ilustram o que existe na literatura e que podem ser úteis para o trabalho do AF:

- 1) Lahoti et al (2001): achados anogenitais normais e não específicos; achados físicos que levam à preocupação sobre a ocorrência de abuso sexual; e achados físicos que são diagnósticos de trauma penetrante;
- 2) Muram (1999): propôs uma classificação para crianças pré-púberes – categoria 1, genitália de aparência normal; categoria 2, achados não específicos; categoria 3, achados específicos; categoria 4, achados definitivos (presença de esperma);

- 3) Bays & Chadwick (1993): achados improváveis de serem decorrentes de abuso; achados algumas vezes decorrentes de abuso sexual, mas também de outras causas, nos quais a história e outras investigações são importantes para o diagnóstico; achados consistentes com abuso sexual, nos quais a história e outras investigações podem ser importantes para o diagnóstico; e achados específicos/diagnósticos de abuso sexual mesmo na ausência de história de abuso;
- 4) Adams (1997): classe 1, normal; classe 2, não específico ou variantes da normalidade (achados que podem resultar de abuso sexual, dependendo do tempo do exame em relação ao abuso, mas que também podem decorrer de outras causas ou podem ser variantes da normalidade); classe 3, preocupação para abuso (achados que podem ser encontrados em crianças com abuso documentado, e podem ser suspeitos de abuso, mas para os quais existem dados insuficientes para indicar que o abuso é a única causa); classe 4, sugestivo de abuso/penetração (achados que só razoavelmente podem ser explicados postulando-se que abuso ou penetração tenha ocorrido); e classe 5, clara evidência de trauma por impacto ou penetração (achados que não têm outra explicação que não seja trauma do hímen ou tecidos perianais)

Em relação aos **indicadores emocionais e comportamentais**, os considerados mais específicos para uma possível ocorrência de abuso sexual em pré-escolares, segundo Corwin (apud Coulborn-Faller & Corwin, 1995), são: pesadelos desencadeados por lugares, pessoas ou objetos, relacionados ou que incluam movimentos ou vocalizações consistentes com experiências abusivas; erotização prematura (preocupação com os genitais, procura repetitiva de outras pessoas para diferentes comportamentos sexuais, masturbação excessiva ou indiscriminada ou masturbação com objetos, comportamento sedutor, representação de atos sexuais com bonecas); medo (negação exagerada da anatomia genital e de exposição à nudez normal, negação e ansiedade em resposta a específicas questões sobre comportamentos sexuais, evitação ou medo inexplicados de pessoas, gêneros, lugares ou objetos); descrição da própria vitimização sexual congruente e apropriada para a idade; fenômeno dissociativo.

Segundo Cahill et al (1999), alguns comportamentos sexualizados e sintomas de stress pós-traumático são considerados “sintomas centrais” que se seguem ao abuso sexual da criança, uma vez que são os únicos sintomas encontrados com maior frequência entre crianças abusadas sexualmente quando comparadas a controles não abusados. Esses autores definem como comportamento sexualizado em pré-escolares as propostas sexuais inapropriadas direcionadas a outras crianças e adultos, e as verbalizações, brincadeiras e fantasias compulsivas com conteúdo sexual.

Cahill et al (1999) relatam também que certos comportamentos sexualizados sugerem conhecimento sexual precoce e são associados ao abuso sexual, sendo raros em pré-escolares ou crianças maiores que não foram sexualmente abusadas. Estão incluídos nessa categoria a solicitação a outrem para praticar atos sexuais, tentativas de intercurso, introdução de objetos na vagina ou no reto, colocação da boca em região genital e fingir que bonecos estão praticando sexo. Essas crianças, no entanto, também podem ter sido expostas a atos sexuais na televisão, em vídeos, revistas, ou podem ter testemunhado atividades sexuais em casa.

Mostrando ainda mais a complexidade das alterações comportamentais como indicador de abuso sexual, Drach et al (2001) relatam que problemas de comportamento sexual existem concomitantemente a, e não são independentes de, outros problemas comportamentais. Além disso, lembram que diversos estudos mostram que certos comportamentos sexuais (em especial a auto-estimulação, curiosidades sobre sexualidade e exibição de genitais a outras crianças) são comportamentos normais da infância, pelo menos em certas faixas etárias. Esses autores reviram alguns trabalhos que consideraram os indicadores comportamentais como elemento central para estabelecer o diagnóstico de abuso sexual e verificaram que os critérios utilizados para a confirmação não estavam claramente descritos em muitos deles.

Uma vez que os profissionais destinados à tarefa de investigar o abuso, ao firmarem o diagnóstico, podem ser influenciados pela presença de problemas da esfera do comportamento sexual das crianças, Drach et al (2001) acham que seria possível que essas próprias alterações tenham sido utilizadas para a confirmação. Isto seria uma variável confusional que enfraqueceria a conclusão de que o abuso sexual está associado a problemas de comportamento sexual. Procederam, então, à avaliação de 247 crianças cuja confirmação de abuso sexual não incluía como critério a presença de alterações comportamentais. Não verificaram, ao contrário do que a literatura diz a respeito, relação significativa entre o diagnóstico de abuso sexual e a presença ou ausência de problemas comportamentais sexuais em crianças encaminhadas para avaliação de abuso sexual.

Os autores supracitados advertem que, embora algumas crianças sexualmente abusadas exibam sérios problemas no âmbito do comportamento sexual, os profissionais devem ter cautela na utilização deste critério como indicador diagnóstico de abuso. Tal uso pode aumentar o número de falso-positivos quando a criança apresentar os problemas, ou de falso-negativos caso não os apresente. É recomendável que esses problemas sejam sempre avaliados cuidadosamente pela equipe responsável.

Corwin (apud Coulborn-Faller & Corwin, 1995) descreve que as crianças muitas vezes assumem um comportamento, enquanto descrevem sua vitimização, no qual parecem reviver

as experiências sexuais. Tais reações incluem: mudanças na expressão facial, movimentos oculares, gestos e outros movimentos corporais, alterações na respiração, na função cardiovascular (frequência cardíaca e pressão arterial), sudorese, alterações no fluxo sanguíneo, tensão de musculatura e alterações na voz. Todos esses indícios, embora inespecíficos, auxiliariam na avaliação clínica da suspeita de abuso sexual.

Essas “sensações”, que muitas vezes são percebidas apenas pelo profissional que atendeu a vítima, e que para ele são importantíssimas para o estabelecimento do diagnóstico de abuso sexual, são difíceis de serem transmitidas e compartilhadas com outros colegas da equipe multidisciplinar. Não é raro ocorrerem descrições deste tipo nas reuniões do AF, provocando discussão sobre a validade dessas percepções e questionamentos sobre sua utilização na fundamentação de uma suspeita, devido à sua sutileza.

Embora cada critério que acabamos de descrever, e ainda outros, possam ser por si só significativos para confirmar a ocorrência do abuso sexual, em geral para que o profissional forme uma opinião a respeito é necessário que seja levado em consideração um conjunto de critérios, e ainda assim muitas vezes é difícil estabelecer um diagnóstico. Segundo Muram (1999) a história clínica, o exame físico e os testes laboratoriais são frequentemente falhos na avaliação do abuso sexual da criança, e para piorar a situação o processo diagnóstico pode ser afetado pelo próprio papel de protetor da criança, assumido pelo profissional.

Bays & Chadwick (1993) afirmam que uma combinação dos três fatores acima são a base para o diagnóstico do abuso sexual. Ressaltam que cada um deles pode ter maior ou menor peso, em algumas situações podem estar ausentes e algumas vezes um deles pode ser suficiente para firmar o diagnóstico. Além disso, um achado não específico pode se tornar específico quando a criança revela uma história clara de abuso, por exemplo.

Kassim & Kasim (1995) utilizaram os seguintes critérios para confirmação de 101 suspeitas de abuso sexual: história relatada pela criança e que foi consistente no decorrer do tempo com diferentes entrevistadores; exame médico; testes laboratoriais e confissão do perpetrador. Os autores ressaltam que não utilizaram o primeiro critério isoladamente em nenhum caso, e não tecem comentários sobre o exame médico e os testes laboratoriais.

Uma classificação em termos de probabilidade da ocorrência do abuso sexual foi sugerida por Adams (1997), considerando vários aspectos da avaliação clínica associados às classes de achados físicos, que já citamos anteriormente:

Classe 1: sem evidência de abuso

- 1) exame normal, sem história, sem alterações comportamentais, sem testemunhas;
- 2) achados não específicos com outra explicação conhecida ou provável, e sem história de abuso ou alterações comportamentais;

- 3) criança considerada de risco para abuso sexual, mas não relata história e apresenta apenas alterações comportamentais inespecíficas;
- 4) achados físicos de lesões consistentes com história de trauma acidental, história esta que é clara e acreditável.

Classe 2: possível abuso

- 1) achados físicos das classes 1 ou 2 em combinação com alterações comportamentais significantes, especialmente comportamentos sexualizados, porém a criança é incapaz de relatar uma história de abuso;
- 2) condiloma acuminado ou lesões ano-genitais de herpes tipo 1 em pré-púberes, na ausência de história de abuso, e com o restante do exame físico normal;
- 3) criança fez um relato, mas este não foi suficientemente detalhado dado o nível de desenvolvimento da criança ou não foi consistente;
- 4) achados físicos da classe 3 sem revelação de abuso ou alterações comportamentais.

Classe 3: provável abuso

- 1) criança fornece história clara, consistente e descrição detalhada de ter sido molestada, com ou sem achados físicos;
- 2) achados físicos classe 4 em criança com ou sem história de abuso e sem história de trauma penetrante acidental;
- 3) cultura positiva para *Chlamydia trachomatis* da região genital em pré-púbere acima de 2 anos de idade;
- 4) cultura positiva de lesão genital para herpes simples tipo 2;
- 5) infecção por *trichomonas*.

Classe 4: evidência definitiva de abuso ou contato sexual

- 1) achados físicos da classe 5 sem história de acidente;
- 2) achado de esperma ou fluido seminal no corpo da criança;
- 3) gravidez (decorrente de intercurso não consentido);
- 4) culturas positivas confirmadas de *Neisseria gonorrhoea* de material genital, anal ou faríngeo;
- 5) evidência de sífilis adquirida por transmissão não perinatal;
- 6) abuso testemunhado ou casos nos quais fotografias ou vídeos comprovam o abuso;
- 7) confissão pelo perpetrador;

- 8) infecção por HIV sem documentação de outros meios de transmissão além do contato sexual não consensual.

Uma outra proposta de classificação utilizando associação de critérios foi feita em um programa comunitário forense, multidisciplinar, que avalia crianças vítimas de maus-tratos nos EUA. O sistema diagnóstico incluiu quatro grandes categorias, que foram divididas em subcategorias baseadas em descrição detalhada de cada evidência (Drach et al, 2001). Para ilustrar, mostraremos apenas as quatro categorias principais, ressaltando que as subcategorias incluem uma grande diversidade de possíveis situações apresentadas para avaliação:

1. *forte evidência de abuso*: os achados médicos, da entrevista forense, e as informações da história tomadas separadamente ou em conjunto provêm suporte claro para o diagnóstico de abuso;
2. *moderada evidência de abuso*: as três fontes de dados provêm evidência menos clara, porém convincente a respeito da ocorrência de abuso;
3. *não se sabe se o abuso ocorreu*: a equipe não pode determinar, baseada nos dados disponíveis, se houve ou não o abuso;
4. *sem evidência de abuso*: os dados disponíveis não sustentam o diagnóstico de abuso.

Essa equipe encontrou evidência de abuso (forte ou moderada) em 24% dos pacientes, enquanto nenhuma evidência foi encontrada em 61%. Os demais foram classificados como “não se sabe”. Os autores levantaram as seguintes hipóteses para o percentual de diagnósticos de abuso sexual encontrado em seu serviço estar abaixo de outros relatos da literatura: muitos pacientes são encaminhados com pouca base de suspeição, tais como masturbação excessiva ou exposição a um provável agressor sexual; e a clínica recebe muitas referências de situações difíceis, que outros profissionais, tais como os serviços de proteção à criança, foram incapazes de determinar a credibilidade de alegações de abuso sexual.

Essas duas situações também acontecem no AF, e no entanto o percentual de confirmação no serviço mostrou-se mais elevado. A falta de clareza dos critérios utilizados pelo AF pode ter contribuído para um elevado percentual de confirmação e não permite comparar os resultados dos dois trabalhos.

