

ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

políticas públicas e
ações intersetoriais

Rosângela Machado Moreira
Clarissa De Antoni
(orgs.)



Editora da
UFCSPA

Rosângela Machado Moreira
Clarissa De Antoni
(orgs.)

**Enfrentamento às violências contra
crianças e adolescentes:
políticas públicas e ações intersetoriais**

Porto Alegre
Editora da UFCSPA
2025

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Reitora

Jenifer Saffi

Vice-reitor

Rafael José Vargas Alves

Pró-reitor de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários

Luís Henrique Telles da Rosa

Editora da UFCSPA

Diretora

Ana Rachel Salgado

Vice-diretor

Alberto Antonio Rasia Filho

Conselho editorial

Alberto Antonio Rasia Filho, Ana Luíza Pires de Freitas, Ana Rachel Salgado, Bernardo Kolling Limberger, Caroline Tozzi Reppold, Fernanda Michielin Busnello, Lucas Paulo de Souza, Lucila Ludmila Paula Gutierrez, Maria Claudia Moraes Leite, Regis Kreitchmann, Rodrigo Ligabue Braun, Ygor Arzeno Ferrão

Preparação

Leonardo Finamor, Olívia Barros de Freitas

Revisão

Olívia Barros de Freitas, Julia Desimon

Capa

Lorena Bittencourt, Olívia Barros de Freitas

É permitida a reprodução sem fins lucrativos do texto escrito desta obra, parcial ou total, desde que citada a fonte ou sítio da Internet onde pode ser encontrada (www.ufcspa.edu.br/editora). É proibida a reprodução de imagens e figuras deste livro sem autorização, por escrito, dos autores.

Esta publicação foi avaliada por leitura duplo-cega por especialistas na área de conhecimento.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 Enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes : políticas públicas e ações intersetoriais [recurso eletrônico] /organização: Rosângela Machado Moreira e Clarissa De Antoni. – Porto Alegre : Ed. da UFCSPA, 2025.
Recurso on-line (265 p. : il. color.)

Modo de acesso: <https://ufcspa.edu.br/vida-no-campus/editora-da-ufcspa/obras-publicadas>

ISBN 978-65-87950-98-3

1. Política Pública. 2. Política de Saúde. 3. Proteção da Criança. I. Moreira, Rosângela Machado. II. De Antoni, Clarissa. III. Título.

CDD 320.6

CDU 341.945

SUMÁRIO

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES	6
PREFÁCIO	13
INTRODUÇÃO	15
1. AS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	20
<i>Alneura Ana Provenzi</i>	
<i>Clarissa da Silva de Paula</i>	
<i>Alexia Dorneles</i>	
<i>Clarissa De Antoni</i>	
2. O ENFRENTAMENTO À(S) VIOLÊNCIA(S) CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DESAFIOS POSTOS À MATERIALIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS	37
<i>Mariele Aparecida Diotti</i>	
<i>Silvia da Silva Tejasdas</i>	
3. LEGISLAÇÕES E AVANÇOS NA PROTEÇÃO E PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.	56
<i>Andreia Paz Rodrigues</i>	
<i>Clarissa da Silva de Paula</i>	
<i>Cristiane Della Méa Corrales</i>	
<i>Daniela da Silva Champe</i>	
<i>Jacqueline Camillo Fernandes</i>	
4. A ESCUTA ESPECIALIZADA E SEUS MÚLTIPLOS OLHARES	79
<i>Caroline Goldbeck Dias</i>	
<i>Caroline Virgínia Bamberg Machado</i>	
<i>Daniela da Silva Champe</i>	
<i>Marleci Venério Hoffmeister</i>	
5. AS INFÂNCIAS E ADOLESCÊNCIAS COMO PRIORIDADE ABSOLUTA? O (DES)INVESTIMENTO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	106
<i>Alina Souza</i>	
<i>Everton de Oliveira</i>	
<i>Lúisa Fernandes Cordeiro</i>	
<i>Mariele Aparecida Diotti</i>	
<i>Rosângela Machado Moreira</i>	
6. CAMINHOS DEMOCRÁTICOS E PARTICIPATIVOS PARA O PLANEJAMENTO E A ESTRUTURAÇÃO DOS COMITÊS E DOS PLANOS	

MUNICIPAIS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES 128

*Mariele Aparecida Diotti
Sílvia da Silva Tejas*

7. INIQUIDADE E VULNERABILIZAÇÃO COMO AGRAVANTES DA VIOLÊNCIA CONTRA OS POVOS INDÍGENAS NO RIO GRANDE DO SUL 150

*Guilherme de Souza Müller
Rafaela Ribeiro Machado Oliveira
Laura Inhaia Morigi
Gabriela Zuchetto
Carla Souza de Camargo
Nathália dos Santos Silva*

8. CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO SUJEITOS DE DIREITOS E O ACESSO AO ABORTO LEGAL 165

*Angela Ester Ruschel
Gisleine Lima da Silva
Maura Carolina Belomé da Silva
Rosângela Machado Moreira
Simone Medianeira Scremin*

9. A IMPLANTAÇÃO DA LEI DA ESCUTA PROTEGIDA E O REGISTRO DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL 186

*Ana Luisa Campos Moro
André Coutinho Augustin
Beatriz Raffi Lerm
Daiane Boelhouver Menezes
Eduardo Viegas da Silva
Rosângela Machado Moreira*

10. ROTA CRÍTICA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: A PSICOLOGIA NA REDE 204

*Júlia Cenci Martinotto
Clarissa De Antoni*

11. RODAS DE CONVERSA SOBRE AS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA 1ª CRS: SEMENTES QUE PROTEGEM 219

*Camila Rodrigues de Oliveira
Karina Alida Guisso Vitória
Lisângela Franciscato Campo
Patrícia Ligocki Silva*

12. O PAPEL DOS CENTROS INTEGRADOS NA PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CRAI PORTO ALEGRE 238

Angelita Machado Ferreira Rios

Caroline Goldbeck Dias

Denise Casanova Vilella

Maria de Fátima Fernandes Géa

13. INSTRUMENTOS DE GESTÃO PARA CASOS DE MÃES ADOLESCENTES ABAIXO DE 14 ANOS 250

Ana Luiza Tonietto Lovato

Annicele da Silva Andrade Gameiro

Cristina Schlöttgen

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Alexia Dorneles

Doutorado e Mestrado em Serviço Social (PUCRS). Graduação em Serviço Social (UNIPAMPA/RS). Assistente social, analista de projetos e políticas públicas na Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado do Rio Grande do Sul (SJCDH/RS). Contato: alexiadornelles@hotmail.com, alexia-dorneles@justica.rs.gov.br.

Alina Souza

Acadêmica de Psicologia (CEFI). Graduação em Jornalismo (PUCRS). Estagiária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Contato: alina-souza@saude.rs.gov.br.

Alneura Ana Provenzi

Especialização em Projetos Sociais e Culturais: coordenação, monitoramento e avaliação (UFRGS). Graduação em Psicologia (PUCRS). PIM - Primeira Infância Melhor: prestadora de serviços - OPAS/OMS/SES - RS - com objeto no fomento e articulação com as políticas de atenção primária à saúde no âmbito da promoção da equidade em saúde e redução das violências. Contato: alneura-provenzi@saude.rs.gov.br, alneura@gmail.com.

Ana Luisa Campos Moro

Mestrado em Psicologia (UFRGS). Especialização na modalidade Residência Integrada em Saúde – Atenção Básica (ESP/RS). Graduação em Psicologia (UFCSPA). Psicóloga na Secretaria da Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul (SSP/RS). Contato: ana-moro@ssp.rs.gov.br.

Ana Luiza Tonietto Lovato

Mestrado em Escrita Criativa (PUCRS). Especialização em Saúde Pública (UFRGS) e em Teoria e Técnica Psicanalítica (UNISINOS). Graduação em Nutrição (UFRGS) e Psicologia (UCS). Especialista em saúde na Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Contato: ana-lovato@saude.rs.gov.br, altlov@hotmail.com.

André Coutinho Augustin

Mestrado em Economia (UFRJ). Graduação em Ciências Econômicas (UFRGS).

Pesquisador do Departamento de Economia e Estatística (DEE) da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul (SPGG). Contato: andre-augustin@planejamento.rs.gov.br.

Andreia Paz Rodrigues

Defensora Pública do Rio Grande do Sul. Dirigente do Núcleo de Defesa da Criança e do Adolescente (DPE/RS). Contato: nudeca@defensoria.rs.def.br.

Angela Ester Ruschel

Mestrado em Saúde Coletiva (UFRGS). Especialização em Psicologia Clínica (UFRGS). Especialização em Violência (Lacri/USP). Psicóloga do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre. Contato: angelaer@gmail.com.

Anniciele da Silva Andrade Gameiro

Mestrado e Doutorado em Odontologia (UNICAMP/SP). Sanitarista (ESP/RS). Graduação em Odontologia (UNICAMP/SP). Especialista em Saúde, na Política de Saúde de Adolescentes da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Contato: anniciele-gameiro@saude.rs.gov.br.

Beatriz Raffi Lerm

Mestrado em Epidemiologia (UFPEL). Especialização em Saúde da Criança com Ênfase em Violência e Vulnerabilidades (UFRGS). Graduação em Nutrição (UFPEL). Epidemiologista - Especialista em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), atuando na Divisão de Atenção Primária à Saúde (DAPS/DAPPS). Contato: beatriz-lerm@saude.rs.gov.br.

Camila Rodrigues de Oliveira

Especialização em Instituições em Análise (UFRGS). Graduação em Psicologia (UFRGS). Psicóloga - Especialista em Saúde atuando na Política de Saúde da Criança e de Adolescentes, na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Contato: camila-oliveira@saude.rs.gov.br.