Com uma visão ainda mais ampla a respeito do diagnóstico de abuso sexual, DeJong & Rose (apud Bays & Chadwick, 1993) afirmam que tentativas de reduzir o diagnóstico de abuso sexual ou de abuso físico a simples “checklist”, fórmula ou teste é ignorar a complexidade das questões médicas, psicológicas, sociais e legais envolvidas.

A confirmação dos casos apresenta uma série de limitações por depender de critérios de confirmação discutíveis: o relato da vítima muitas vezes é questionado; o relato de adultos pode ser falso e estar sendo utilizado em razão de conflitos familiares; muitas evidências clínicas são inespecíficas etc. Tudo leva a crer que é necessário uma equipe capacitada e experiente, que consiga identificar, investigar e trabalhar os indícios que se apresentam em cada caso.

Parece faltar, no caso do abuso sexual, um “padrão ouro” ao qual os critérios de confirmação pudessem ser remetidos, a fim de que fossem validados, permitindo maior segurança no diagnóstico.

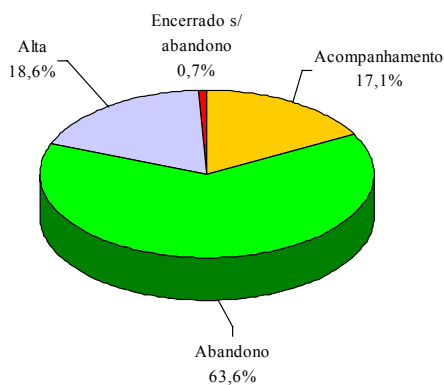
Por tudo o que foi exposto acima, nos parece que o indicador “proporção de confirmação do abuso” deve ser interpretado com cuidado, não apenas para o caso do AF. Além dos problemas e da falta de consenso que os critérios trazem em si, se considerarmos que a suspeita raramente surge no serviço que está investigando o abuso, acreditamos que, dependendo das condições em que foi levantada a suspeita de abuso sexual, pode ser melhor indicador de qualidade o percentual de pacientes nos quais foi afastada a suspeita, do que o percentual de confirmação.

5.3.4 - Situação de acompanhamento do caso

Foram identificadas quatro categorias relativas à situação de acompanhamento do caso no momento da coleta de dados de prontuário: pacientes que ainda estavam em acompanhamento; os que haviam recebido alta; os que haviam abandonado o acompanhamento; e aqueles que a equipe havia encerrado o acompanhamento, sem que houvesse sido dada alta.

No momento da coleta dos dados verificamos os seguintes percentuais dessas quatro categorias, conforme mostrado no gráfico 11.

Gráfico 11
Distribuição dos casos de abuso sexual atendidos no AF,
segundo a situação do acompanhamento na coleta de dados.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=129 casos)



A categoria “caso encerrado” foi criada recentemente pela equipe, uma vez que as revisões de prontuários de alguns pacientes faltosos ou que abandonaram o tratamento levaram a equipe a repensar a real necessidade de convocá-los para reiniciar o acompanhamento. Foram sete estes casos na nossa amostra:

- seis foram encerrados em revisão de prontuário após abandono e foram computados como “abandono” na nossa pesquisa: em três havia sido afastada hipótese de abuso sexual e a equipe não havia dado alta (a revisão revelou uma certa insegurança da equipe, em épocas anteriores, em liberar e assumir que não havia indícios de abuso sexual); um outro porque na busca ativa por visita domiciliar verificou-se que o endereço era inexistente, o que também foi constatado pelo CT; outro paciente estava afastado da família, tendo sido abrigado por determinação do Juizado da Infância e da Juventude; um último estava sendo concomitantemente acompanhado na Clínica da Violência, o abandono do AF foi comunicado à clínica e o caso foi encerrado;
- uma única situação, que consta no gráfico acima, foi encerrada após a primeira falta porque a mãe havia avisado que não desejava o acompanhamento no IPPMG pois já era acompanhada por psicólogo em outro local. Havia comparecido apenas para cumprir determinação do CT e não foi dada alta na esperança de que a mãe pudesse retornar para um acompanhamento mais completo no AF. Antes deste caso ser encerrado, verificou-se que a criança estava em acompanhamento psicoterápico em outra instituição.

Um estudo sobre o atendimento prestado na ABRAPIA definiu a categoria “casos concluídos” como aquela em que “a atuação junto a estes se encerrou”, seja pela reversão do quadro de maus-tratos; pela não constatação de abuso; pela impossibilidade de contato com as vítimas e seus familiares; pela não aceitação de ajuda da equipe por parte da família; ou após esgotarem-se todas as medidas cabíveis, sem solucionar o problema, situação na qual as famílias haviam sido encaminhadas para outra instituição ou para o CT (Cunha, 1998). Pode-se verificar que nessa categoria estão incluídas as situações que no AF corresponderiam aos casos encerrados e também às altas.

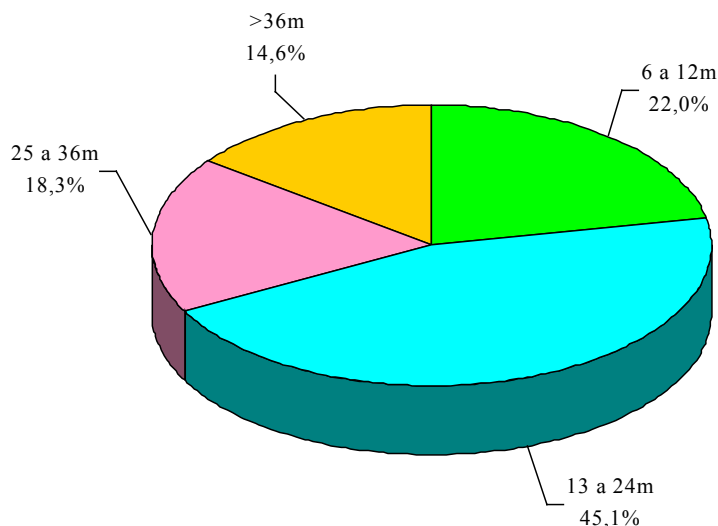
As três outras situações de acompanhamento encontradas no AF foram convertidas em indicadores de resultado.

A **proporção de casos em acompanhamento** foi de 17,1%, o que consideramos muito baixo, tendo em vista decorrer do elevado percentual de abandonos, e não de altas, como veremos a seguir. Podemos supor que a equipe pretendia exercer alguma ação junto às famílias que interromperam o acompanhamento, ainda que fosse apenas de monitorização de uma dada situação.

Consideramos elevadíssimo o percentual de 63,6% encontrado como **proporção de abandonos**, face à complexidade de muitas situações que se apresentam no serviço, ainda que alguns deles provavelmente pudessem ser encerrados numa eventual revisão, pelos motivos que vimos anteriormente.

O tempo decorrido entre a última consulta e a coleta de dados (considerado como “tempo de abandono”) foi em média de 22,2 meses (mediana de 19 meses) e ficou distribuído, dentre os 82 pacientes que abandonaram o acompanhamento, conforme apresentado no gráfico 12. Esse dado mostra que, ainda que ampliássemos o critério temporal para além dos 6 meses de não comparecimento no serviço, o índice de interrupção do acompanhamento continuaria elevado. Caso o critério fosse o não comparecimento nos últimos 12 meses, por exemplo, o indicador seria igual a 49,6%.

Gráfico 12
Distribuição dos pacientes que abandonaram o acompanhamento no AF,
segundo o tempo de abandono.
Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=82 pacientes)



Não verificamos associação entre abandono e a existência de outros tipos de abuso concomitantemente ao sexual, nem entre abandono e confirmação dos abusos.

A avaliação do atendimento das crianças com baixa estatura do Ambulatório de Crescimento do IPPMG, realizada em 1992, mostrou um índice de evasão de 31,2%, definido na pesquisa como o não comparecimento nos últimos doze meses, uma vez que a rotina do serviço incluía consultas com intervalos anuais. Naquele estudo, a evasão ocorreu na etapa I (inicial) da investigação na maioria das vezes (62%), o que correspondeu em termos temporais a evasão nos primeiros seis meses em 66,1% dos casos. Sendo verificada associação estatística entre o tempo de acompanhamento e a ocorrência de evasão, a autora concluiu pela possível ocorrência de problemas na adesão do paciente à rotina de investigação proposta pelo serviço, que recomendava a solicitação de um enorme número de exames complementares ainda na consulta de triagem, ou seja, antes do início efetivo do acompanhamento no serviço e de uma avaliação mais cuidadosa da situação (Ferreira, 1992).

Trabalho desenvolvido no Serviço de Endocrinologia do IPPMG, com crianças portadoras de adrenarca precoce, evidenciou índice de abandono do acompanhamento – não comparecimento por, no mínimo, um ano após a última consulta – igual a 12% (Rodrigues apud Ferreira, 1992).

Esses dados apontam a existência de um certo índice de abandono do acompanhamento em outros serviços do IPPMG, não sendo portanto uma situação específica das vítimas de abuso sexual. Embora a comparação de índices de evasão entre diferentes serviços, que cuidam de diferentes patologias, não possa ser realizada de forma direta, chama atenção a diferença existente entre as três situações: considerando o tempo de 12 meses de não comparecimento, o indicador foi de 49,6% para o abuso sexual, 31,2% para a baixa estatura e 12% para a adrenarca precoce.

Provavelmente o fato de tratar-se o abuso sexual de um problema com tantos tabus, que muitas vezes é trazido ao serviço de saúde sem a concordância dos familiares, e cuja investigação e intervenção nunca envolvem apenas a vítima, contribui para esse índice mais elevado que o encontrado para patologias cujas ocorrências são mais facilmente aceitas na infância.

Embora seja possível atribuir o abandono a um grande número de fatores inerentes ao abuso sexual, caberia à equipe investigar detalhadamente os reais motivos do problema, identificando ações que possam vir a ser implementadas ou intensificadas para ajudar a reverter essa situação.

Na percepção dos profissionais do AF são vários os motivos que podem levar as famílias a abandonarem o atendimento: a distância do local de moradia; as condições sócio-econômicas que não permitem comparecer às consultas; a não aceitação de freqüentar um serviço para tratar dos assuntos que são tratados no AF; a resolução do problema para o qual foi buscado o atendimento; a falta de compreensão da necessidade de um acompanhamento a longo prazo com vistas à prevenção de possíveis seqüelas do abuso; e a falta de motivação.

A equipe identifica dois tipos de abandono: um que seria prejudicial para a família, por interromper um acompanhamento ainda necessário; e outro, que foi identificado como a situação em que a família “se dá alta” e que a equipe reconhece que, de fato, não seria mais necessário o acompanhamento no AF.

Através da observação nas reuniões, verificamos que o ir e vir dos pacientes é muito dinâmico. Após o término da coleta de dados, por exemplo, alguns pacientes que haviam abandonado o acompanhamento retornaram ao AF, enquanto outros deixaram de comparecer às consultas. Isso sugere que o AF permanece para essas famílias como uma referência de atendimento. No entanto, há que se refletir sobre o tipo de atuação possível em situações desse tipo, bem como a eficácia de um acompanhamento não continuado e só realizado a partir das necessidades de quem recebe o atendimento.

Havia sido feita busca ativa em 24 dos 82 casos que abandonaram o acompanhamento. Esta conduta deveria ter sido tomada para todos eles, no entanto a própria equipe reconheceu

suas limitações em cumprir esta “norma” interna de convocar todos os faltosos por duas vezes e realizar visita domiciliar caso não retornassem.

O primeiro registro de que havia abandono de pacientes no AF ocorreu seis meses após o início do funcionamento do serviço, quando se registrou em ata a “necessidade de atuação mais articulada com o serviço social no sentido de rever e resgatar os casos perdidos”.

A consciência da equipe de que havia muitas situações de abandono (por opção dos familiares) e ao mesmo tempo abandonados pela equipe (que não havia realizado a busca ativa) pode ser verificada em diversas reuniões no decorrer do período estudado. Embora tenha havido algumas iniciativas para retomar o acompanhamento desses pacientes, elas não tiveram continuidade.

A equipe tem questionado o objetivo de acompanhar por um longo e indeterminado tempo as famílias encaminhadas ao AF e tentado propor critérios de alta, além de analisar e tentar compreender o que leva ao abandono do acompanhamento. Discutiu-se a possibilidade dos abandonos ocorrerem tão logo a família percebesse uma mínima reestruturação familiar ou tivesse suas necessidades atendidas. Killén (1996) chama atenção para que os profissionais procurem identificar as necessidades e possibilidades de avanços próprios de cada família. Essa visão evita que sejam criadas expectativas irreais, que podem levar à falsa necessidade de trabalhar a família por longos períodos em busca de um ideal que ela jamais será capaz de atingir.

A alta expressa o entendimento, por parte da equipe, de que a família não necessita mais do acompanhamento do serviço. O ideal seria decorrer da boa evolução e da resolução dos problemas que trouxeram a família até o serviço. Dentre os 24 pacientes que tiveram alta do AF, os critérios registrados nos prontuários foram os apresentados na tabela 10:

Tabela 10
Distribuição dos casos de abuso sexual que tiveram alta do AF, segundo os critérios de alta. Abril de 1996 a setembro de 2000. (N=24 pacientes)

Critério	Percentual
Afastada a suspeita de abuso sexual	50%
Criança bem após acompanhamento por suspeita / caso de abuso sexual	33,3%
Criança foi encaminhada / optou por acompanhar em outro serviço especializado	12,5%
Não identificado o critério de alta	4,2%

Considerando a **proporção de altas** como um dos indicadores de resultado do atendimento prestado, vimos anteriormente no gráfico 11 que esta foi igual a 18,6%. Não houve associação entre alta e existência de outros tipos de abuso além do sexual.

Acreditamos que um valor numérico não expressa, por si só, todo o contexto envolvido na decisão de proceder à alta de um paciente, devendo ser interpretado à luz da complexidade que envolve essa decisão. Faltam, no AF, metas de tempo de acompanhamento ou de ações a serem desenvolvidas em determinado período de tempo, de modo que fosse possível associar o valor acima ao cumprimento dessas metas.

Várias discussões em equipe sobre a necessidade de estabelecimento de critérios da alta vêm sendo realizadas desde o início de 1999. Uma das sugestões apresentadas foi a utilização de critérios individualizados, com base na resolução de problemas. Desta forma, a alta ocorreria quando a equipe verificasse que todos os problemas identificados no caso estivessem resolvidos. Outra sugestão feita foi a utilização, como critério de alta, da ausência de risco e da cessação de sintomas, ressaltando-se a importância de não confundir essa última com ausência de seqüelas, que muitas vezes são permanentes.

No grupo focal os profissionais do AF relataram que utilizam atualmente os seguintes critérios para alta:

“a gente considera muito isso: como a criança está no social: está indo bem na escola, dorme bem, não tem nenhuma queixa psicossomática, o agressor tá longe, família é protetora, portanto podemos dar alta.” [AF 2]

“... e quando o desenvolvimento da criança está caminhando socialmente.” [AF 4]

“o critério principal é quando a gente não tem mais nada a oferecer e não tem demanda. Não há troca. Porque eu estou acompanhando essa criança? Nem eles estão pedindo nada, nem eu estou oferecendo nada: não precisa mais.” [AF 1]

Em um serviço de recuperação para parentes e crianças vítimas de abuso sexual extra-familiar, nos EUA, foi utilizado como principal critério de alta para crianças a diminuição dos sintomas comportamentais, cuja avaliação baseou-se em observação clínica e nos relatos dos pais (Grosz et al, 2000). Outros indicadores mais gerais incluíram a demonstração de formas efetivas de expressar os sentimentos, melhora da auto-imagem, e maior sentimento de auto-controle. As autoras referem também ser importante que os pacientes tenham compreendido como procurar ajuda quando surgirem dificuldades em suas vidas e que estejam aptos para contar para alguém caso a experiência de abuso sexual ocorra novamente. A retomada das atividades diárias de forma prazerosa também foi um indicador utilizado por aquele serviço.

No início do ano 2000 a equipe do AF apontou para a necessidade de dar mais altas, constatando ao mesmo tempo que não havia metas de resultados a serem alcançados que permitissem saber se efetivamente um paciente estaria em condições de receber alta.

As diversas discussões sobre o tema resultaram em um aumento do número de altas dadas pela equipe do AF, a partir de 2001, apesar de critérios e metas não terem sido claramente estabelecidos. Consta em ata de abril daquele ano que o atendimento prestado pelo AF não estaria “satisfatório”, embora não tenham ficado claros os critérios utilizados para chegar a essa constatação. Surgiram algumas sugestões para melhorar o atendimento: a) que se estabelecesse um limite máximo de pacientes a serem mantidos em acompanhamento; b) uma revisão da sistemática do atendimento, para verificar se estariam sendo efetuadas ações “desnecessárias”, tais como as que seriam da competência do CT; c) rever a viabilidade das atividades planejadas, tomando-se como exemplo o objetivo da busca ativa para os pacientes faltosos.

O reconhecimento pela equipe do AF, de que o atendimento não estava se fazendo da forma que os profissionais desejariam, levou o grupo a reduzir o número de atendimentos, não recebendo mais encaminhamentos externos a partir de maio de 2001. Foi elaborado documento e enviado às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, aos Conselhos Tutelares e a algumas unidades de saúde que encaminhavam com maior frequência ao AF. O ingresso de pacientes novos diminuiu desde então, mas as medidas supracitadas, que resultariam em melhoria, não chegaram a ser implementadas.

Na maioria das vezes, a alta do AF tem sido vinculada ao agendamento de consulta para um pediatra geral do IPPMG, pelo entendimento que a equipe tem de que são crianças que merecem acompanhamento especial pela possibilidade de seqüelas de longo prazo ou reincidências do abuso. Tem sido escolhido o profissional para o qual cada paciente é encaminhado, uma vez que nem todos têm o desejo ou a capacidade de prestar esse atendimento diferenciado. Em 1999 foi aventada a hipótese dos próprios profissionais do AF criarem um turno para seguimento ambulatorial pós-alta, o que não ocorreu. Tal medida seria importante para que a equipe pudesse dar alta sem que o paciente ficasse sem vínculo formal com a equipe (o que aumentaria a segurança de profissionais e familiares quanto à alta) e permitiria adquirir experiência com a evolução dos casos a longo prazo, sem sobrecarregar o atendimento.

Apesar do IPPMG ser um hospital pediátrico, e portanto não estar estruturado para o atendimento de adultos, o AF incluiu em seus objetivos trabalhar com os familiares por saber o quanto é importante, para que o tratamento da criança siga um curso favorável, que estes estejam integrados ao tratamento e estejam bem emocionalmente. Por outro lado é muito

freqüente no serviço que as crianças – vítimas – estejam bem, clínica e emocionalmente, mas o acompanhamento não pode ser interrompido porque os responsáveis se mantêm com muitas questões a serem resolvidas. Ainda que essas questões pendentes não tenham relação direta com o abuso sexual sofrido pela criança, mas com problemas que foram trazidos para a equipe através da oportunidade que é oferecida de falar sobre tais questões, é comum que o abuso aflore ou piore problemas já existentes, e sempre é difícil para a equipe liberar a família nessas condições.

Na experiência de Grosz et al (2000), um fator significativo para a recuperação das crianças vítimas de abuso sexual é a capacidade dos pais de resolverem suas próprias angústias e de dar suporte aos seus filhos. À medida em que os responsáveis trabalham suas questões emocionais, recuperam a confiança de que podem seguir adiante, refazer suas vidas e se recuperar. Também à medida em que as crianças começam a se sentir melhor e seus problemas comportamentais diminuem, os pais adquirem esperança e melhoram simultaneamente; e quando há a resolução das questões legais, a família começa a deixar a experiência para trás. Estas mesmas autoras estabeleceram alguns indicadores de recuperação para os pais, como por exemplo a diminuição da ansiedade, da raiva, da tristeza e do sentimento de culpa pela ocorrência do abuso, a volta e o prazer pelas atividades de rotina, sociais, esportes e planos para o futuro, aumento da confiança, dentre outros. Talvez fosse interessante para a equipe do AF estabelecer alguns critérios de alta para os pais, e até mesmo analisar a viabilidade de manter os pais em acompanhamento após a alta da criança, pela importância já descrita anteriormente.

Por fim, analisamos os pacientes que estavam em acompanhamento, os que abandonaram e os que tiveram alta do AF, de acordo com os tempos médios de acompanhamento até o momento da coleta de dados (para os que se mantinham em acompanhamento) ou até cessar o acompanhamento (por abandono ou alta). Os resultados são apresentados na tabela 11.

Tabela 11

Distribuição da situação de acompanhamento no AF, segundo o número de pacientes, o tempo médio e a mediana de acompanhamento. Abril de 1996 a setembro de 2000.

Situação de acompanhamento	Número de pacientes	Tempo médio de acompanhamento (em meses)	Mediana do tempo de acompanhamento (em meses)
Em acompanhamento	22	19,3	15
Abandono	82	7,8	3,5
Alta	24	14,5	7
Todos os casos do serviço*	129	10,9	6

* Inclui o caso que foi encerrado sem estar em nenhuma das situações acima

O quadro acima nos permite verificar que o pouco tempo de acompanhamento dos pacientes, em geral, decorre de um grande número de casos que abandonaram em um período de tempo mais curto que o das demais situações. Se excluirmos os pacientes que abandonaram, o tempo médio de acompanhamento no AF é de 16,5 meses, com mediana de 11 meses. Parece também que o abandono não decorre de um longo acompanhamento, após o qual a própria família “se dá alta”. O mais provável, com uma mediana de 3,5 meses, é que as famílias deixem de comparecer após a intervenção do serviço na crise inicial, ou seja, após resolverem minimamente as questões clínicas ou de outros níveis que surgiram logo após a revelação ou a descoberta do abuso.

CONCLUSÕES E PROPOSTAS

Chegamos ao fim deste trabalho e, sem a intenção de estabelecer verdades, apresentaremos as interpretações dos resultados obtidos na pesquisa. Tais interpretações carregam, certamente, o viés da nossa formação médica e, por mais que tenhamos tentado manter um olhar externo, carregam também o viés de integrante da equipe do Ambulatório da Família. Nesse sentido, foi importante a colaboração de outros profissionais que nos alertaram e acrescentaram diferentes pontos de vista, desde o planejamento deste trabalho até a análise dos dados, nos diversos fóruns em que foi possível ou necessária sua apresentação, mesmo informalmente.

A avaliação realizada pôde contribuir não apenas para o planejamento da atuação frente ao abuso sexual, mas também a outros tipos de maus-tratos, na medida em que muitas ações a serem implementadas e problemas a serem enfrentados são comuns a todos – em muitas etapas desta pesquisa não foi possível, inclusive, restringir-nos apenas às questões do abuso sexual. Acreditamos, ainda, que este trabalho possa beneficiar outros serviços que vêm se estruturando no nosso meio com características semelhantes ao aqui estudado.

Verificamos que o Ambulatório da Família encontra-se estabelecido e legitimado no IPPMG, tendo conquistado espaço especialmente nas áreas de assistência e ensino, permitindo o reconhecimento da violência como uma questão presente no atendimento às crianças que freqüentam a instituição e merecedora de um tratamento especial e adequado às suas demandas características. Há, também, um claro reconhecimento externo.

Por outro lado, essa vertente assistencial parece ter ofuscado o Núcleo de Atenção à Criança Vítima de Violência, que a originou. É necessário que a equipe resgate a identidade deste núcleo, que tem objetivos mais abrangentes que o atendimento às vítimas. Deste modo, seria possível planejar e implementar, de forma mais efetiva, as atividades de ensino e, especialmente, de pesquisa, próprias de uma unidade com fins acadêmicos como o IPPMG.

Identificar o perfil dos casos de abuso sexual atendidos no serviço permitiu verificar que suas características são, em geral, semelhantes às descritas na literatura, o que possibilita compartilhar experiências. Conhecer de forma mais aprofundada as situações de abuso sexual atendidas pode ser útil, também, para orientar a equipe no planejamento de ações mais específicas, direcionadas às necessidades do serviço. Nesse sentido fica clara, por exemplo, a necessidade de preparar os profissionais para o atendimento de adolescentes, que embora não representem a faixa etária predominante, foi reconhecida como a que traz mais dificuldades no dia a dia.

Ainda nesse contexto, foi importante constatar que o Ambulatório da Família, em geral, não atende as vítimas imediatamente após o abuso e que os contatos sexuais que se apresentam são, na grande maioria, de tipos que não deixam evidências físicas específicas. Ambas situações exigem que a equipe se prepare melhor para a investigação sem esperar por “provas legais”, investindo, por exemplo, na formação para entrevistar as vítimas.

Limitações, internas e externas, foram identificadas no decorrer desta pesquisa, muitas delas já do conhecimento da equipe anteriormente ao trabalho e, provavelmente, comuns a outros serviços que prestam atendimento a vítimas de violência. Acreditamos ser importante destacá-las nesse momento, de forma sistematizada e sucinta, uma vez que foram norteadoras das propostas que apresentaremos adiante.