Carla Souza de Camargo

Doutorado em Ciências Sociais (Unicamp). Mestrado em Antropologia Social (UFSCar). Graduação em Ciências Sociais (UFSCar). Analista em Assuntos Culturais no Museu Antropológico do Rio Grande do Sul (Secretaria de Estado da Cultura). Contato: carla-camargo@sedac.rs.gov.br.

Caroline Goldbeck Dias

Graduação em Serviço Social (UCPel). Assistente Social no Centro de Referência ao Atendimento Infantojuvenil (CRAI) de Porto Alegre. Contato: caroline.goldbeck@gmail.com.

Caroline Virginia Bamberg Machado

Delegada de polícia, titular da 20ª Delegacia de Polícia de Porto Alegre/RS. Especialista em Direito Penal e Processual Penal pelo Instituto Luiz Flávio Gomes. Contato: caroline-bamberg@pc.rs.gov.br.

Clarissa da Silva de Paula

Mestrado em Serviço Social (PUC/RS). Graduação em Serviço Social (UNIPAMPA/RS). Assistente Social - Analista de Projetos e Políticas Públicas na Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado do Rio Grande do Sul (SJCDH/RS). Contato: clarissa-paula@justica.rs.gov.br.

Clarissa De Antoni

Doutorado e Mestrado em Psicologia. Psicóloga. Professora associada do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Contato: clarissad@ufcspa.edu.br.

Cristiane Della Mée Corrales

Promotora de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Centro de Apoio Operacional da Educação, Infância e Juventude (MP/RS). Especialização em Direito Penal e Processual Penal, Civil e Processual Civil (FMP/RS). Contato: caoeij@mprs.mp.br.

Cristina Schlöttgen

Especialização em Juventudes (FDB). Bacharel em Estatística (UFRGS). Especialista da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), atuando na gestão do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC/RS). Contato: cristina-schlottgen@saude.rs.gov.br.

Daiane Boelhauer Menezes

Doutorado e Mestrado em Ciências Sociais (PUCRS). Graduação em Comunicação Social - Jornalismo (UFRGS). Pesquisadora em Sociologia do Departamento de

Economia e Estatística (DEE) da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul (SPGG). Contato: daiane-menezes@planejamento.rs.gov.br.

Daniela da Silva Champe

Mestrado em Serviço Social (PUC/RS). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (RIS-GHC). Assistente social do Centro de Referência Especializado de Assistência Social de São Francisco de Paula-RS. Contato: asocial.daniela@gmail.com.

Denise Casanova Villela

Mestrado em MCL pela Cumberland School of Law (Samford University – USA). Especialização em Direito da Criança e do Adolescente (FMP). Graduação em Ciências Jurídicas e Sociais (UFRGS). Procuradora de Justiça do Ministério Público do Rio Grande do Sul. Contato: denisevillela@mprs.mp.br.

Eduardo Viegas da Silva

Doutorado em Epidemiologia (UFRGS). Mestrado em Avaliação de Tecnologias em Saúde (Escola GHC). Graduação em Farmácia (PUCRS). Especialista em Saúde no Centro Estadual de Vigilância em Saúde/SES/RS e Pós-doutorando em Epidemiologia na UFPEL. Contato: eduardo-silva@saude.rs.gov.br.

Everton de Oliveira

Doutorado em Ciências Sociais - Cultura e Política (Unicamp/SP). Mestrado em Sociologia (UFSCAR/SP). Antropólogo, professor do Departamento Interdisciplinar da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Analista de Projetos e Políticas Públicas da Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos/RS. Contato: everton-oliveira@justica.rs.gov.br.

Gabriela Zuchetto

Residência em Gestão de Políticas de Equidade em Saúde (ESP-RS). Especialização em Saúde Mental Coletiva (UFRGS). Psicóloga (UFSM). Atuando na SESAI, Distrito Interior-Sul, Polo Base Porto Alegre. Contato: gabriela.zuchetto@saude.gov.br.

Gisleine Lima da Silva

Especialização em Saúde Pública (ESP-RS/UERGS). Graduação em Serviço Social (UNISINOS). Especialista em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), atuando na coordenação da Divisão das Políticas dos

Ciclos de Vida (DAPPS). Contato: gisleine-silva@saude.rs.gov.br.

Guilherme de Souza Müller

Doutorado em Educação (UFRGS). Mestrado em Saúde Coletiva (UFRGS). Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde. Bacharel em Saúde Coletiva. Especialista em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), atuando na Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (POPES/DAPPS). Contato: guilherme-muller@saude.rs.gov.br.

Jacqueline Camillo Fernandes

Especialização em Direito de Família e Sucessões (PUC-RS). Especialização em Direito da Criança e do Adolescente (FMP). Advogada e Assessora em Direitos da Criança e do Adolescente da Rede Marista. Vice-coordenadora do CEEVSCA/RS. Contato: jacqueline.camillo@maristas.org.br.

Júlia Cenci Martinotto

Graduação em Psicologia (UFCSPA). Psicóloga clínica. Contato: jcmartinotto.psi@gmail.com.

Karina Alida Guisso Vitória

Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP-FIOCRUZ). Graduação em Fonoaudiologia (ULBRA). Fonoaudióloga — especialista em Saúde atuando nas Políticas de Saúde da Criança e Saúde do Homem e apoiadora do Primeira Infância Melhor na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Contato: karina-vitoria@saude.rs.gov.br.

Laura Inhaia Morigi

Acadêmica em Psicologia (PUCRS). Estagiária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Contato: laura-morigi@saude.rs.gov.br.

Lisângela Franciscato Campo

Graduação em Pedagogia (UFRGS). Especialista em Saúde na Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES/RS). Contato: lisangela-campo@saude.rs.gov.br.

Luisa Fernandes Cordeiro

Doutorado e Mestrado em Serviço Social, Políticas e Processos Sociais (PUC-RS).

Bacharel em Serviço Social (Universidade Federal de Ouro Preto-UFOP). Prestadora de Serviços através da OPAS/OMS, na Secretaria Estadual de Saúde - SES/RS, no Programa Primeira Infância Melhor (PIM). Contato: luisacordeiro.as@gmail.com.

Maria de Fátima Fernandes Géa

Mestranda em Pediatria (UFCSPA). Graduação em Medicina (UFCSPA). Coordenadora do Centro de Referência ao Atendimento Infantojuvenil (CRAI) de Porto Alegre. Contato: mariafg@portoalegre.rs.gov.br.

Mariele Aparecida Diotti:

Mestrado em Política Social e Serviço Social (UFRGS). Especialização em Gestão Pública Municipal (UFSM). Graduação em Serviço Social (UFRGS). Analista assistente social, servidora pública da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Contato: marielediotti@gmail.com.

Marleci Venério Hoffmeister

Mestrado em Serviço Social (PUCRS). Graduação em Serviço Social (UNISINOS). Analista do Poder Judiciário (TJRS). Tutora e formadora nacional pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ – em depoimento especial e escuta de crianças no sistema de justiça. Autora de diversas obras sobre o tema da escuta de crianças no âmbito forense. Contato: mvhoffmeister@tjrs.jus.br.

Maura Carolina Belomé da Silva

Doutoranda em Epidemiologia (UFRGS). Mestrado em Epidemiologia (UFRGS). Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS). Sanitarista — especialista da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), atuando na Assessoria de Gestão e Planejamento (AGEPLAN). Contato: maura-silva@saude.rs.gov.br.

Nathália dos Santos Silva

Doutoranda em Antropologia Social (PPGAS/UFRGS). Antropóloga. Bacharel em Ciências Sociais (UFRGS). Analista em Assuntos Culturais atuando na Divisão de Povos Indígenas e Outras Etnias do Departamento de Igualdade Étnico-Racial (DIER) da Secretaria de Estado de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH). Conselheira titular no Conselho Estadual dos Povos Indígenas (CEPI-RS). Contato: nathalia-silva@justica.rs.gov.br.

Patrícia Ligocki Silva

Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS). Residência Integrada em

Saúde Coletiva - ênfase Atenção Básica (ESP/RS). Graduação em Psicologia (PUC/RS). Especialista em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde/RS. Contato: patricia-ligocki@saude.rs.gov.br.

Rafaela Ribeiro Machado Oliveira

Especialização em Saúde Coletiva (UFRGS). Graduação em Biomedicina (UFCSPA). Contato: rafaelarmoliveira@gmail.com.

Rosângela Machado Moreira

Mestrado em Psicologia Social (PUCRS). Especialização em Psicanálise (Instituto Contemporâneo). Graduada em Psicologia (URI Erechim). Especialista em Saúde/Psicologia na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (CEEVSCA-RS). Contato: rosangela-moreira@saude.rs.gov.br.

Silvia da Silva Tejadas

Doutorado e Mestrado em Serviço Social (PUCRS). Especialização em Educação de Jovens e Adultos (UFRGS). Especialização em Família (Domus). Autora de obras sobre o Ministério Público e a proteção social, juventude e ato infracional, avaliação de políticas públicas, entre outros temas correlatos. Assistente social do Ministério Público do Rio Grande do Sul. Contato: silviastejadas@gmail.com.

Simone Medianeira Scremin

Mestrado em Ensino na Saúde (UFRGS). Especialização em Psicologia Institucional e Hospitalar (UFRGS). Psicóloga emergencista. Atua no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Contato: sscremin@hcpa.edu.br.

PREFÁCIO

Muitas das nossas crianças e adolescentes nunca irão revelar suas experiências frente às violências. É verdade que apenas um pequeno número o faz, e que um número menor ainda consegue acessar a chamada rede de proteção, inclusive o sistema de justiça. Nessas situações, crianças e adolescentes sentem-se culpados, envergonhados e inseguros, por não terem a certeza de que serão protegidos no curso do atendimento da rede.

É no contexto destas situações que surge o Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes do Estado do Rio Grande do Sul, buscando agir no campo da resposta e prevenção à violência (em especial, à sexual) contra crianças e adolescentes, enquanto uma rede potente e ativa.

Sabemos que lidar com casos de violência exige muito preparo, compromisso e governança para reduzir a violência contra o público infantojuvenil. Sem sistemas fortes de prevenção e resposta, os estados e municípios não estarão preparados para proteger integralmente crianças e adolescentes. Devemos ter sistemas centrados na criança e no adolescente.

Neste sentido, a presente publicação traz a pesquisa realizada em todo o estado, conjuntamente aos municípios, com o objetivo de produzir e divulgar informações sobre os órgãos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, contribuindo para a definição de estratégias, para implantação da lei do atendimento integrado e da escuta protegida, a Lei 13.431/2017, e do Decreto 9.603/18, que a regulamenta.

Este mapeamento realizado trouxe uma realidade do *status* de implementação da lei no estado. Embora os municípios sejam legalmente obrigados a implantar a lei, constataram-se, através desta pesquisa, os baixos níveis de adesão dos municípios.

A implementação da lei do atendimento integrado e da escuta protegida requer um espectro amplo de intervenções concretas, como: a constituição dos comitês gestores da rede de proteção; o desenho e a pactuação de fluxos e protocolos únicos de atuação; o estabelecimento de diretrizes para a escuta especializada; e a implantação do depoimento especial nos sistemas de segurança pública e justiça.

Por fim, vale destacar os esforços realizados pelo Comitê Estadual no sentido de promover ações concretas e iniciativas para se implementar essa legislação no âmbito do estado e dos municípios, pois, com a lei implementada, podemos gerar uma

incidência estrutural no fenômeno da violência contra crianças e adolescentes, impactando diretamente a qualidade da oferta de serviços e os índices de responsabilização.

Não tenho dúvidas de que precisamos superar a cultura de funcionamento setorializada dos serviços destinados a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. Contribuir para a implantação da Lei 13.431/17 significa, entre outras coisas, a promoção do direito à dignidade e o ato de advogar pela não revitimização de crianças e adolescentes. Este livro provoca-nos uma reflexão acerca das respostas frente às violências sofridas por crianças e adolescentes e da importância de se ter uma análise mais robusta das intervenções e de se estruturarem estratégias de prevenção e resposta às violências contra crianças e adolescentes.

Boa leitura!

Itamar Gonçalves

Superintendente de *Advocacy* da Childhood Brasil

INTRODUÇÃO

Entre os anos de 2021 e 2022, foi desenvolvida uma pesquisa com os municípios do Rio Grande do Sul com o objetivo de mapear a rede de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes. Essa pesquisa visou a produzir e divulgar informações sobre os diversos órgãos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente Vítima ou Testemunha de Violência e a contribuir para a definição de estratégias para a implantação da Lei Federal nº 13.431/2017 e do Decreto nº 9.603/2018. O estudo foi desenvolvido pelo Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (CEEVSCA/RS), vinculado à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, junto com diversos órgãos. Um relatório com as análises foi publicado no final de 2022 .

Apesar da tentativa de resposta pelos municípios por diferentes meios e órgãos, 58% (288) do total de 497 responderam ao questionário enviado. Além do desafio de preenchimento de um questionário estruturado criado no Google Forms contendo 41 seções/perguntas, foi proposto que fosse respondido de forma intersetorial pelos profissionais dos serviços da rede de proteção, por meio de um texto orientador que foi enviado por *e-mail* e inserido no cabeçalho do questionário. Para o monitoramento dessa orientação, foi inserido o questionamento: “Órgãos responsáveis pelo preenchimento do questionário”.

Sabe-se o quão difícil é para a rede de proteção o trabalho integrado, tendo em vista a falta de profissionais, a precariedade das estruturas de trabalho, os baixos salários, a ausência de plano de carreira para as equipes e a falta de capacitação e de processos de educação permanente. Somam-se a isso questões político-partidárias, disputas e relações de poder entre as diferentes políticas públicas e as classes profissionais, a visão de mundo e ideologia de cada trabalhador/a, a dificuldade ou falta de formação para o desenvolvimento do trabalho integrado, dentre outros. Assim, a orientação de que as respostas ao questionário deveriam ocorrer de forma intersetorial propôs à rede de proteção um movimento que ia além de simplesmente responder a um questionário, pois tencionava que as(os) trabalhadoras(es) encontrassem-se de modo presencial ou *on-line* para o seu preenchimento. Apesar da orientação, 139 (48%) dos 288 questionários foram respondidos somente por um serviço da rede de proteção. Os órgãos da saúde e da assistência social foram os que mais participaram do preenchimento, ambos com 65% (186) de participação.

Esses dados apontam as dificuldades para o trabalho integrado e integral no atendimento à criança e ao adolescente pela rede de proteção, incluindo aquelas vítimas ou testemunhas de violência. As preconizações trazidas pela Lei da Escuta Protegida, por sua vez, orientam-se pela integração, com vistas ao cuidado integral e à não revitimização de crianças e adolescentes, por meio da pactuação de fluxos e protocolos de atendimento e encaminhamento, do compartilhamento das informações de forma célere entre os órgãos, dentre outros.

Os achados da pesquisa trouxeram também que apenas 16% (45) dos 288 municípios respondentes contam com um comitê municipal de gestão colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência, conforme previsto no Decreto nº 9.603/2018, que regulamentou a Lei 13.431/2017.

Diante disso, os/as integrantes do CEEVSCA/RS seguiram discutindo os resultados do estudo e indagando-se acerca de ações que poderiam ser feitas para contribuir para o fortalecimento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência proposto pela Lei 13.431/2017. Assim, surgiu a proposição de produção de uma escrita que discutisse os diversos pontos abordados pelo questionário e as respostas trazidas pelos/as profissionais da rede de proteção. Além dos/as integrantes do CEEVSCA/RS, outros/as profissionais foram convidados para comporem a escrita do texto, a partir da *expertise* em temas que foram elencados para serem abordados.

Primeiro, surgiu a ideia de produção de um artigo científico, o que logo viu-se como inviável, tendo-se em vista a diversidade de temas que se planejava discutir e o objetivo da produção, que era a elaboração de escritas que pudessem chegar até os profissionais que atuam no atendimento a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. Dessa forma, nasceu a proposta deste *e-book*.

Este livro está dividido em duas partes. A primeira — Políticas públicas de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes — é composta por 10 capítulos que tratam da discussão de conceitos, leis e pesquisas acerca da temática da violência contra a criança e o adolescente e mais especificamente da Lei nº 13.431/2017. O primeiro capítulo traz as principais formas de violência contra crianças e adolescentes e os sinais e as consequências deixadas por essas violências. O segundo capítulo discute os desafios para a efetivação do trabalho intersetorial no enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes. O terceiro capítulo apresenta as principais legislações sobre os direitos de crianças e adolescentes e os efeitos dessas normativas

na proteção desses grupos no contexto brasileiro. O quarto capítulo debate as atribuições da rede de proteção dos direitos de crianças e adolescentes na efetivação da Lei nº 13.431/2017, em especial as perspectivas da escuta especializada no âmbito de segurança pública, assistência social, saúde e educação. O quinto capítulo discute os gastos públicos com ações, programas e políticas voltadas para crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul e no Brasil.

O sexto capítulo discursa sobre o controle social e democrático das políticas de atenção a crianças e adolescentes, além de sua conexão com os processos de planejamento, monitoramento e avaliação e da implantação dos comitês municipais de gestão colegiada da rede de cuidado e de proteção social das crianças e dos adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. O sétimo capítulo aborda as iniquidades relacionadas aos povos indígenas e apresenta dados epidemiológicos, impactos e possíveis estratégias para enfrentar e prevenir a violência contra essas comunidades. O oitavo capítulo reflete sobre os direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes e a sua intersecção com o aborto previsto em lei. O capítulo nono refere-se a um estudo quantitativo que analisou a implantação da Lei da Escuta Protegida e o seu impacto no registro de violência sexual contra crianças e adolescentes nos sistemas da saúde e da segurança pública. O décimo capítulo apresenta a rota percorrida por crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, em especial no contato com os/as profissionais da psicologia.

A segunda parte deste livro — Ações intersetoriais de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes — é composta por capítulos que discutem ações intersetoriais voltadas à proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência. O décimo primeiro capítulo discute uma metodologia de intervenção implementada pela 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul para a qualificação das ações de cuidado e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência. O décimo segundo capítulo traz o relato de experiência do Centro de Referência ao Atendimento Infantojuvenil de Porto Alegre, que atende, de forma intersetorial, crianças e adolescentes vítimas de violência. Por fim, o último capítulo (décimo terceiro) discorre sobre a implementação de uma ficha de identificação e acompanhamento de mães adolescentes abaixo de 14 anos, a qual foi desenvolvida pela Secretaria Estadual da Saúde do RS.

Ademais, a escrita deste livro possibilitou a articulação de profissionais de diferentes setores do sistema de garantia de direitos (saúde, assistência social, educação, direitos humanos, segurança pública, sistema de justiça, sociedade civil, instituição de ensino superior e gestão pública), exigindo um diálogo entre diversos saberes e conhecimentos. Espera-se que seja promovida uma reflexão sobre a realidade do enfren-

tamento às violências contra crianças e adolescentes aos/às leitores/as, assim como promoveu, aos autores, um momento de pensar sobre seu fazer e outro momento de mobilização, para que as informações contidas nesta publicação fossem de extrema qualidade científica e pautadas nas práticas existentes.