Em termos de estrutura para o atendimento, as limitações internas mais relevantes são a pouca privacidade para o atendimento; a precária formação específica dos profissionais do IPPMG, que compartilham com o AF do atendimento às vítimas; e a pouca disponibilidade de profissionais das áreas de Serviço Social e de Psicologia. Esse último problema fica ainda mais evidente pela falta, também no município do Rio de Janeiro, de redes de atendimento psicoterápico e de apoio social, que pudessem suprir as necessidades do serviço.

Em relação ao processo de atendimento, os principais limites identificados foram a falta de um protocolo de atendimento que permitisse à equipe sistematizar a avaliação dos casos; a dificuldade de envolver efetivamente as famílias e manter o acompanhamento regular no serviço; a pouca integração com os demais serviços do IPPMG, da rede de saúde e de outras instituições; e a atuação precária dos Conselhos Tutelares.

A forte mobilização que o abuso sexual imprime na família e nos profissionais, muitas vezes é, por si só, um obstáculo para o esclarecimento das situações vivenciadas pela vítima e para a condução dos casos. Além disso, a grande variedade de situações que se apresentam causa certa ansiedade na equipe por não permitir planejar antecipadamente as ações a serem desenvolvidas com cada família. Ainda especificamente em relação a esse tipo de abuso, a carência de serviços na rede para onde possam ser encaminhados os agressores, torna o tratamento parcial, já que voltado apenas para a vítima.

A falta de definição clara das metas a serem alcançadas com o atendimento e o não estabelecimento de parâmetros pela equipe para avaliar a evolução dos casos, são questões que limitam a identificação dos resultados alcançados com o trabalho da equipe. Além disso, o elevado índice de abandono impede que os próprios profissionais tenham noção mais precisa sobre a evolução dos pacientes por eles atendidos.

Apesar de todas essas limitações, muitos avanços foram percebidos desde que se iniciaram as atividades do Ambulatório da Família. A necessidade de atender às vítimas

estimulou a busca de conhecimentos teóricos que fundamentassem minimamente o trabalho desenvolvido e a busca por melhores condições de atendimento na instituição. A própria experiência prática imprimiu mudanças importantes nos profissionais, não apenas em termos técnicos, mas também no desenvolvimento do trabalho em equipe.

Nota-se que muitas lições vêm sendo aprendidas no decorrer dos anos, dentre elas lidar com os limites impostos por questões pessoais, institucionais e externas, e trabalhar com instituições externas à área da saúde. Acreditamos, no entanto, que a lição mais importante tem sido o exercício dos profissionais para superar os próprios sentimentos e reações, para que consigam acolher a família no momento de desamparo e desespero da situação de abuso sexual.

Alguns avanços foram conseguidos, também, com o próprio processo de avaliação. As entrevistas possibilitaram trocas de informações e divulgaram o serviço interna e externamente e, através dos grupos focais realizados com a equipe, foi possível repensar o trabalho que vem sendo desenvolvido e definir, em conjunto, alguns pontos importantes relativos à assistência prestada, os quais não haviam sido sistematizados até então.

Na visão dos profissionais do AF, para superar os limites da assistência seria necessário “*o Conselho Tutelar atuante, a Justiça rápida, uma disponibilidade maior de rede psicossocial*”. Acreditamos, porém, que ainda temos um longo caminho a percorrer internamente. É nesse sentido que apresentamos as propostas a seguir, algumas surgidas em discussão com a própria equipe:

a) Propostas voltadas especificamente ao atendimento às vítimas de abuso sexual:

- sistematizar critérios para diagnosticar o abuso sexual, a partir de discussão das propostas existentes na literatura;
- investir na formação dos profissionais para os quais se encaminham as vítimas de abuso sexual, em especial os dois serviços do HUCFF, cuja integração com o AF se dá especificamente por esse tipo de abuso. Isso poderia ser feito através de atividades formais em que se discuta o tema e através de discussões rotineiras de situações atendidas em conjunto;
- treinar a equipe do AF em técnicas para entrevistar as vítimas;
- traçar procedimentos mínimos a serem realizados em todas as vítimas de abuso sexual e construir metas de número de consultas e/ou tempo de atendimento, tanto com base na previsão de cumprimento desses procedimentos, quanto em alguns fatores facilitadores e/ou dificultadores, tais como: a idade da vítima, o fato de o abuso ser intra ou extra-familiar, ter ocorrido episódio único ou tratar-se de abuso crônico, dentre outros. Tal

proposta poderia ser testada em alguns casos específicos, a fim de verificar sua utilidade e eficácia para uso geral;

- reforçar a busca ativa para quem abandonou o acompanhamento e proceder um estudo aprofundado sobre o abandono, buscando analisar as causas da interrupção e identificar possíveis perfis familiares ou de abuso com maior tendência a esse desfecho;
- estabelecer critérios de alta para os pais, independente dos critérios adotados para as crianças, analisando a viabilidade de manter apenas os pais em acompanhamento, quando necessário. Tal acompanhamento poderia ser feito através de grupos de apoio, após a alta das crianças;

b) Propostas para o atendimento em geral:

- promover evento nos moldes do que foi realizado quando o AF iniciou suas atividades, envolvendo não apenas os profissionais do IPPMG, mas também profissionais de instituições parceiras no atendimento a vítimas. Nesse evento, poderiam ser discutidos temas relacionados aos maus-tratos em geral, com vistas à troca de experiências e planejamento de ações conjuntas;
- treinar a equipe do AF para o trabalho específico com adolescentes e com famílias;
- sistematizar o registro de dados nos prontuários para que seja possível avaliar periodicamente todo o processo de acompanhamento e seus resultados, analisando a possibilidade de utilizar os protocolos de registro existentes na literatura para os mais diversos tipos de abuso;
- rever a ficha utilizada para o banco de dados do serviço, especialmente com vistas à inclusão de critérios de confirmação dos maus-tratos;
- implementar, de fato, o atendimento multiprofissional direto às famílias. Acreditamos que o primeiro passo seria através de maior disponibilidade de tempo das psicólogas e da assistente social para os atendimentos do serviço;
- estabelecer estratégias para aumentar o retorno de informações sobre os pacientes para os serviços afins, internos e externos, o que serviria para sensibilização e educação sobre o tema, divulgação do serviço e integração do atendimento. Poderiam ser planejadas reuniões periódicas para troca de experiências e discussão de casos, além da elaboração de relatórios periódicos contendo informações sobre procedência dos pacientes, situação de confirmação do abuso etc.;
- estabelecer parcerias mais consistentes, intensificando contatos diretos com os serviços existentes e buscando conhecer novos serviços que atendam às necessidades da clientela do AF (por exemplo, serviços mais próximos da área de moradia da clientela);

- sugerir que sejam discutidas as falhas da notificação, comuns aos diversos serviços de saúde, na comissão inter-institucional constituída pela Secretaria de Estado da Saúde, da qual o AF é integrante;
- rever e retomar as propostas existentes, sugeridas pela própria equipe no decorrer dos anos, e que não foram implementadas. Nesse sentido, é importante que a equipe volte a elaborar os relatórios anuais, para analisar a dimensão dos avanços e das pendências do período.

Cabe, ainda, como forma de auxiliar o serviço na implementação de uma avaliação periódica, definir alguns indicadores que possam ser utilizados com esse fim. A partir dos indicadores que trabalhamos nesta pesquisa, verificamos que alguns podem ser implementados de imediato, enquanto outros dependem de uma melhor sistematização dos dados. Há ainda os que expressam de forma direta o atendimento prestado, enquanto outros precisam ser associados a variáveis não numéricas para que se possa estabelecer algum juízo de valor a respeito da assistência.

Esses indicadores deverão ser amplamente discutidos em equipe, a fim de que se decida quais e como implementá-los. Como sugestão, e esperando contribuir para o início de uma discussão a respeito, acreditamos que de imediato a equipe poderia utilizar aqueles que podem ser extraídos diretamente do banco de dados do serviço e que espelham, razoavelmente, o acompanhamento dos pacientes. Seriam eles: o tempo médio de acompanhamento dos casos, a média de consultas comparecidas por paciente, a proporção de notificação para os Conselhos Tutelares, a proporção de abandonos e a proporção de altas.

Ao discutir esses indicadores, a equipe poderia traçar metas para cada um deles, iniciando assim uma discussão mais concreta dos resultados a serem alcançados com o atendimento prestado.

Concluiremos este trabalho analisando, brevemente, o alcance dos objetivos do Ambulatório da Família. Como relatamos anteriormente, o serviço tem como objetivos identificar, acompanhar e prevenir recorrências em casos de violência contra a criança e o adolescente, adotando uma abordagem empática para melhor compreensão da dinâmica das relações intra e extra-familiares que resultaram no ato violento. A criança identificada como vítima de violência é considerada como o caso-índice, a partir do qual a equipe trabalharia os conflitos familiares (Ferreira et al, 1999). No grupo focal realizado com os profissionais do AF, foram acrescentados aos objetivos acima, “... a informação de outros profissionais...”, “... um apoio pra assistência em geral na proteção da criança...”, levantando dois outros objetivos: o pedagógico e o de suporte à equipe de saúde.

Por tudo o que foi exposto no decorrer deste trabalho, fica claro que o Ambulatório da Família alcançou apenas parcialmente esses objetivos. Isto foi reconhecido pelos próprios profissionais do serviço e atribuído, principalmente, ao modelo de atendimento, que ao ser estruturado numa unidade hospitalar, dependeria da integração e da eficácia de atuação de instituições de outras áreas de conhecimento para ser prestado em toda a sua dimensão. Apesar disso, é evidente que o saldo do atendimento oferecido pelo AF é positivo.

Por fim, acreditamos que apesar do Ambulatório da Família representar uma pequena parte de uma rede de assistência a crianças e adolescentes vítimas de violência, rede esta ainda escassa e mal estruturada no nosso meio, tem desempenhado um papel fundamental não apenas para as famílias assistidas, que nele encontram apoio e orientação, mas também para os profissionais, do IPPMG e de outras instituições, que têm no serviço um parceiro para dividir a árdua tarefa de prestar atendimento a um problema tão complexo como a violência contra a criança e, mais especificamente, o abuso sexual.

Esperamos que esse trabalho, ao tornar mais visível a complexidade que envolve o atendimento ao abuso sexual, auxilie a equipe do Ambulatório da Família a aproximar a assistência prestada, cada vez mais, às aspirações da própria equipe e das famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAP (American Academy of Pediatrics), 1999. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 103 (1): 186-191.
- AAP (American Academy of Pediatrics), 2000. Sexual victimization and STDs. In: *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*, 25th ed (L. K. Pickering, ed), pp.143-147, Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência), 1997. *Abuso sexual - Mitos e Realidade*. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados.
- ABRAPIA, 1999. *Relatório de atividades 1998 (2ª ed – revisada)*. Rio de Janeiro: ABRAPIA.
- ABRAPIA, s/d. *Exploração Sexual Infanto-Juvenil*. Rio de Janeiro: ABRAPIA.
- ABREU, V.I., 1999. Violência sexual intrafamiliar: ainda um segredo?. *Texto e Contexto Enfermagem*, 8(2): 404-408.
- ADAMS, J.A., 1997. Sexual Abuse and Adolescents. *Pediatric Annals*, 26(5):299-305.
- AGUILAR, M.J. & ANDER-EGG, E., 1994. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- ALVES-MAZZOTTI, A.J. & GEWANDSZNAJDER, F., 1998. *O método nas ciências naturais e sociais – pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- AMAZARRAY, M.R. & KOLLER, S.H., 1998. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11: 98 – 103.
- ARIÈS, P., 1981. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- ASHWORTH, C.S., FARGASON, C.A., FOUNTAIN, K., CUTTER, G. & CENTOR, R., 1995. Impact of patient history on residents' evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19(8): 943-951.
- ASSIS, S.G. & SOUZA, E.R., 1995. Morbidade por violência em crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, 71(6):303-312.
- ASSIS, S.G., 1995. *Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes: metas de prevenção e promoção*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ.
- AYUGA, M.D. & LÓPEZ, V.P., 1997. Atención de enfermería y maltrato infantil. In: *Niños maltratados* (J.C. Flores, J.A.D. Huertas & C.M. Gonzáles, org), pp. 279-286, Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- AZEVEDO, M.A. & GUERRA, V.N.A. (org)., 1989. *Crianças Vitimizadas: síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu Editora.