Oportunamente, quando o grupo estava finalizando a produção deste livro, em maio de 2024, sobreveio, sobre o estado do Rio Grande do Sul, a maior catástrofe climática da sua história: as enchentes que atingiram milhares de gaúchos, desabrigando famílias e municípios inteiros. Muitas famílias foram para abrigos temporários instituídos pelo poder público ou por organizações da sociedade civil ou para a casa de parentes ou pessoas próximas. Nesse contexto, crianças e adolescentes ficaram ainda mais expostas a situações de violência, dentre elas, à violência sexual.

Para mitigar os impactos da tragédia e de violências de toda a ordem vividas por crianças e adolescentes, o CEEVSCA/RS, junto com diversos outros órgãos, elaborou materiais orientadores para a prevenção e o enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes em abrigos temporários. Além disso, foram feitas ações nesses locais com os objetivos de distribuir materiais de orientação e de fornecer suporte técnico aos voluntários e profissionais, visando a fortalecer suas habilidades e conhecimentos no que diz respeito à identificação e ao enfrentamento das violências, sobretudo contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, com intersecção de raça/cor e gênero/orientação sexual.

A tragédia climática vivida no estado evidenciou, como tão bem já trazido pela literatura, o quanto as situações de catástrofes expõem crianças e adolescentes a violências extremas, inclusive àquela provocada pelas instituições, a chamada violência institucional. Nesse sentido, a identificação e a comunicação dessas violências ficam prejudicadas, pois as ações direcionam-se, sobretudo, à garantia da sobrevivência imediata das pessoas.

Esse evento apontou a necessidade de um planejamento de ações para a proteção de crianças e adolescentes em situações de calamidade. Além disso, é imprescindível, desde o início, a construção de fluxos e de protocolos de atendimento integrado, bem como a de capacitações periódicas para os profissionais que atuam nos abrigos.

Rosângela Machado Moreira

Clarissa De Antoni

Organizadoras

PARTE I

Políticas públicas
de enfrentamento
às violências contra
crianças e
adolescentes

1. AS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

*Alneura Ana Provenzi
Clarissa da Silva de Paula
Alexia Dorneles
Clarissa De Antoni*

1 INTRODUÇÃO

As violências contra crianças e adolescentes sempre existiram. Porém, muitas vezes, só são identificadas quando há uma repercussão maior e que impacta no desenvolvimento da criança, ou, ainda, quando culminam em óbito. Essas ocorrências são um fenômeno de caráter social, educacional e de saúde.

Mas não é somente a violência física que as crianças e adolescentes sofrem, visto que outras violências, como a psicológica, a sexual, a negligência e o abandono — estrutural e institucional — também deixam marcas. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define a violência como todas as formas de ação ou omissão que podem impossibilitar, retardar ou dificultar o desenvolvimento pleno do ser humano. É entendida como qualquer ato ou omissão que infrinja seus direitos humanos, configurando-se como uma violação da obrigação do adulto de proteção, ao mesmo tempo em que implica a objetificação das infâncias e da adolescências. Portanto, neste capítulo serão abordadas algumas dessas formas de violência em relação aos seus conceitos, manifestações e como identificá-las, especificamente nos âmbitos familiar e social.

O volume e a intensidade de casos de violência no Brasil são alarmantes. O Disque 100 (Disque Direitos Humanos), por exemplo, registrou mais de 17 mil violações sexuais contra crianças e adolescentes somente entre janeiro e abril de 2023, sem contar as outras formas de violência (Brasil, 2023). Ainda assim, persiste uma subnotificação dos casos, já que muitos permanecem negligenciados por várias questões que podem envolver desde a dinâmica familiar (segredo) até a cultural (naturalização). Também se observa a omissão, por receio das consequências penais, sociais, entre outras, fato esse que só amplia o cenário dramático da realidade da violência contra crianças e adolescentes.

Por outro lado, as situações que são comunicadas aos órgãos competentes podem ser devidamente encaminhadas e, assim, romper o ciclo daquela violência. No transcorrer da civilização, a violência contra crianças e adolescentes, além do caráter arbitrário dos pais de decidirem sobre a vida dos filhos, sempre esteve muito vinculada ao processo educativo. Ela tem sido considerada, em todos os tempos, como um instrumento de socialização e, portanto, como resposta automática a desobediências e rebeldias (Minayo; Souza, 1997).

Pode-se dizer que a violência é um grave desrespeito aos direitos humanos. Quando praticada contra crianças e adolescentes, devido à fragilidade física e emocional desses em relação ao adulto, tal ato torna-se mais cruel. A idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência, a frequência, a duração, a natureza, a gravidade da agressão, o vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima, a representação do ato violento pela criança ou pelo adolescente e as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras determinam o impacto da violência na saúde desse grupo etário (Brasil, 2010; De Antoni, 2012).

Para acolher e enfrentar as diversas situações de violência contra crianças e adolescentes, é importante conhecer os principais tipos de violência praticados, os sinais e os impactos deixados por essas violências. A seguir serão descritas algumas das principais formas de violências.

2 A VIOLÊNCIA FÍSICA

A violência física (VF) contra crianças e adolescentes é uma das formas mais comuns. É mais facilmente identificada por deixar marcas mais visíveis, seja por fraturas ou fissuras ósseas, danos na pele — como hematomas, cortes e queimaduras — ou, ainda, por lesões internas — como as oculares, as neurológicas ou as ocorridas em outros órgãos. A violência física também pode levar ao óbito (Cecconello; De Antoni; Koller, 2003).

As causas da VF podem estar relacionadas a um transtorno mental do cuidador, mas, na maioria das vezes, estão atreladas a uma questão cultural. Muitos pais/cuidadores ainda acreditam que a forma mais adequada de “educar” as crianças é pela prática punitiva, por meio de castigos físicos. Esse argumento vem ligado ao discurso de que o diálogo não funciona e de que o castigo é educativo e corretivo. Segundo Oliveira e Caldana (2009), até a metade do século XX, os castigos físicos e punições corporais eram práticas educativas socialmente aceitas e recomendadas, utilizadas

como instrumento de disciplina moral e como garantia de respeito e obediência à autoridade parental.

Entende-se que essas posturas não resolvem a situação e que elas ainda podem causar consequências que interferem no desenvolvimento infantojuvenil. Foram construídas ao longo dos anos, passando a constituir um modo de educação que foi dominante em nossa cultura, e traziam a ideia de que as crianças precisavam ser submetidas aos desejos e ao poder dos adultos, que exerciam um controle rígido, pois, dessa forma, estariam sendo bons educadores/cuidadores. A partir disso, os cuidadores tendem a repetir o que julgam ser o certo e mais adequado e, ao buscarem suas memórias de infância, acabam respondendo com os mesmos modelos de criação que tiveram. Ainda é um grande desafio desnaturalizar o bater para educar. Percebe-se que, ao se praticar violência como meio de educar as crianças e os/as adolescentes, as vítimas aprendem e passam adiante essa violência, podendo ser intergeracional (Cecconello; De Antoni; Koller, 2003).

A fim de salvaguardar os direitos das crianças e dos/as adolescentes, a Lei nº 13.013, conhecida como Lei Menino Bernardo, sancionada em 2014, alterou o ECA com o objetivo de estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. Essa lei foi um avanço legal no Brasil na proteção da integridade de crianças e adolescentes como um todo.

As consequências da VF são diversas: podem afetar o desenvolvimento físico ou cognitivo, pois, dependendo do agravamento das lesões, podem deixar diversas sequelas; também podem impactar a autoestima e a autoeficácia, principalmente em formar novos vínculos, já que quem a sofreu pode acreditar que o afeto se manifesta pela VF e, assim, desenvolver também relacionamentos amorosos violentos (De Antoni; Barone; Koller, 2007; Brasco; De Antoni, 2020). Portanto, qualquer manifestação de VF é prejudicial à saúde mental e física de quem a vivencia.

3 A VIOLÊNCIA EMOCIONAL

A violência emocional (VE), também conhecida como psicológica, é uma das formas de abuso contra crianças e adolescentes mais presentes nas relações familiares. Entretanto, pela dificuldade em identificar a sua presença, muitas vezes a VE não tem a visibilidade necessária para que ações protetivas possam impedi-la. Assim, somente é possível constatar a presença de situações emocionalmente abu-

sivas quando avaliamos as consequências no comportamento das crianças e dos/as adolescentes (De Antoni, 2012).

Algumas consequências envolvem o prejuízo à competência emocional, isto é, à capacidade da criança ou do/a adolescente de amar os outros, de se sentir amado/a, além da capacidade de se sentir bem em relação a si mesmo, pois sofrer VE influencia o autoconceito, a autoimagem corporal e a autoestima. O autoconceito refere-se esses sujeitos se descrevem, envolvendo suas qualidades, já a autoimagem relaciona-se a como esses percebem seus corpos. Por último, a autoestima associa-se a pensamentos e comportamentos da criança ou do/a adolescente sobre seu próprio valor e sua competência. Além disso, foram constatados em crianças ou adolescentes vítimas de violência sintomas/transtornos como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), hiperatividade, déficit de atenção e sequelas emocionais, afetivas, psicológicas, sociais e comportamentais (De Antoni, 2012; Nunes *et al.*, 2020).

Observa-se que, nos últimos anos, houve um aumento significativo de notificações sobre a presença violência psicológica, seja de forma isolada ou conjunta com outras formas de violência, como, por exemplo, a física. Essa informação é obtida por meio da Ficha de Notificação de Violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no item 56, relativo ao tipo de violência, que inclui, dentre outras, a violência psicológica/moral. A ficha é de preenchimento obrigatório para todos os/as profissionais de saúde e responsáveis por serviços públicos e privados de saúde e pode, a partir de uma pactuação, ser preenchida por outros serviços da rede de proteção (Brasil, 2016).

Mas como identificar a violência emocional no contexto familiar? Algumas formas de manifestação mais comuns podem envolver humilhação, degradação da imagem, rejeição, isolamento, terrorismo, ameaças, agressão verbal, tortura, exploração, encorajamento de comportamentos destrutivos, *etc.* Também a negligência e o abandono são formas de VE, pois afetam a competência emocional da criança (De Antoni, 2012).

Para melhor compreensão de algumas dessas manifestações, serão apresentadas a seguir cinco categorias, organizadas por De Antoni (2012): desprezo/rejeição, terrorismo, isolamento, exploração e pressionar excessivamente. Também serão abordadas a negligência e a alienação parental.

O desprezo é uma combinação entre rejeição e hostilidade. Os pais ou cuidadores podem se recusar a ajudar a criança ou o/a adolescente ou não reconhecer que eles precisam de ajuda. Envolve também chamá-los por apelidos indesejados, humilhá-los

ou tratá-los como um ser inferior. Abrange, ainda, rejeitar seus valores, ridicularizando-os ou debochando, principalmente quando esses indivíduos expressam seus sentimentos (como medo, raiva, dúvida, tristeza, entre outros), desejos ou sofrimento.

O terrorismo envolve ameaças (armas, objetos ou palavras), tortura, agressão verbal, xingamentos, *etc.* Acarreta um profundo sentimento de temor ou medo na criança ou no/a adolescente. Esse terrorismo tem, como objetivo, controlar o comportamento da criança e, muitas vezes, é justificado como uma prática educativa, seja coercitiva ou punitiva. Aqui, pode-se incluir a alienação parental, na qual a criança ou o/a adolescente são usados por um dos pais ou por ambos como objeto de disputa ou para causar sofrimento ao ex-cônjuge.

O isolamento provoca o afastamento da criança ou do/a adolescente do contato com outros ambientes e pessoas. Envolve não os deixar sair com colegas ou amigos ou não os deixar frequentar a escola, além de trancá-los em algum aposento da casa ou, nos casos mais extremos, mantê-los em cárcere privado.

A exploração é evidenciada quando a criança ou o/a adolescente são obrigados a realizar tarefas laborais ilícitas ou que não sejam condizentes com sua idade. Um exemplo é a exploração do trabalho infantil, pois, apesar da proibição de atividades laborais no Brasil para menores de 16 anos (salvo na condição de aprendiz, entre 14 e 16 anos), cerca de 1,8 milhão (5% da população na faixa etária) de crianças e adolescentes encontram-se nessa condição (Conde; Silva, 2020, p. 12). Portanto, ainda persiste o trabalho infantil no país.

Os autores recorrem às origens históricas do problema, à especificidade do modo capitalista de produção e aos dados atuais. Inicialmente, a criança ou o/a adolescente eram colocados no trabalho domiciliar, rural e, posteriormente, industrial. Eles eram a própria fonte de renda e de subsistência do núcleo familiar ou de outras pessoas. A exploração também está presente no uso de crianças e adolescentes para o tráfico de drogas, o que também é compreendido como um trabalho infantil. Essa condição é agravada pelo fato de serem predominantemente jovens marginalizados, da periferia, discriminados pela cor e por suas vulnerabilidades sociais, sem acesso a outros postos de trabalho formais (Costa; Mendes; Guedes, 2021).

A última categoria, pressionar excessivamente ou superexigência, refere-se ao comportamento de pais, cuidadores e educadores que exigem que a criança ou o/a adolescente tenham um desempenho acadêmico, laboral, social, artístico e/ou esportivo além das suas condições naquele momento. Confere-se uma responsabilidade maior que suas capacidades, pressionando-os para que tenham um desempenho equi-

valente ao de um adulto. Esse tipo de VE é encontrado em todas as camadas sociais e expressa-se em situações como estudar desde o ensino fundamental para ter um ótimo aproveitamento na prova do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) e garantir uma vaga em uma universidade pública. Muitas vezes, as crianças ou os/as adolescentes não têm tempo para o lazer ou para atividades lúdicas (De Antoni, 2012).

A negligência é uma forma de violência difícil de identificar, pois está relacionada a uma carência ou falta que, muitas vezes, pode estar relacionada à falta de condições socioeconômicas significativas (Mata, 2019). A negligência é a ação e omissão de responsáveis quanto aos cuidados básicos na atenção e envolve a falta de alimentação, de vestuário, de educação formal, de cuidados médicos e até mesmo de estímulos emocionais, necessários à integridade física e psicossocial da criança e do adolescente. Segundo Moreschi (2018, p. 15), isso pode ocasionar prejuízos ao desenvolvimento, sendo que “caracteriza o abandono, que pode ser parcial ou total. O parcial coloca a criança e adolescente em situação de risco; no total elas ficam desamparadas e ocorre o afastamento total da família”.

Além das formas citadas anteriormente, há a situação da alienação parental. A alienação parental caracteriza-se por estágios progressivos de afastamento da criança de um de seus genitores (alienado), com a rejeição de seu convívio, somados ao desenvolvimento de um forte e intenso vínculo com o outro genitor (alienador). Além disso, envolve um padrão de condutas características desempenhadas pelo alienador, como: a desqualificação sistemática do alienado; a tentativa de dificultar o contato; a omissão de informações importantes sobre a vida da criança ou do/a adolescente; e a realização de difamações e acusações indevidas ou equivocadas sobre o alienado, visando a prejudicar seu relacionamento com o filho ou filha (Fucks; Carrion; De Antoni, 2024).

Diante dessas diversas formas de VE e de outras que não foram citadas, crianças ou adolescentes podem desenvolver sintomatologias e transtornos mentais precocemente, como depressão e ansiedade. Também podem ser desencadeados outros transtornos, como os relacionados ao sono ou à alimentação. Os profissionais que trabalham com essa população devem ter um olhar atento a essas questões e às manifestações sutis de VE mascaradas como práticas educativas.

4 A VIOLÊNCIA SEXUAL

O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes conceitua violência sexual como “todo ato, de qualquer natureza, atentatório ao direito humano ao desenvolvimento sexual da criança e do adolescente, praticado por agente em situação de poder e de desenvolvimento sexual desigual em relação à criança e adolescente vítimas” (Brasil, 2013, p. 22). Quando se trabalha com o macroconceito de violência sexual, é preciso considerar que ele engloba as expressões “abuso sexual” e “exploração sexual”. Ao destacar as duas manifestações, a intenção é reconhecer a presença de características distintivas em cada uma dessas formas, a fim de considerar que essas diferenças devem influenciar diretamente a formulação de políticas de prevenção e de atendimento às vítimas e suas famílias.

A violência sexual é qualquer comportamento ou atividade sexual, seja em relações heterossexuais ou homossexuais, em que o agressor se encontra em um estágio de desenvolvimento psicosssexual mais avançado do que a criança ou o/a adolescente. É importante observar que pode ser imposta por meio de violência física ou ameaças, mas também pela sedução, manipulação e indução de sua vontade (Fuchs; Carrion; De Antoni, 2021).

Pode ocorrer por meio de: carícias não desejadas, penetração oral, anal ou genital de forma forçada; exposição obrigatória a material pornográfico; exibicionismo e masturbação forçados; uso de linguagem erotizada em situação inadequada; impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro(a) em utilizar preservativo; e de ser forçado(a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas. Nesse contexto, o abuso sexual contra crianças e adolescentes vai além do ato físico, mas engloba qualquer estímulo empregado pelo agressor para explorar ou satisfazer seus desejos sexuais. Esse tipo de abuso é considerado uma grave violação de confiança e poder, pois o agressor utiliza suas autoridade e/ou poder para satisfazer-se sexualmente com alguém que não tem a capacidade de discernimento e consentimento, dada sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (Fuchs; Carrion; De Antoni, 2021; Paula, 2018; Taquete, 2007).

A exploração sexual, por sua vez, refere-se à comercialização do corpo de crianças ou adolescentes, com o objetivo de obter lucro, troca ou qualquer outra forma de vantagem. É importante salientar que essa exploração não se restringe apenas ao uso de dinheiro, pois o corpo da criança e/ou do/a adolescente é tratado como uma espécie de mercadoria, como moeda de troca. Integra tal conceito a exploração

da pornografia infantil, que pode envolver produção, reprodução, venda, exposição, distribuição, comercialização, aquisição, posse, publicação ou divulgação de materiais pornográficos (fotografia, vídeo, desenhos e filmes) de crianças e adolescentes. Outras formas de exploração sexual são o turismo sexual e o tráfico para fins sexuais: ambas as formas objetivam a obtenção de lucro ou vantagem, por meio da facilitação na entrada, na saída ou em qualquer deslocamento no território nacional ou internacional de crianças e adolescentes (Paula, 2018, p. 82-83).

É importante frisar que a violência sexual contra crianças e adolescentes pode se manifestar junto a outras formas de violência, uma vez que indivíduos abusivos não consideram as necessidades ou peculiaridades de suas vítimas. Quando a violência é intrafamiliar ou cometida por alguém conhecido da vítima, “acontece também a chamada vitimização secundária, ou seja, devido à sua complexidade, a violência sexual interfere na dinâmica das relações familiares, atingindo aos demais membros, principalmente por meio do pacto do silêncio” (Vieira; Grossi, 2018, p. 493). Muitos casos permanecem ocultos devido ao sigilo ou à prática de suborno, o que resulta em subnotificação nas estatísticas. Infelizmente, a coerção da vítima para manter o abuso em segredo é uma ocorrência comum (Rovinski; Pelisoli, 2020). Esse silenciamento não apenas afeta a vítima, que frequentemente enfrenta ameaças e receios de retaliação, mas também envolve familiares que, em alguns casos, optam por se omitir ao tomar conhecimento do abuso, o que ocorre tanto pela naturalização da violência como pelo medo, bem como para supostamente preservar a “integridade da família”.