- AZEVEDO, M.A. & GUERRA, V.N.A., 1988. *Pele de asno não é só história: um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família*. São Paulo: Roca.
- AZEVEDO, M.A. & GUERRA, V.N.A., 1997. *Infância e Violência Doméstica*. São Paulo: IV TELELACRI/ IPUSP.
- BARDIN, L., 1977. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BAR-ON, M.E. & ZANGA, J.R., 1996. Child abuse: a model for the use of structured clinical forms. *Pediatrics*, 98: 429-433.
- BAYS, J. & CHADWICK, D., 1993. Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse & Neglect*, 17: 91-110.
- BECKER, H.S., 1997. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: HUCITEC.
- BECK-SAGUÉ, C. & SOLOMON, F., 1999. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of select literatura. *Clinical Infectious Diseases*, 28(supl 1): S74-83.
- BELL, L., 2001. Patterns of interaction in multidisciplinary child protection teams in New Jersey. *Child Abuse & Neglect*, 25: 65-80.
- BELSKY, J., 1993. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (3): 413-434.
- BERKOWITZ, C.D., 1995. Pediatric abuse: new patterns of injury. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 13(2): 321-341.
- BERKOWITZ, C.D., BROSS, D.C., CHADWICK, D.L. & WHITWORTH, J.M., 1994. Diagnóstico e tratamento do abuso sexual em crianças segundo a Associação Médica Americana. *Suplemento JAMA/Clinica Pediátrica*, 2(3):224-232.
- BOTASH, A.S., 1997. Examination for sexual abuse in prepubertal children. *Pediatric Annals*, 26(5): 312-320.
- BOWLING, A., 1997. Evaluating health services: multidisciplinary collaboration. In: *Research methods in health: investigating health and health services* (A. Bowling), pp. 5-16, Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- BRASIL, 2001. Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União* nº 96, 18 maio, seção 1e. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- BRÊTAS, J.R.S., SILVA, C.V., QUIRINO, M.D., RIBEIRO, C. A., KURASHIMA, A.Y. & MEIRA, A.O.S., 1994. O enfermeiro frente à criança vitimizada. *Acta Paulista de Enfermagem*, 7(1): 3-10.
- CABANILLAS, M.C. & GONZÁLEZ, J.M.M., 1997. La prevención del maltrato infantil. In: *Niños maltratados* (J.C. Flores, J.A.D. Huertas & C.M. Gonzáles, org), pp. 325-36, Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

- CAHILL, L.T., KAMINER, R.K. & JOHNSON, P.G., 1999. Developmental, cognitive and behavioral sequelae of child abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(4): 827-843.
- CAMPIS, L.B., HEBDEN-CURTIS, J. & DEMASO, D.R., 1993. Developmental differences in detection and disclosure of sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (5): 920-924.
- CAMURÇA, M., s/d. *Considerações sobre a atuação e o funcionamento dos Conselhos Tutelares no município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ISER.
- CHADWICK, D.L., 1998. *The content of hospital based child abuse programs*. 3p. (mimeo).
- CHIZZOTTI, A., 1998. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez.
- CICOUREL, A., 1990. Teoria e método em pesquisa de campo. In: *Desvendando máscaras sociais* (G. Barreman et al, org), pp. 87-121, Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- CLAVES (Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde), 1993. *Estudo multidisciplinar sobre as atuais condições de atendimento a crianças e adolescentes do Rio de Janeiro em situações especialmente difíceis. Municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias*. Relatório Final de Pesquisa, Rio de Janeiro: CLAVES / ENSP / FIOCRUZ.
- COHEN, C., 1993. *O incesto um desejo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CONANDA (Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente), 1996. *Documento base do grupo de trabalho sobre a "violência sexual contra a criança e o adolescente"*. Brasília: CONANDA.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J-L. & PINEAULT, R., 1997. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* (Z.M.A. Hartz, org), pp.29-47, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- CONTE, J.R., 1993. Sexual abuse of children. In: *Issues in childrens' and Families' lives. Vol 1. Family violence: prevention and treatment* (R.L. Hampton, T.P. Gullotta, G. Adams, E.H. Potter III & R.P. Weissberg, edit), pp. 56-85, Califórnia: Sage Publications.
- COULBORN-FALLER, K. & CORWIN, D.L., 1995. Children's interview statements and behaviors: role in identifying sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 19(1):71-82.
- CRAMI (Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância), 1997. *Relatório Anual de Atividades - 1996*. Campinas: CRAMI.
- CRIVILLÉ, A., 1997. Nem muito, nem pouco. Exatamente o necessário: reflexões a propósito dos profissionais. In: *Crianças vítimas de abuso sexual*. (M. Gabel, org), pp. 132-143, São Paulo: Summus.
- CRUZ NETO, O., 1994. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (M.C.S. Minayo, org), pp. 51-66, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

- CUNHA, J.M., 1998. *Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: impasses e desafios*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ.
- DEMAUSE, L., 1982. La evolución de la infancia. In: *Historia de la Infancia* (L. deMause, org), pp. 15-92, Madri: Alianza Editorial.
- DEMO, P., 1985. *Introdução à Metodologia da Ciência*. São Paulo: Editora Atlas.
- DEMO, P., 1991. *Avaliação Qualitativa*. São Paulo: Cortez-Autores Associados.
- DESLANDES, S.F., 1993. *Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação do CRAMI – Campinas*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- DESLANDES, S.F., 1999. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 81-94.
- DI BLASIO & CAMISASCA, 1996. Child abuse: an analysis of a global problem. *International Child Health: a digest of current information*, VII (3): 59-66.
- DONABEDIAN, A., 1984. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- DONABEDIAN, A., 1987. Candido em el país de la investigación en servicios de salud. *Salud Publica de México*, 29:520-530.
- DONZELOT, J., 1986. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- DRACH, K.M., WIENTZEN, J. & RICCI, L.R., 2001. The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25: 489-503.
- FALEIROS, V.P., 1998. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. In: *Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial da crianças e adolescentes* (M.L.P. Leal & M.A. César, org), pp.15-28, Brasília: CESE – MJ / SNDH / DCA - FCC-CECRIA.
- FERREIRA, A.L., 1992. *Prática assistencial e avaliação de qualidade: reflexões a partir do estudo de um grupo de crianças acompanhadas por baixa estatura*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: IPPMG/UFRJ.
- FERREIRA, A.L., GONÇALVES, H.S., MARQUES, M.J.V. & MORAES, S.R.S, 1999. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório da Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 123-130.
- FINKELHOR, D., 1994. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18(5):409-417.
- FINKELHOR, D., ASDIGIAN, N. & DZIUBA-LEATHERMAN, J., 1995. Victimization Prevention Programs for Children: a follow-up. *American Journal of Public Health*, 85(12): 1684-1689.

- FISCHER, D.G. & McDONALD, W.L., 1998. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 22(9): 915-929.
- FLORES, R.Z., 1998. Definir e medir o que são abusos sexuais. In: *Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial da crianças e adolescentes* (M.L.P. Leal & M.A. César, org), pp.39-55, Brasília: CESE - MJ/SNDH/DCA -FCC-CECRIA.
- FOULCAULT, M., 1979. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- FUNDAÇÃO CENTRO DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS BENTO RUBIÃO, 1999. *Visualizando a Política de Atendimento à Criança e ao Adolescente – relatório da pesquisa*. Rio de Janeiro: Litteris Editora.
- FURNISS, T., 1993. *Abuso Sexual da Criança - uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas
- GABEL, M.(org), 1997. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus.
- GARNEFSKI, N. & ARENDS, E., 1998. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21: 99-107.
- GAUDERER, E.C. & MORGADO, K., 1992. Abuso sexual na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, 68(7/8):243-247.
- GAUDERER, E.C., 1991. Abuso sexual de crianças e adolescentes. _____, 4(3): 38-58.
- GELLES, R.J., 1997. *Intimate violence in families*. Califórnia: Sage Publications.
- GOMES, R., 1993. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (M.C.S. Minayo, org), pp. 67-80, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- GOMES, R., 1994. *O corpo na rua e o corpo da rua. A prostituição infantil feminina em questão*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- GONÇALVES, H.S. & FERREIRA, A.L., 2002. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1):315-319
- GONÇALVES, H.S., FERREIRA, A.L. & MARQUES, M.J.V., 1999. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 33(6):547-553.
- GORDON, S. & JAUDES, P.K., 1996. Sexual abuse evaluations in the emergency department: is the history reliable? *Child Abuse & Neglect*, 20(4): 315-322.
- GRÜNSPUN, H., 1992. In: *Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado - comentários jurídicos e sociais* (M. Cury et al, coord.), pp. 54-56, São Paulo: Malheiros Editores.
- GROSZ, C.A., KEMPE, R.S. & KELLY, M., 2000. Extrafamilial sexual abuse: treatment for child victims and their families. *Child Abuse & Neglect*, 24(1): 9-23.
- GUERRA, R.D.O., 2000. Abuso sexual en niños y niñas – consideraciones clínicas. *Jornal de Pediatria*, 76(4): C33 – C38.

- HAMMERSCHLAG, M.R., 1998. Sexually transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications. *Sexually Transmitted Infections*, 74(3): 167-174.
- HAMPTON, R.L. & NEWBERGER, E.H., 1985. Child abuse incidence and reporting by hospitals: significance of severity, class and race. *American Journal of Public Health*, 75 (1): 56-60.
- HARTZ, Z.M.A., 1997. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* (Z.M.A. Hartz, org), pp.19-28, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- HAZEN, M. & FONSECA, S., 1998. Exploração e violência sexual contra crianças e adolescentes no Pará. In: *Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial da crianças e adolescentes* (M.L.P. Leal & M.A. César, org), pp.58-70, Brasília: CESE - MJ/SNDH/DCA -FCC-CECRIA.
- HEGER, A.H., 1996. Twenty years in the evaluation of the sexually abused child: has medicine helped or hurt the child and the family? *Child Abuse and Neglect*, 20(10):893-897.
- HOROWITZ, L.A., PUTMAN, F.W. & NOLL, J.G., 1997. Factors affecting utilization of treatment services by sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 21(1):35-48.
- HUERTAS, J.A.D., 1997. Concepto. Tipología. Clasificación. In: *Niños maltratados* (J.C. Flores, J.A.D. Huertas & C.M. Gonzáles, org), pp. 9-13, Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- JORNAL DO BRASIL, 2001. Saúde notifica casos de maus-tratos a crianças e adolescentes. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 16 dez, Revista Rio Saúde, p.25.
- JUNQUEIRA, M.F.P.S., 1998. *Do complô do silêncio à estigmatização do discurso: reflexões acerca do abuso sexual da criança e a prática clínica*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: PUC.
- JUNQUEIRA, M.F.P.S., 2001. *Seguindo adiante: possibilidades de (re)construção após vivência de abuso sexual infantil*. Projeto de tese. Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher, Rio de Janeiro: IFF/ FIOCRUZ.
- KASSIM, K. & KASIM, M.S., 1995. Child sexual abuse: psychosocial aspects of 101 cases seen in an urban malaysian setting. *Child Abuse & Neglect*, 19 (7): 793-799.
- KELLOGG, N.D., PARRA, J.M. & MENARD, S., 1998. Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 152: 634-641.
- KILLÉN, K., 1996. How far have we come in dealing with the emotional challenge of abuse and neglect? *Child Abuse & Neglect*, 20(9): 791-795.
- KINARD, E.M., 1994. Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 18(8): 645-656.
- KINI, N. & LAZORITZ, S., 1998. Evaluation for possible physical or sexual abuse. *Pediatric Clinics of North America*, 45(1): 205-219.