Em termos da legislação vigente no Brasil, a Lei nº 13.431/2017, que estabelece o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, em seu artigo 4º, inciso III, sem prejuízo da tipificação das condutas criminosas, conceitua a violência sexual contra crianças e adolescentes como “qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não” (Brasil, 2017a). Conforme a lei, a violência sexual contra crianças e adolescentes engloba:

- a) abuso sexual, entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiro; b) exploração sexual comercial, entendida como o uso da criança ou do adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer outra forma de compensação, de forma independente ou sob patrocínio, apoio ou incentivo de terceiro, seja de modo presencial ou por meio eletrônico; c) tráfico de pessoas, entendido como o recrutamento, o transporte, a transferência,

o alojamento ou o acolhimento da criança ou do adolescente, dentro do território nacional ou para o estrangeiro, com o fim de exploração sexual, mediante ameaça, uso de força ou outra forma de coação, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade, aproveitamento de situação de vulnerabilidade ou entrega ou aceitação de pagamento, entre os casos previstos na legislação (Brasil, 2017a, art. 04, inciso III).

No Brasil, o Código Penal (Brasil, 1940) possui, dentro do Título VI (dos crimes contra a dignidade sexual), capítulos que tratam da temática e que classificam as violências sexuais. Quanto aos crimes sexuais contra vulneráveis¹, esses são abordados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Dos crimes sexuais contra vulnerável

CRIME	ARTIGO	DESCRIÇÃO
Estupro de vulnerável	Art. 217-A	Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos. § 1ª Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no <i>caput</i> com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.
Corrupção de menores	Art. 218	Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem.
Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente	Art. 218 - A	Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem.
Favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável	Art. 218-B	Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone. [...] § 2o Incorre nas mesmas penas: I - quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos na situação descrita no <i>caput</i> deste artigo; II - o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verifiquem as práticas referidas no <i>caput</i> deste artigo.

¹ Conforme o Código Penal (Brasil, 1940) e sua atualização a partir da Lei nº 12.015 de 2009, vulnerável é a pessoa menor de 14 (catorze) anos ou alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

Divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo ou de pornografia	Art. 218-C	Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, vender ou expor à venda, distribuir, publicar ou divulgar, por qualquer meio — inclusive por meio de comunicação de massa ou sistema de informática ou telemática —, fotografia, vídeo ou outro registro audiovisual que contenha cena de estupro ou de estupro de vulnerável ou que faça apologia ou induza a sua prática, ou, sem o consentimento da vítima, cena de sexo, nudez ou pornografia. [...] § 1º A pena é aumentada de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços) se o crime é praticado por agente que mantém ou tenha mantido relação íntima de afeto com a vítima ou com o fim de vingança ou humilhação. § 2º Não há crime quando o agente pratica as condutas descritas no caput deste artigo em publicação de natureza jornalística, científica, cultural ou acadêmica com a adoção de recurso que impossibilite a identificação da vítima, ressalvada sua prévia autorização, caso seja maior de 18 (dezoito) anos.
--	------------	--

Fonte: sistematizado por Paula, 2018, a partir do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940).

Com o avanço da tecnologia, a ampla disseminação e a facilitação do acesso às redes sociais, o poder judiciário brasileiro percebeu a necessidade de criar tipificações legais para crimes sexuais cometidos no ambiente virtual, incluindo, no Código Penal, por meio da Lei nº 13.772/2018, o artigo 216-B, referente a “produzir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado sem autorização dos participantes” (Brasil, 2018). Também inclui montagem, com o fim de incluir a pessoa em cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo, em fotografia, vídeo, áudio ou qualquer outro registro digital.

Com a popularização da *internet*, avançaram os crimes sexuais virtuais, os quais incluem, entre outros: pornografia de vingança ou *revenge porn*, caracterizada pela divulgação não consensual de conteúdo íntimo (*nudes*) da vítima como forma de vingança; chantagem sexual ou sextorsão, quando a vítima é coagida a realizar desde favorecimento econômico até favorecimento sexual para a satisfação lasciva do agressor; pornografia infantil, que, embora não tenha se originado como um crime virtual, expandiu-se com a *internet*; e estupro virtual, que ocorre quando a vítima, por meio de alguma mídia ou dispositivo com acesso à *internet*, é coagida a praticar ou a permitir que alguém pratique atos libidinosos com ela (Lucchesi; Hernandez, 2018).

O ECA também avançou a fim de abranger as novas modalidades de crimes sexuais, incluindo os que envolvem novas tecnologias. Em 2008, a partir da Lei nº

11.826, o conceito de tais crimes foi atualizado, a fim de “aprimorar o combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material e outras condutas relacionadas à pedofilia na internet” (Brasil, 2008). Em 2017, houve nova alteração no ECA, a partir da Lei nº 13.441, que prevê a infiltração de agentes de polícia na *internet* com o fim de investigar crimes contra a dignidade sexual de criança e de adolescente (Brasil, 2017b).

Para que haja o rompimento do ciclo da violência, o fortalecimento de vínculos e as ressignificações, é necessário acompanhar não só a vítima, mas também a sua família, por meio de um trabalho articulado em rede. Cabe destacar que a relação de dominação e exploração, no contexto das relações de poder, classe, raça, etnia, gênero e geração, contribui para a submissão da criança e do/a adolescente aos adultos, constituindo o cerne do fenômeno da violência sexual. Por ser um fenômeno de natureza multifacetada, requer uma análise crítica de seus elementos históricos, sociais e culturais, dado que está intrinsecamente conectado à maneira como as relações sociais se desenvolvem na sociedade.

5 A VIOLÊNCIA ESTRUTURAL

Acompanha-se o recrudescimento da ameaça à proteção dos direitos humanos de amplos setores da população, sendo as infâncias e adolescências especialmente atingidas e cotidianamente submetidas a múltiplas violações de direitos humanos, as quais também são representadas por diversas formas de violência e correspondem, muitas vezes, a manifestações da (des)proteção social. No tocante à (des)proteção social, a violência estrutural ocorre quando o Estado busca a proteção dos indivíduos por meio de “ações repressivas que provocam um processo de afastamento entre Estado e comunidade [...]. Tal processo, porém, mostra-se como ilusório, uma vez que tais medidas, tidas como protetivas, ocultam processos perversos de violação de direitos [...]” (Scherer, 2017, p. 106).

Dentre os direitos previstos para infâncias e adolescências, destacam-se: o direito a uma vida digna de ser vivida por meio da garantia de proteção contra todas as formas de ameaça e violação de direitos humanos; o direito a uma educação livre de castigo físico, tratamento cruel, desumano e/ou degradante; e o direito a condições dignas de existência, a partir do acesso aos bens materiais que possibilitem o seu desenvolvimento. Para que esses direitos sejam garantidos, deve haver, necessariamente, o enfrentamento das desigualdades sociais engendradas na sociedade

capitalista, que diariamente acarretam a falta de acesso e/ou o acesso precário a esses direitos (Dorneles, 2022).

A falta de acesso aos direitos humanos, o acesso precário e/ou a exposição de crianças e adolescentes às diversas formas de dominação e opressão evidenciam a permanência dos traços constitutivos da (des)proteção social das infâncias e adolescências no Brasil e os rebatimentos da apropriação privada da riqueza socialmente produzida por uma pequena parcela da população nas relações sociais, especificamente nas relações familiares. Importa destacar que a exposição das crianças e dos/as adolescentes às expressões da questão social e às violações de direitos humanos repercute e é agravada quando consideradas as seguintes particularidades: classe social, cor/raça, faixa etária, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, sexo e origem territorial, entre outros marcadores sociais.

Além da exposição aos diversos tipos de violência e às violações de direitos humanos, há uma forma de violência que é considerada imperceptível, visto que não envolve diretamente a força física e, diferentemente das demais, dificulta a compreensão de vítimas e agressores: a violência estrutural. Independentemente disso, esse tipo de violência atinge cotidianamente as famílias, dificulta a garantia de cuidado e proteção de seus membros e contribui para a fragilização dos vínculos familiares e comunitários.

A violência estrutural é formada por um conjunto de ações que se produzem e se reproduzem na esfera da vida cotidiana, mas que frequentemente não são consideradas ações violentas, pois não necessariamente consistem no uso da força física, apesar de não se abdicar dela quando necessário. É produto do modo de produção capitalista e das relações sociais que se sustentam nele e trata-se de um complexo social que constitui o processo de reprodução do capital na contemporaneidade, capaz de impor simultaneamente regras, valores e propostas, quase sempre consideradas naturais, normais e necessárias, que fazem parte da essência da ordem burguesa, ou seja, que formam sua natureza (Dorneles, 2022).

Nesse contexto, coexistem o processo de produção e reprodução do capital e a sua contradição existencial — acúmulo de riqueza concomitante à produção de miséria —, isto é, o desenvolvimento das forças produtivas e o enriquecimento dos detentores do poder econômico em detrimento da precarização das condições de trabalho e de vida da população. Esses processos explicitam a manifestação da violência estrutural e repercutem no afastamento do acesso aos bens materiais e imateriais necessários ao desenvolvimento integral das crianças e dos adolescentes.

O Estado e as instituições reproduzem as condições geradoras para a violência estrutural. Ela é intrínseca à sociedade capitalista e determina-se pela distribuição desigual da riqueza socialmente produzida, o que contribui para o desenvolvimento das desigualdades sociais. Pode-se dizer que esse tipo de violência formaria uma rede menos aparente de violência, uma vez que apenas episódios mais evidentes, como a violência física, são rapidamente reconhecidos como tal. Dessa maneira, não se podem compreender as diversas formas de violência de maneira fragmentada, separando relações interpessoais e estruturais, sob pena de se perder a visão da sociedade em sua totalidade. Portanto, a análise acerca da dinâmica da violência no tempo presente exige, a partir de uma perspectiva de totalidade, a adoção de uma postura crítica e investigativa, a fim de se evitarem abordagens reducionistas ou generalistas dessa categoria (Minayo, 1997; Saffioti, 2001; Siqueira, 2006).

Embora seja difícil perceber a violência estrutural como intrínseca aos demais tipos de violência, visto que ela produz obstáculos à compreensão de seus determinantes, torna-se fundamental entendê-la como parte constante na vida dos indivíduos. Ela atinge a todos os que vivenciam os processos de produção e reprodução das desigualdades sociais, por estarem inseridos em uma sociedade voltada para a satisfação das necessidades de mercado, que proclama o lucro como seu fim e que regula as relações sociais por meio da exploração da força de trabalho da classe trabalhadora.

Assim, a violência estrutural consiste também na imposição de regras, valores e normas, de forma que essas pareçam naturais e necessárias ao desenvolvimento da sociedade capitalista e ao progresso. Essa violência envolve tanto o caráter econômico (da estrutura) quanto o ideológico (superestrutura), visto que a ação violenta se dá no plano material, ainda que se utilize da ideologia para legitimá-la socialmente e torná-la imperceptível. A relação estabelecida entre a violência estrutural e a questão social está no fato de que essa violência, sofrida no bojo do processo produtivo, tem profunda repercussão na vida cotidiana da população, desencadeando diversas expressões da questão social. Assim sendo, na medida em que as contradições da estrutura social contribuem com o aumento dos obstáculos enfrentados pelos indivíduos no acesso aos bens materiais necessários à subsistência, a violência estrutural ganha forma e dá espaço para outras formas de violência e violação de direitos (Silva, 2004; Cavalli, 2010; Dorneles, 2017).

A análise da categoria “violência estrutural” e a compreensão das repercussões desse tipo de violência no desenvolvimento integral de crianças e adolescentes e no cotidiano das famílias requer a ultrapassagem da visão restrita e culpabilizadora de

que os indivíduos são unicamente responsáveis por suas condições de vida e de que as dificuldades enfrentadas pelas famílias no cuidado e proteção de seus filhos resumem-se a incapacidades individuais. As famílias atendidas pelos serviços que compõem o Sistema de Garantia de Direitos são atravessadas por diversos marcadores sociais, tais como classe social, cor/raça, gênero e território, os quais contribuem para as situações de pobreza (seja ela extrema ou não) e para que as famílias tenham baixa escolaridade e acesso precário à alimentação, à moradia, ao saneamento básico e ao trabalho protegido. Portanto, o cuidado e a proteção de seus filhos são exercidos em um contexto de privação e/ou acesso precário aos direitos humanos, o que, por conseguinte, reflete na maneira como as crianças e adolescentes acessarão os seus direitos. No entanto, mesmo diante desses contextos, as famílias acabam sendo consideradas negligentes e/ou desestruturadas quando, na prática, sequer dispõem de condições básicas de sobrevivência.

O alcance dos direitos humanos supõe a produção e o acesso aos bens indispensáveis à existência, ou seja, a satisfação das necessidades humanas básicas. Todavia, no percurso da reprodução da vida material, os indivíduos deparam-se com inúmeros obstáculos e diferentes formas de dominação e opressão (Dorneles, 2022), as quais abarcam “subordinação de gênero e de raça, imperialismo e dominação política [...] — características estruturais inerentes à sociedade capitalista, tão profundas quanto a exploração e dominação de classe” (Fraser; Jaeggi, 2020, p. 128).

Para que as famílias efetivem a proteção de suas crianças e adolescentes e para que elas disponham de condições dignas de vida², ainda que se compreenda que, no capitalismo, existe uma “indignidade estrutural”³, faz-se necessário que elas sejam consideradas um grupo social composto de indivíduos históricos que, antes de serem violados os direitos de seus membros, podem ter vivenciado, ao longo de sua trajetória de vida, omissões por parte do Estado e intervenções estatais com viés responsabilizador. Por trás das situações de violência e violação de direitos humanos, há a ocultação de processos de hierarquização dos indivíduos. Portanto, também desenvolvem-se conflitos e situações de violação de direitos humanos na família, os quais contribuem para fragilizar e romper os vínculos familiares e constituem-se ameaça à proteção dos

² A concepção de dignidade humana está atrelada ao acesso a bens materiais e imateriais exigíveis para que a população se desenvolva e, principalmente, que disponha de condições para proteger suas crianças e adolescentes (Dorneles, 2022).

³ Expressão utilizada por Mascaro (2017). Entende-se que esta “indignidade estrutural” transforma as lutas pelo acesso aos bens materiais e imateriais em tentativas de solucionar as repercussões do capitalismo na vida da população, todavia sem alterar suas raízes fundantes — a manutenção da exploração capitalista e a reprodução das desigualdades sociais (Dorneles, 2022).

direitos humanos de crianças e adolescentes. No entanto, para que esses indivíduos estejam protegidos, deve-se ofertar condições básicas de sobrevivência às famílias.

Por fim, é imperativa a necessidade de se ultrapassar a naturalização dos processos de dominação e opressão e das desigualdades sociais, seja em virtude de classe social, cor/raça, gênero, identidade de gênero, orientação sexual ou sexo. Também se deve desnaturalizar a criminalização da pobreza e as demais expressões da questão social, visto que os indivíduos não devem ser compreendidos isoladamente, sem a análise das determinações estruturais, que desenvolvem e agudizam as desigualdades econômicas e sociais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violação dos direitos fundamentais da criança e do/a adolescente, incluindo os direitos a sexualidade saudável, respeito, dignidade, integridade física e emocional e a convivência familiar e social, resulta em sérias repercussões em suas vidas pessoais, familiares e sociais. A abordagem da violência deve ser encarada como uma preocupação central nas políticas sociais e de saúde, uma vez que não se trata apenas de vítimas e agressores, mas sim da representação de uma forma violenta de sociabilidade e do impacto no desenvolvimento integral das vítimas.

A compreensão profunda e baseada em evidências sobre as manifestações das violências, envolvendo a tipificação, os fatores de risco e suas consequências, contribui para a implementação de políticas públicas e serviços que efetivamente atuem na proteção dos direitos de crianças e adolescentes. Outrossim, isso possibilita a qualificação de profissionais que atuam na rede de proteção, capacitando-os para a compreensão desse fenômeno e para o adequado atendimento a crianças e adolescentes vítimas.

REFERÊNCIAS

BRASCO, Priscila Jandrey; DE ANTONI, Clarissa. Violências Intrafamiliares Experienciadas na Infância em Homens Autores de Violência Conjugal. **Psicologia: Ciência & Profissão**, Brasília-DF, Conselho Federal de Psicologia, vol. 40, 2020. DOI: 10.1590/1982-3703003218119. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=6bab2a51-4395-4115-a8ab-8962e018d471>. Acesso em: 03 jan 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em 14 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 14 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.829, de 25 de novembro de 2008**. Altera a Lei n o 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para aprimorar o combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material e outras condutas relacionadas à pedofilia na internet. Brasília, DF: Presidência da República,

2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11829.htm. Acesso em: 14 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017.** Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidência da República, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm. Acesso em: 14 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.441, de 8 de maio de 2017.** Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para prever a infiltração de agentes de polícia na internet com o fim de investigar crimes contra a dignidade sexual de criança e de adolescente. Brasília, DF: Presidência da República, 2017b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13441.htm. Acesso em: 14 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.772, de 19 de dezembro de 2018.** Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para reconhecer que a violação da intimidade da mulher configura violência doméstica e familiar e para criminalizar o registro não autorizado de conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13772.htm. Acesso em: 14 dez. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Disque Direitos Humanos (Disque 100).** Relatório do primeiro semestre de 2023. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/disque100>. Acesso em 05 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde, Brasília, DF: 2010. 104, p. : il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 978-85-334-1688-8 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes.** Brasília, DF: 2013. Disponível em: https://6bfe26a9-443f-4ac5-bb00-93db8c881c54.filesusr.com/ugd/5117a5_a2556af60b8640ab93ccdad5f26e7a9.pdf. Acesso em 14 dez. 2023.

CAVALLI, Michelle. Violência Estrutural: Enfrentamentos para o Serviço Social? **Encontro de Iniciação Científica**, v. 5, nº 5, 2010. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/2596/2302>. Acesso em: 27 out. 2023.

CECCONELLO, Alessandra Marques; DE ANTONI, Clarissa; KOLLER, Sílvia Helena. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicologia em Estudo**, 8, 45-54, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000300007>. Acesso em: 20 dez. 2023.

CONDE, Soraya Franzoni; SILVA, Mauricio. Persistência do trabalho infantil ou da exploração do trabalho infantil. **Roteiro**, Joaçaba, v.45, e23071, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18593/r.v45i0.2307>. Acesso em: 15 dez. 2023.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MENDES, Kissila Teixeira; GUEDES, Ítalo de Oliveira. Juventude brasileira e o trabalho no tráfico de drogas: pauperização, precarização e superexploração. **Gerais**, Revista Interinstitucional Psicologia, Belo Horizonte, v. 14, p. 1-24, dez. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202114e18452>. Acesso em: 10 dez. 2023.