- LAB, D.D., FEIGENBAUM, J.D. & SILVA, P., 2000. Mental health professionals' attitudes and practices towards male childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 24(3): 391-409.
- LAHOTI, S.L., MCCLAIN, N., GIRARDET, R., MCNEESE, M. & CHEUNG, K., 2001. Evaluating the child for sexual abuse. *American Family Physician*, 63 (5): 883-92.
- LAMERS-WINKELMAN, F., 1999. Multidisciplinary teams: a vital prerequisite for the management of child abuse and neglect. In: *First Meeting on Strategies for Child Protection* (WHO Regional Office for Europe, org), pp. 67-70, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- LAURITSEN, A.K., MELDGAARD, K., CHARLES, V., 2000. Medical examination of sexually abused children: medico-legal value. *Journal of Forensic Sciences*, 45(1):115-117.
- LEAL, M.L.P. & César, M.A (org), 1998. *Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial da crianças e adolescentes*. Brasília: CESE - MJ/SNDH/DCA -FCC-CECRIA.
- LEAL, M.L.P., 1998. Violência intra-familiar: um estudo preliminar. In: *Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial da crianças e adolescentes* (M.L.P. Leal & M.A. César, org), pp.30-38, Brasília: CESE - MJ/SNDH/DCA -FCC-CECRIA.
- LEFÈVRE, F., 1992. Violação e violência: resgatando a violação como fato cultural. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, II (2): 36-42.
- LEVETT, A., 1994. As implicações do imperialismo cultural no estudo da violência sexual contra crianças. In: *Childhood and Adversity – Psychological perspectives from South Africa Research* (A. Davies & D. Donald, ed), Capetown: David Philip. Traduzido por Zchetti, R.. São Paulo: LACRI / IPUSP.
- LEWIS, C.F. & STANLEY, C.R., 2000. Women accused of sexual offenses. *Behavioral Sciences and the Law*, 18(1): 73-81.
- LINDON, J. & NOURSE, C.A., 1994. A multi-dimensional model of groupwork for adolescent girls who have been sexually abused. *Child Abuse & Neglect*, 18(4): 341-348.
- MANION, I.G., McINTYRE, J., FIRESTONE, P., LIGEZINSKA, M., ENSOM, R. & WELLS, G, 1996. Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20(11): 1095-1109.
- MENEGHEL, S.N., 1995. Violência na Infância e Adolescência. *Jornal de Pediatria*, 71(6): 294-296.
- MERCY, J.A., 1999. Having new eyes: viewing child sexual abuse as a public health problem. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 11(4): 317-321.
- MINAYO, M.C.S & Cruz Neto, O., 1999. Triangulacion de métodos en evaluación de programas y servicios de salud. In: *Salud cambio y políticas: perspectiva desde America Latina* (M.M. Bronfman y R. Castro, org), pp. 65-80, México: Edamex.

- MINAYO, M.C.S., & SOUZA, E.R., 1998. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, IV (3): 513-531.
- MINAYO, M.C.S. & SOUZA, E.R., 1999. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (1): 7-23.
- MINAYO, M.C.S., 1990. A violência na adolescência - em foco a adolescência descamisada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, VI (3): 278-292.
- MINAYO, M.C.S., 1992. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO.
- MINAYO, M.C.S., 1994. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(suplemento 1): 7-18.
- MINAYO, M.C.S., SOUZA, E.R., ASSIS, S.G., CRUZ NETO, O., DESLANDES, S.F. & SILVA, C.M.F.P., 1997. *Avaliação dos Centros de Orientação Sorológica - COAS. Experiência metodológica de triangulação*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES.
- MINAYO, M.C.S., SOUZA, E.R., ASSIS, S.G., CRUZ NETO, O., DESLANDES, S.F. & SILVA, C.M.F.P., 1999. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico / CTA / COAS da Região Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2):355-367.
- MINAYO, M.C.S., 1994 a. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (M.C.S. Minayo, org), pp.9-29, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- MJ (Ministério da Justiça) & UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), 1996. *Proteção Jurídico-Social a crianças e adolescentes em situações de abuso e exploração sexual*. Brasília: DCA/SDC/Ministério da Justiça / UNICEF
- MORAES, M.C.L. & RABINOVICH, E.P., 1996. Resiliência: uma discussão introdutória. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 6(1/2):10-13.
- MS (Ministério da Saúde), 1999. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica*. Brasília: Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 2002. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 167. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.
- MURAM, D., 1999. Limitations of the medical evaluation for child sexual abuse. *The Journal of Reproductive Medicine*, 44(12): 993-999.
- NAGEL, D.E., PUTNAM, F.W., NOLL, J.G. & TRICKETT, P.K., 1997. Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning at a 1-year follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 21(2): 137-147.
- NEWBERGER, E.H., 1990. Pediatric interview assessment of child abuse: challenges and opportunities. *Pediatric Clinics of North America*, 37(4): 943-954.

- OPAS, 1993. *Resolução XIX: Violência y Salud*. Washington: OPAS
- PALUSCI, V.J., COX, E.O., CYRUS, T.A., HEARTWELL, S.W., VANDERVORT, F.E. & POTT, E.S., 1999. Medical assessment and legal outcome in child sexual abuse. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153(abril): 388-392.
- PARADISE, J.E., 1990. The medical evaluation of the sexually abused child. *The Pediatric Clinics of North America*, 37(4): 839-862.
- PARRA, J.M., HUSTON, R.L. & FOULDS, D.M., 1997. Resident documentation of diagnostic impression in sexual abuse evaluations. *Clinical Pediatrics*, 36: 691-694.
- QUINTANILLA, L.F. & OLIVERA, A.D., 1997. Los servicios sociales en el maltrato infantil. In: *Niños maltratados* (J.C. Flores, J.A.D. Huertas & C.M. Gonzáles, org), pp. 343-350, Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- RIFIOTIS, T., 1995. Nos campos da violência: diferença e positividade. Série “*Antropologia em Primeira Mão*”, Santa Catarina: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, UFSC.
- RODRIGUES, C.R.M., Motta, S.S., CORDEIRO, A.A., LACERDA, E.M.A., 1994. *Prevalência de anemia ferropriva em crianças entre 12 e 18 meses de idade atendidas nos ambulatórios Materno Infantil e Geral do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Saúde Materno Infantil/IPPMG-UFRJ.
- ROUYER, M., 1997. As crianças vítimas, conseqüências a curto e médio prazo. In: *Crianças vítimas de abuso sexual*. (Gabel, M., org): pp.62-71, São Paulo: Summus.
- SÁNCHEZ, F.L., 1997. Abuso sexual: um problema desconhecido. In: *Niños maltratados* (J.C. Flores, J.A.D. Huertas & C.M. Gonzáles, org): pp.161-167, Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- SANTOS, H.O., 1992. In: *Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado - comentários jurídicos e sociais* (M. Cury et al, coord), pp. 734-739, São Paulo: Malheiros Editores.
- SANTOS, S.R., 1999. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *Jornal de Pediatria*, 75(6): 401-406.
- SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria), 2000. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. Orientações para pediatras e demais profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: SBP/CLAVES/ SEDH-MJ.
- SCHRAIBER, L.B., 1997. Prefácio. In: *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* (Z.M.A. Hartz, org), pp.9-15, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- SILVA, K.H., 2001. *Notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares: uma relação em construção*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ
- SILVA, L.K., ESCOSTEGUY, C.C. & MACHADO, C.V., 1996. Metodologia para a estimativa de padrões de qualidade: o caso do infarto agudo do miocárdio. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12(supl 2): 71-83.

- SOCOLAR, R.R.S., 1996. Physician knowledge of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 20(8):783-790.
- SOCOLAR, R.R.S., FRIDRICKSON, D.D., BLOCK, R., MOORE, J.K., TROPEZ-SIMS, S. & WHITWORTH, J.M., 2001. State programs for medical diagnosis of child abuse and neglect: case studies of five established or fledgling programs. *Child Abuse & Neglect*, 25: 441-455.
- SOUZA, E.R., ASSIS, S.G., ALZUGUIR, F.C.V. & MORALES, A.E, 2001. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico. (mimeo).
- SWANSTON, H.Y., TEBBUTT, J.S., O'TOOLE, B.I. & OATES, R.K., 1997. Sexually abused children 5 years after presentation: a case-control study. *Pediatrics*, 100(4): 600-608.
- TAAL, M. & EDELAAR, M., 1997. Positive and negative effects of a child sexual abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect*, 21(4): 399-410.
- THOUVENIN, C., 1997. A palavra da criança: do íntimo ao social. In: *Crianças vítimas de abuso sexual*. (M. Gabel, org), pp. 91 – 102, São Paulo: Summus.
- TILDEN, V.P., SCHMIDT, T.A., CHIODO, G.T., GARLAND, M.J. & LOVELESS, P.A., 1994. Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *American Journal of Public Health*, 84(4): 628-633.
- UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), 1996. *Situação Mundial da Infância*. New York: UNICEF.
- VIGARELLO, G., 1998. *História do estupro: violência sexual nos séculos XVI-XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- VITIELLO, N., 1989. Violência sexual contra crianças e adolescentes. *FEMINA*, 17(12): 1000-1006.
- WILLIAMS, J.J., 1994. The cycle of abuse. In: *Recognition of child abuse for the mandated reporter* (J.A. Monteleone, org), pp. 113-126. St. Louis: G.W. Medical Publishing, Inc.
- WISSOW, L.S., 1990. Children as child abusers. In: *Child Advocacy for the clinician: na approach to child abuse and neglect*, pp. 195-200, Baltimore: Williams & Wilkins.
- WISZEWIANSKI, L., 1988. Quality of care: past achievements and future challenges. *Inquiry*, 25:13-22.
- WYATT, G.E., LOEB, T.B., SOLIS, B. CARMONA, J.V. & ROMERO, G., 1999. The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade. *Child Abuse & Neglect*, 23(1):45-60.
- ZAVASCHI, M.L., QUINALHA, A.F., ENK, I., TELELBOM, M. & DEFAVERY, R., 1991. Abuso sexual em crianças: uma revisão. *Jornal de Pediatria*, 67(3/4): 130-136.

ANEXOS

ANEXO 1

O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público

Ana Lúcia Ferreira

PROTOCOLO DE PESQUISA

Ficha de Pesquisa nº: _____

Data: / /

1. Nome:

2. Registro no IPPMG:

3. Ficha AF:

4. Sexo: masculino () feminino ()

5. Idade na 1ª consulta AF: ____ anos e ____ meses

6. Encaminhamento para o AF:

- origem: interno () _____ externo () _____
 demanda espontânea ()

- motivo: _____

- quem solicitou o tratamento: _____

- formal () informal ()

- situação de chegada: suspeito () sem suspeita ()

 confirmado () critério: _____

7. Características do abuso sexual:

7.1 – intra-familiar () extra-familiar () ambos () não classificável ()

 agressor: _____

7.2 – tipo de contato do agressor com a vítima: NA () NI ()

7.3 – nº de episódios do abuso: ____ NA () idade no 1º abuso: ____ NA ()

7.4 – alt. físicas encontradas no IPPMG: não () NI ()

 sim () _____

7.5 – alterações comportamentais / emocionais: não ()

 sim () _____

8. Tempo decorrido entre o último abuso e o 1º atendimento: ____ dias ____ meses NA ()
NI ()

9. Número de consultas no AF: comparecidas: _____

10. Tempo total de acompanhamento no AF: ____ semanas ____ meses

11. Intervalo entre as consultas comparecidas: NA ()

1ª - 2ª: ____ semanas

5ª - 6ª ____ semanas

9ª - 10ª ____ semanas

2ª - 3ª: ____ semanas

6ª - 7ª ____ semanas

10ª - 11ª ____ semanas

3ª - 4ª ____ semanas

7ª - 8ª ____ semanas

11ª - 12ª ____ semanas

4ª - 5ª ____ semanas

8ª - 9ª ____ semanas

12ª - 13ª ____ semanas

12. Frequência às consultas: NA ()
regular ()
irregular () motivos alegados para as faltas, registrados no prontuário: _____

- realização de busca ativa: telefonema () telegrama () visita domiciliar () NA ()
13. Realização de exames complementares:

14. Encaminhamentos externos devido ao abuso sexual: Nenhum ()
Ginecologia - encaminhado S() N () atendido S() N ()
Proctologia - encaminhado S() N () atendido S() N ()
Psiquiatria - encaminhado S() N () atendido S() N ()
Outros encaminhamentos - _____
15. Profissionais do AF que atenderam:
médico () assistente social () psicólogo () enfermeira ()
16. Familiares envolvidos no atendimento:
composição familiar: _____
envolvidos: _____
17. Resultados do atendimento registrados no prontuário:
17.1. clínicos: _____ NA ()
17.2. modificações na dinâmica familiar: _____ NA ()
18. Reincidência do abuso: sim () nº vezes: _____ não () NA ()
mesmo agressor? _____
19. Caso notificado:
sim () - local: CT () _____ caso nº: _____
JIJ () DP ()
- quem notificou: familiar () prof. AF () prof. externo ()
não ()
20. Situação do caso no momento da coleta de dados:
20.1. suspeito ()
confirmado () critério de confirmação descrito: _____
afastada hipótese de abuso sexual ()
- 20.2. em acompanhamento: sim () não ()
- 20.3. abandono: sim () não ()
última consulta em: __/__/__ - há _____ meses
realização de busca ativa após abandono: S () N () – resultado: _____
- 20.4. alta: sim () critério: _____ não ()

ANEXO 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DO IPPMG

- a) Como soube da existência do AF
- b) Obteve alguma informação formal a respeito das atividades do AF
- c) Como é formada a equipe do AF. Que ações acredita que são desenvolvidas por essa equipe. Que tipo de clientela acha que é atendida no AF.
- d) Participação em treinamento sobre violência contra a criança e especificamente sobre abuso sexual (no IPPMG / fora do IPPMG). Preparação para detectar, fazer uma primeira abordagem e encaminhar os casos de abuso sexual para o AF. Principais dificuldades nestas ações (pessoais, institucionais, sociais; a possibilidade de implicações legais)
- e) Percepção sobre a influência que a existência de um serviço que receba suspeitas de abuso sexual na própria instituição possa ter nos profissionais desta instituição (mudanças de comportamento)
- f) Principais dificuldades na relação com a equipe do AF: acesso dos pacientes encaminhados, troca de informações (incluindo qualidade dos pareceres), orientações recebidas
- g) Percepção em relação ao resultado dos casos encaminhados: mudanças clínicas nas vítimas, alterações nas dinâmicas familiares (para pior ou melhor), continuidade / reincidência do abuso durante o atendimento
- h) Expectativas em relação à atuação do AF em casos de abuso sexual
- i) Importância da existência do AF para o atendimento às vítimas de abuso sexual
- j) Pontos positivos e negativos da atuação do AF no atendimento às vítimas de abuso sexual
- k) Sugestões para melhorar a atuação do serviço
- l) Impressão geral sobre o serviço

ANEXO 3

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS EXTERNOS

- a) Como soube da existência do AF
- b) Obteve alguma informação formal a respeito das atividades do AF
- c) Como é formada a equipe do AF. Que ações acredita que são desenvolvidas por essa equipe. Que tipo de clientela acha que é atendida no AF.
- d) De que formas ocorre sua integração com o AF: telefonemas, notificações, visitas institucionais, pareceres, encaminhamento direto de pacientes. Qualidade das informações contidas nos encaminhamentos do AF.
- e) Principais dificuldades na relação com a equipe do AF: acesso dos pacientes encaminhados, troca de informações (formais e informais), divergências em proposta de abordagem de casos
- f) Percepção em relação ao resultado dos casos encaminhados: mudanças clínicas nas vítimas, alterações nas dinâmicas familiares (para pior ou melhor), continuidade / reincidência do abuso durante o atendimento
- g) Expectativas em relação à atuação do AF em casos de abuso sexual
- h) Importância da existência do AF para o atendimento às vítimas de abuso sexual
- i) Pontos positivos e negativos da atuação do AF no atendimento às vítimas de abuso sexual
- j) Sugestões para melhorar a atuação do serviço

ANEXO 4

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PAIS / RESPONSÁVEIS

1. Quando sua criança foi encaminhada para o AF, como você imaginava que seria?
2. Como se sentiu na primeira consulta? E a criança?
3. O que você acha deste local de atendimento? (facilidade para encontrar/chegar aqui; forma como foi recebido; conforto e privacidade das salas)
4. Como são as consultas? (Investigar: como se sente; forma como as pessoas atendem; forma como elas trabalham; se explicam alguma coisa para ela; se entende as orientações que foram dadas)
5. O que acha do tempo entre uma e outra consulta?
6. Sua criança precisou fazer algum exame a pedido do AF? Houve alguma dificuldade para marcar ou fazer esses exames?
7. Vocês foram encaminhados para algum outro local? Foi fácil chegar nesse local? Conseguiu resolver o que ? Por que?
8. O seu caso foi notificado ao Conselho Tutelar?
9. Você foi esclarecida antes de que iam notificar?
10. O que aconteceu por causa desta notificação?
11. Você se sentiu apoiada pelo pessoal daqui nessa fase da notificação ao Conselho Tutelar?
12. Você acha que o atendimento aqui deu algum resultado? Qual (is)? (investigar mudanças na vítima e na dinâmica familiar; reincidência)
13. Você acha que o atendimento aqui lhe satisfaz ou não? O que você acha que foi bom? E o que foi ruim?
14. O que você pensa que poderia melhorar neste ambulatório? E nos profissionais que atendem aqui?

Caso seja faltoso/abandono, acrescentar as seguintes perguntas

15. Por que a criança parou de vir ao tratamento aqui?
16. Você recebeu algum chamado em casa para voltar ao atendimento aqui no serviço?
17. Que tipo de convocação você recebeu?
18. Como você ou o responsável pela criança se sentiu quando foi chamado para comparecer aqui de novo para continuar o tratamento? E como a criança se sentiu?

ANEXO 5

ROTEIRO 1

GRUPO FOCAL COM EQUIPE SOBRE O ATENDIMENTO NO AF

1. Quais são os objetivos do AF?
2. Como a equipe que atende no AF está constituída e qual é a função de cada um dos profissionais que a compõem?
3. Que formação vocês tiveram para atender no AF? Vocês consideram que essa formação é adequada para o atendimento?
4. Gostaria que vocês falassem sobre que concepções teóricas fundamentam a prática do AF e com que conceito(s) de violência vocês trabalham.
5. Que problemas e que avanços vocês consideram que há nessas concepções?
6. Quais são as principais ações/atividades que o AF desenvolve no atendimento?
7. Vocês podem descrever, de forma breve, como é a rotina de um dia de trabalho no AF? (investigar principais dificuldades e como as superam; como as pessoas lidam com o fato de terem que desempenhar várias funções; dificuldades da assistente social para fazer visita domiciliar)
8. Vocês atendem mais crianças ou adolescentes no AF? Há diferenças nesse atendimento?
9. Vocês acham que algum tipo de abuso requer especificidade no atendimento ou são todos iguais? Se há, quais são eles, e por que isso é feito?
10. Como vocês percebem que são as relações do AF com os outros setores do IPPMG? (como se estabelecem; principais dificuldades e superação)
11. E como são as relações do AF com as outras instituições? (como se estabelecem; principais dificuldades e superação)
12. O que vocês acham dos encaminhamentos que recebem?
13. O que pensam sobre a iatrogenia ocorrida fora do AF? Há como resolvê-la?
14. Como é a relação profissional/família aqui no AF?
15. Vocês consideram que as famílias têm suas necessidades atendidas no AF?
16. Gostaria de ouvir como tem sido para cada um de vocês a experiência de trabalhar nesta equipe.
17. Na opinião de vocês como deveria ser um serviço “ideal” de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência? Como o AF se situa em relação a esse “ideal”.

ANEXO 6

ROTEIRO 2

GRUPO FOCAL COM EQUIPE SOBRE O ATENDIMENTO AO ABUSO SEXUAL NO AF

1. O que vocês entendem por abuso sexual?
2. Existe alguma especificidade no atendimento ao abuso sexual ou esses casos são atendidos de modo semelhante aos outros tipos de abuso? Há diferenças e semelhanças, em que? (Investigar quanto a material; estrutura física e administrativa; suporte de especialistas; serviços de encaminhamentos)
3. O que vocês consideram mais fácil e mais difícil no atendimento desses casos de abuso sexual?
4. Gostaria que vocês falassem um pouco sobre como é feita a primeira abordagem aos casos de abuso sexual aqui no AF. (Investigar quem pode fazê-la; se é igual ou semelhante a outros tipos de abuso; como se sentem).
5. Como percebem que a família da vítima de abuso sexual se sente na primeira consulta no AF?
6. Quando vocês acham que há indicação para entrevistar a vítima? Como é vivenciada por vocês a experiência de entrevistá-la?
7. Que critérios vocês usam para diagnosticar/confirmar os casos de abuso sexual? Eles são semelhantes ou diferem dos critérios adotados nos demais tipos de abuso?
8. A demora que, às vezes, ocorre para se obter a história “real” do abuso sexual também acontece nos outros tipos de abuso?
9. Quais os principais problemas que há no acompanhamento das vítimas de abuso sexual? Que soluções haveria para eles? (Investigar: adesão; exames complementares; elaboração de pareceres; notificação; exame de corpo de delito).
10. Existe alguma dificuldade em efetuar a notificação do abuso sexual ao Conselho Tutelar? Qual?
11. Vocês utilizam algum critério para decidir qual caso de abuso sexual notificam e qual não notificam ao Conselho Tutelar?
12. Que resultados vocês acham que estão conseguindo alcançar no atendimento ao abuso sexual realizado aqui? (Investigar: melhora; piora; cura).
13. Baseados em que critérios vocês consideram que chegaram a esses resultados? (Investigar: mudanças clínicas nas vítimas; mudanças nas dinâmicas familiares; reincidência)
14. Que critérios vocês adotam para concluir ou dar alta a um caso de abuso sexual?
15. Qual seria o atendimento “ideal” aos casos de abuso sexual? Como o AF se situa em relação a esse ideal?

ANEXO 7

Indicadores e variáveis de avaliação

Objetivo específico	Indicador/Variável	Descrição	Categorização	Fontes e técnicas de coleta
Caracterizar o perfil dos casos de abuso sexual:				
Características dos pacientes	Sexo	Sexo do paciente, segundo consta no prontuário	Masculino/ Feminino	Análise de prontuários
	Idade	Idade da criança, em anos, na 1ª consulta do AF	Criança/adolescente Faixas etárias (<2, 2-5, 6-10, 11-15, 16-18)	Análise de prontuários
	Idade da criança no primeiro episódio de abuso sexual	Idade, em anos, na qual foi relatada a primeira ocorrência de abuso sexual	1 a 18 anos	Análise de prontuários
Características dos abusos sexuais	Associação com outros tipos de abuso	Ocorrência de outros tipos de abuso concomitantemente ao abuso sexual	Todas as possibilidades de combinações do abuso sexual com abuso físico, psicológico e negligência	Análise de prontuários
	Origem da suspeita	Pessoa/profissional que suspeitou da ocorrência do abuso sexual	Não identificada, Conselho Tutelar, familiar, profissional externo, profissional IPPMG	Análise de prontuários
	Situação de confirmação do caso na chegada ao AF	Situação dos casos em relação à confirmação da ocorrência de abuso sexual, na primeira consulta do AF	Sem suspeita Suspeito Confirmado	Análise de prontuários
	Relação do agressor com a vítima	tipo de relação existente entre agressor e vítima	Não identificada, extra familiar, intrafamiliar, ambos	Análise de prontuários
	Grau de familiaridade do agressor com a vítima	Relação de familiaridade existente entre agressor e vítima	Pai/ mãe/ padrasto/ madrasta/ avô/ parente/ irmão/ outros conhecidos/ desconhecido/ ignorado	Análise de prontuários
	Tipo de contato sexual	Tipo de contato sexual entre agressor e vítima, relatado nas consultas	Estupro, manipulações, sexo oral, sexo anal, tentativas diversas, outros	Análise de prontuários
	Número de episódios de abuso sexual	Número de vezes em que a vítima foi abusada sexualmente	Uma, duas, três, várias	Análise de prontuários

ANEXO 7

Indicadores e variáveis de avaliação

Avaliar a estrutura para atendimento às vítimas de abuso sexual	Concepções teóricas da equipe	conceitos de violência e de abuso sexual utilizados pelos profissionais do AF	_____	Grupo focal
	Estrutura física	Espaço físico existente para o desenvolvimento das consultas do AF	_____	Grupo focal Entrevista com responsáveis Observação participante
	Equipe multidisciplinar	Estruturação da equipe em termos de sua composição e carga horária	_____	Observação participante Grupo focal
	Referência e contra-referência	Existência e disponibilidade de serviços de referência e contra-referência a serem utilizados pelo AF	_____	Análise documental Grupo focal Observação participante
	Recursos materiais	Disponibilidade de apoio material ao atendimento do AF	_____	Grupo focal Entrevista com responsáveis e profissionais Análise documental
Avaliar o processo de atendimento às vítimas de abuso sexual no AF				
Inserção da clientela no serviço	Acesso ao AF	Percepção dos responsáveis e profissionais em relação ao acesso ao AF	_____	Entrevistas com profissionais e responsáveis
	Origem da demanda	Origem dos casos atendidos no AF	Demanda externa, interna, espontânea	Análise de prontuários
	Motivo do encaminhamento	Motivo que levou à denúncia, ou à revelação, ou à suspeita do profissional que encaminhou	Inespecífico Sugestivo de abuso sexual Abuso sexual explicitado	Análise de prontuários
	Tempo decorrido entre a ocorrência do abuso e a chegada ao AF	Diferença, em dias ou meses, entre a idade em que ocorreu/ iniciou o abuso e a 1ª consulta no AF	<1 dia, 3 dias, 1 semana, 15d-1m, 1 a 3m, 3 a 6m, 7-12m, 12-24m, >24m	Análise de prontuários

ANEXO 7

Indicadores e variáveis de avaliação

Dinâmica do atendimento	Consulta de primeira vez	Percepção dos entrevistados sobre a primeira consulta no AF	_____	Entrevistas com responsáveis e grupo focal Observação participante
	Acompanhamento ambulatorial	Descrição do acompanhamento realizado pelos profissionais do AF	_____	Análise documental Observação participante
	Avaliação clínica	Análise da anamnese e das características físicas e/ou emocionais/comportamentais e/ou laboratoriais nos casos estudados	Descrição das características encontradas e dos relatos dos profissionais do AF	Análise de prontuários Grupo focal
	Envolvimento das famílias no acompanhamento	Número de familiares envolvidos no atendimento	0 a 4	Análise de prontuários Observação participante
As relações do AF	Integração com serviços internos	Percepção em relação à integração com outros serviços do IPPMG (Triagem, especialidades, enfermarias, ambulatório de Pediatria)	_____	Entrevistas com profissionais do AF e dos serviços afins (internos e externos) Observação participante Análise documental
	integração com serviços externos	Percepção em relação à integração com serviços de fora do IPPMG (HUCFF, ABRAPIA, CT, NAV, IPUB, JIJ)	_____	Entrevistas com profissionais do AF e dos serviços afins (internos e externos) Observação participante Análise documental
	Relação dos profissionais do AF com os responsáveis	Percepção em relação à integração entre profissionais do AF e responsáveis	_____	Entrevistas com responsáveis Grupo focal
	Trabalho em equipe	Análise do número de categorias profissionais existentes no AF que se envolveram em cada caso	1 a 4	Análise de prontuário

ANEXO 7

Indicadores e variáveis de avaliação

Indicadores de processo	Tempo médio de acompanhamento dos pacientes	média dos tempos, em meses, que cada criança e/ou sua família compareceu ao serviço, desde a primeira consulta até a data da alta ou da última consulta ou da análise do prontuário	_____	Análise de prontuários
	Proporção de comparecimento regular	número de pacientes que compareceram regularmente às consultas marcadas em relação ao total de pacientes que tiveram algum tipo de seguimento no serviço	_____	Análise de prontuários
	Proporção de busca ativa de faltosos	relação entre o número de pacientes nos quais a equipe realizou busca ativa, por qualquer meio, e o total de pacientes que tiveram acompanhamento irregular.	_____	Análise de prontuários
	Média de consultas comparecidas por paciente	número total de consultas em relação ao número total de pacientes, durante todo o período de acompanhamento no serviço, considerando as consultas da vítima e as dos familiares ou responsáveis.	_____	Análise de prontuários
	proporção de notificação dos casos	percentual de casos notificados para qualquer instância legal, até o momento da coleta dos dados, em relação ao total de casos estudados	_____	Análise de prontuários
Avaliar o resultado do atendimento prestado pelo AF às vítimas de abuso sexual				
	Satisfação da clientela	Percepção da clientela e dos profissionais sobre a satisfação com o serviço	_____	Entrevistas com responsáveis e profissionais Grupo focal
	modificações na dinâmica familiar	Percepção sobre a intervenção da equipe na dinâmica familiar	_____	Análise de prontuários Entrevista com responsáveis Grupo focal

ANEXO 7

Indicadores e variáveis de avaliação

Indicadores de resultado	Proporção de resultados clínicos satisfatórios	relação entre a soma dos pacientes que tiveram melhora das manifestações clínicas com os que tiveram regressão total dessas manifestações e o total de pacientes que tiveram a possibilidade de alguma avaliação da evolução do quadro clínico	_____	Análise de prontuários Entrevista com responsáveis Entrevista com profissionais Grupo focal
	Proporção de reincidência do abuso	relação entre o número de pacientes sobre os quais havia relato, no prontuário, de novo episódio de abuso durante o acompanhamento no AF, e o número de pacientes nos quais havia sido possível identificar um primeiro abuso e que haviam tido algum acompanhamento no AF	_____	Análise de prontuários
	Proporção de confirmação do caso no momento da coleta dos dados	relação entre o número de casos confirmados no momento da coleta de dados e o total de casos estudados	_____	Análise de prontuários
	Proporção de casos em acompanhamento	relação entre o número de pacientes que haviam tido consulta no serviço nos últimos 6 meses e o total de pacientes estudados	_____	Análise de prontuários
	Proporção de abandonos	relação entre o número de pacientes que não compareciam no serviço há 6 ou mais meses e o total dos pacientes estudados	_____	Análise de prontuários
	Proporção de altas	relação entre o número de pacientes cujas altas do AF estavam registradas no prontuário e o total de pacientes estudados	_____	Análise de prontuários

ANEXO 8

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEIS)

Eu, _____, cliente do Ambulatório da Família do IPPMG / UFRJ, após receber informações da Dra Patrícia a respeito da pesquisa “O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço” estou ciente de que:

- a. a pesquisa tem como objetivo avaliar as ações desenvolvidas no atendimento às vítimas de abuso sexual pelo Ambulatório da Família do IPPMG/UFRJ, buscando melhorar o atendimento prestado a elas e suas famílias pela equipe;
- b. para realizar esta pesquisa estão sendo analisados prontuários de pacientes e realizadas entrevistas com responsáveis pelas crianças / adolescentes e com profissionais envolvidos no atendimento;
- c. estou participando da avaliação deste serviço por ter tido a criança pela qual sou responsável atendida por suspeita ou confirmação de abuso sexual;
- d. para este estudo serei entrevistado(a), a entrevista será gravada para que possa ser transcrita e analisada, e seu conteúdo será mantido em sigilo, sendo incluído nos resultados finais sem minha identificação;
- e. as fitas contendo as gravações da entrevista serão inutilizadas tão logo os dados sejam analisados;
- f. a criança / adolescente não será entrevistada e nenhuma alteração ocorrerá em seu atendimento em decorrência do que for dito por mim ao entrevistador, ou mesmo se me recusar a ser entrevistado ou a responder a qualquer questão durante a entrevista;
- g. o trabalho não representará gastos financeiros para minha família, pois me será fornecido vale-transporte caso seja convocado especificamente para ser entrevistado;
- h. caso me interesse, poderei ter acesso aos resultados da pesquisa.

Sendo assim, concordo em participar desta pesquisa.

Rio de Janeiro, de _____ de 2001

ANEXO 9

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

Eu, _____, profissional do _____, após receber informações da Dra. Ana Lúcia Ferreira a respeito da pesquisa “O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço”, estou ciente de que:

- a) a pesquisa tem como objetivo avaliar as ações desenvolvidas no atendimento às vítimas de abuso sexual pelo Ambulatório da Família do IPPMG/UFRJ, buscando melhorar o atendimento prestado a elas e suas famílias pela equipe;
- b) para realizar esta pesquisa estão sendo analisados prontuários de pacientes e realizadas entrevistas com responsáveis pelas crianças / adolescentes e com profissionais envolvidos no atendimento;
- c) estou participando da avaliação deste serviço por ter encaminhado para e/ou recebido crianças ou adolescentes do Ambulatório da Família do IPPMG / UFRJ por haver suspeita ou confirmação de abuso sexual;
- d) para este estudo serei entrevistado(a), a entrevista será gravada para que possa ser transcrita e analisada, e seu conteúdo será mantido em sigilo, sendo incluída nos resultados finais sem minha identificação;
- e) as fitas contendo as gravações da entrevista serão inutilizadas tão logo os dados sejam analisados;
- f) nenhuma alteração ocorrerá na integração entre o serviço ao qual pertenço e o Ambulatório da Família em decorrência do que for dito por mim ao entrevistador, ou mesmo se me recusar a ser entrevistado ou a responder a qualquer questão durante a entrevista;
- g) os resultados me serão apresentados tão logo a pesquisa seja concluída.

Sendo assim, concordo em participar desta pesquisa.

Rio de Janeiro, de _____ de 2001

IDENTIFICAÇÃO	NOME		
	ENDEREÇO		
	BAIRRO	CEP	CIDADE
	TELEFONE	RECADOS	
	TELEFONE	RECADOS	
	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	

ESTRUTURA FAMILIAR	NOME DO PAI
	NOME DA MAE
	NOME DO RESPONSÁVEL
	GRAU DE PARENTESCO
	QUEM MORA COM A CRIANÇA

CHEGADA AO AF	CASO SUSPEITO EM	
	ENCAMINHADO POR	PRIMEIRA CONSULTA NO AF
	QUEM SUSPEITOU	
	RAZÕES DA CONFIRMAÇÃO NA CHEGADA	
	DOENÇA DE BASE	
	OUTROS AGRAVOS	fraturas intoxicações queimaduras dst quedas outros

TIPO DE ABUSO E AGRESSOR	SEXUAL	SITUAÇÃO NA CHEGADA	SITUAÇÃO ATUAL			
		DESCRIÇÃO				
			AGRESSOR	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE
				MORA COM A CRIANÇA?		
				FOI ENTREVISTADO?		
	FÍSICO	SITUAÇÃO NA CHEGADA	SITUAÇÃO ATUAL			
		DESCRIÇÃO				
			AGRESSOR	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE
				MORA COM A CRIANÇA?		
				FOI ENTREVISTADO?		
	PSICOLÓGICO	SITUAÇÃO NA CHEGADA	SITUAÇÃO ATUAL			
		DESCRIÇÃO				
			AGRESSOR	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE
				MORA COM A CRIANÇA?		
			FOI ENTREVISTADO?			
NEGLIGÊNCIA	SITUAÇÃO NA CHEGADA	SITUAÇÃO ATUAL				
	DESCRIÇÃO					
		AGRESSOR	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	
			MORA COM A CRIANÇA?			
			FOI ENTREVISTADO?			

NOTIFICAÇÃO	LOCAL	DATA
	NÚMERO	QUEM NOTIFICOU
	LOCAL	DATA
	NÚMERO	QUEM NOTIFICOU
	LOCAL	DATA
	NÚMERO	QUEM NOTIFICOU

RESPONSÁVEL	DATA DE ATUALIZAÇÃO
NOME DA CRIANÇA	FICHA

	DATA	COMPARECEU?	OBS indicar reincidências etc	Situação do caso
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

EXAMES	ESPECIALIDADE	DATA
	ESPECIALIDADE	DATA

ENCAMINHADO A	PSICOLOGIA	DATA
	SERVIÇO SOCIAL	DATA
	VISITA DOMICILIAR	DATA
	OUTRO LOCAL	DATA
	OUTRO LOCAL	DATA

SITUAÇÃO DO CASO acompanhamento alta abandono

OBSERVAÇÕES

ANEXO 11

Núcleo de Atenção à Criança Víctima de Violência

AMBULATÓRIO DA FAMÍLIA



IPPMG

RESUMO DE SITUAÇÃO DE RISCO
Ao Conselho Tutelar de:

Nome da(s) criança(s)	Prontuário	Sexo	Nascimento

Nome do pai	
Nome da mãe	
Responsável legal	
Acompanhante	Grau de relacionamento

Endereço
Referência

Descrição da Situação

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2002

Técnico responsável

Diretor do IPPMG

T. 74.0 – Negligência e abandono

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pela mãe | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pelo pai | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| <input type="checkbox"/> Pelo responsável | <input type="checkbox"/> Desconhecido |

T. 74.1 – Sevícias Físicas

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pela mãe | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pelo pai | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| <input type="checkbox"/> Pelo responsável | <input type="checkbox"/> Desconhecido |

T. 74.2 – Abuso sexual

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pela mãe | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pelo pai | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| <input type="checkbox"/> Pelo responsável | <input type="checkbox"/> Desconhecido |

T. 74.3 – Abuso psicológico

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pela mãe | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pelo pai | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| <input type="checkbox"/> Pelo responsável | <input type="checkbox"/> Desconhecido |

T. 74.8 Outras síndromes especificadas de maus tratos

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pela mãe | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pelo pai | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| <input type="checkbox"/> Pelo responsável | <input type="checkbox"/> Desconhecido |

T. 74.9 – Síndrome não especificada de maus tratos

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pela mãe | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pelo pai | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| <input type="checkbox"/> Pelo responsável | <input type="checkbox"/> Desconhecido |