DE ANTONI, Clarissa. Abuso Emocional Parental contra Crianças e Adolescentes. In: HABIGZANG, Luísa Fernanda; KOLLER, Sílvia Helena. **Violência contra crianças e adolescentes:** teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed, p. 33-40, 2012.

DE ANTONI, Clarissa; BARONE, Luciana. Rodrigues.; KOLLER, Sílvia Helena. Indicadores de risco e proteção em famílias fisicamente abusivas. **Psicologia: teoria e pesquisa**, 23(2), 125-132, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/pVT1wmlHdK6k49kvyHCtdLN/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 dez. 2023.

DORNELES, Alexia. **A (des)proteção social de crianças e adolescentes no contexto de governamentalidade neoliberal de caris neofascista no Brasil.** 2022. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Humanidades, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, 2022.

DORNELES, Alexia. Violência estrutural e o impacto no cotidiano das famílias de crianças e adolescentes acolhidas(os) institucionalmente. In: GROSSI, Patricia Krieger; FONSECA, Roberto da Cruz; DUARTE, Joana das Flores (org.). **Expressões de violência:** experiências de intervenção e pesquisa em Serviço Social. 1ª. ed. – Curitiba: Appris, 2017.

FRASER, Nancy; JAEGGI, Rahel. **Capitalismo em debate:** uma conversa na teoria crítica. São Paulo: Boitempo, 2020.

FUCKS, Helena; CARRION, Anna Julia Zanella Machado; DE ANTONI, Clarissa. Alienação parental: uma forma de abuso emocional em crianças. In: Cristiane Flores Bortoloco (Org.). **Violência**: compêndio teórico-prático sobre vítimas e agressores. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys Editora, 2024.

FUCKS, Helena; CARRION, Anna Julia Zanella Machado; DE ANTONI, Clarissa. Violência sexual infanto-juvenil em meninas: intervenções psicológicas e psicossociais. In: Winthney Paula Souza Oliveira (Cor.). **A quebra do silêncio e as vertentes do abuso sexual**: manual de prevenção e prevenção. Curitiba: CRV, 2021.

KRUG E.G. et al., eds. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2024.

LUCCHESI, Ângela Tereza; HERNANDEZ, Erika Fernanda Tangerino. Crimes virtuais: cyberbullying, revenge porn, sextortion, estupro virtual. **Revista Officium**: estudos de Direito, v. 1, n. 1, p. 2, 2018.

MASCARO, Alysson Leandro. Direitos Humanos: Uma crítica marxista. **Lua nova**, São Paulo, n. 101, p. 109-137, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/QFXz4jWqFYVs88Sn6FVtd7R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2023.

MATA, Natália Teixeira. Negligência na Infância: Uma Reflexão sobre a (Des)proteção de Crianças e Famílias. **O Social em Questão**, vol. 22, núm. 45, 2019, Setembro-, pp. 223-238

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Fundação Oswaldo Cruz, IV(3): p. 513-531, nov. 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/SgRRyMW6Ms56SgCzkdGKvmK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2023.

MORESCHI, M. T. (Org.). **Violência contra crianças e adolescentes**: análise de cenários e propostas de políticas públicas. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

NUNES, A. C. P.; DA SILVA, C. C.; DE CARVALHO, C. T. C.; DA SILVA, F. G.; DA FONSECA, P. C. dos S. B.. Violência infantil no Brasil e suas consequências psicológicas: uma revisão sistemática / Child violence in Brazil and its psychological consequences: a systematic review. **Brazilian Journal of Development**, 6(10), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-392>. Acesso em 8 dez. 2023.

OLIVEIRA, Thaís Thomé Seni S. e; CALDANA, Regina Helena Lima. Educar é punir? Concepções e práticas educativas de pais agressores. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2023.

PAULA, Clarissa da Silva de. **Os desafios na materialização do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, no âmbito da política de assistência social**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUCRS, 2018.

ROVINSKI, Sonia Liane Reichert; PELISOLI, Cátula da Luz. **Violência sexual contra crianças e adolescente**: testemunho e avaliação psicológica. São Paulo: Vetor Editora, 2020.

SAFFIOTI, Heleith. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, (16): p. 115-136, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>. Acesso em: 27 out. 2023.

SCHERER, Giovane Antonio. **Juventude, (in)segurança e políticas públicas**: a proteção social no Brasil. Curitiba: Juruá, 2017.

SILVA, José Fernando Siqueira da. O método em Marx e o estudo da violência estrutural. **Serviço Social e Realidade**, Franca, v. 13, n. 2, 2004. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/412593921/O-Metodo-Em-Marx-e-a-Violencia-Estrutural#>. Acesso em 30 out. 2023.

SILVA, José Fernando Siqueira da. Violência e desigualdade social: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Ser Social**, Brasília, n. 19, p. 31-58, jul./dez. 2006. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12749/11150. Acesso em: 21 set. 2023.

TAQUETTE, Stella et al. **Mulher adolescente/jovem em situação de violência**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007. Disponível em: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/mul_jovens.pdf. Acesso em 14 dez. 2023.

VIEIRA, Monique Soares; GROSSI, Patrícia Krieger. A política de assistência social e o enfrentamento à violência sexual infantojuvenil. In: **Ser Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 479-498, 2018. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14952. Acesso em 15 jan. 2024.

VIEIRA, Monique Soares. **Rompendo o silêncio**: O enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no âmbito dos CREAS tocantinenses. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. de doutorado. Porto Alegre: PUCRS, 2015. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6334/2/475285%20Texto%20Completo.pdf>. Acesso em 14 dez. 2023.

2. O ENFRENTAMENTO À(S) VIOLÊNCIA(S) CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DESAFIOS POSTOS À MATERIALIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS

*Mariele Aparecida Diotti
Silvia da Silva Tejas*

1 INTRODUÇÃO

As políticas específicas para segmentos da população, entre os quais as crianças e os adolescentes, desafiam, cotidianamente, gestores e trabalhadores que operam os distintos eixos do Sistema de Garantia dos Direitos (SGD) no sentido de concretização da intersetorialidade. A própria concepção de “sistema” introduz a perspectiva teórica e prática de um tipo de planejamento e intervenção distinta entre os órgãos que atuam para materializar direitos de crianças e adolescentes. Evidentemente, as tensões e as armadilhas que cercam o tema se apresentam frente ao desafio de consolidação da proteção integral, o que implica colocar a salvo crianças e adolescentes de todas as formas de violências.

Este capítulo, gestado coletivamente para esta obra que trata das violências contra crianças e adolescentes, busca compartilhar reflexões, aprendizados e desafios identificados a partir da atuação de suas autoras em atividades de gestão, execução e assessoria técnica em órgãos de controle social, de defesa e de promoção de direitos. Desse modo, a experiência concreta é fonte de inspiração, de conhecimento e de questionamentos que serão aqui desenvolvidos, visando enfrentar alguns desafios, como: a concepção de intersetorialidade e as mudanças a serem empreendidas na gestão pública brasileira em prol de um Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes; o desenvolvimento do trabalho em rede como estratégia para a consecução da intersetorialidade; a construção de pactuações e fluxos como decorrência do planejamento coletivo (em rede) e as demandas e características dos territórios como bússola para fluxos e pactuações.

Essas temáticas serão desdobradas em duas partes. A primeira delas desenvolve a emergência do conceito de intersetorialidade no contexto das políticas públicas

brasileiras. Para esse caso, será trazido o esforço, a partir da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), relacionado à estruturação e implementação de um SGD, quão qual somente se realiza por meio da intersetorialidade. Tais perspectivas estão amparadas na concepção de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos humanos, os quais alcançam a realização plena quando entendidos como indivisíveis e interconectados, aproximando-se da proteção integral — promessa constitucional ao segmento em questão.

A segunda parte destina-se a avançar no campo operacional do SGD, ou seja, como efetivar a intersetorialidade no cotidiano, na interface e na interconexão entre distintas políticas e órgãos de defesa e controle social. Tem-se, então, a contextualização da estratégia de trabalho em rede, temática recorrente nos debates hodiernos entre os atores e atrizes do SGD, mas possivelmente insuficientemente compreendida e vivenciada. Desse modo, o texto propõe-se a incursionar na temática, trazendo os fundamentos do trabalho em redes, as mudanças de postura e as práticas requeridas, bem como a adentrar em alguns de seus produtos, como a construção de pactuações, o planejamento coletivo e a construção de fluxos, aproximando-os o quanto possível do enfrentamento à(s) violência(s) contra crianças e adolescentes.

Por fim, encerra-se com sínteses provisórias sobre o tema, que visam a extrair as questões-chave que permeiam os desafios para a materialização da intersetorialidade nos 497 municípios gaúchos.

2 A MATERIALIZAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CONTEXTO DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS

A estruturação do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente encontra amparo na guinada conceitual que a Constituição Federal de 1988, no artigo 227, realiza e, na sequência, no ECA. Nos termos da Constituição:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988, modificado EC 65/2010, grifo nosso).

Observe-se que a perspectiva coletiva está retratada no *caput* do artigo, pois situa os direitos de crianças e adolescentes como desafios societários, não apenas do

poder público, mas de toda a sociedade. Ao mesmo tempo, ilumina um amplo leque de direitos que seriam, em 1990 e nos anos subsequentes, desdobrados no texto do ECA.

Nesse contexto, não é demais lembrar que os processos de resistência que desembocaram na Assembleia Nacional Constituinte, no bojo da redemocratização do Brasil, estavam eivados do desejo de ruptura com a ordem menorista direcionada a crianças e adolescentes. Assim, o artigo 227 e o próprio ECA refletem profundas mudanças de método, conteúdo e gestão das políticas para esse segmento (Costa, 1994). Tais mudanças foram radicais, no sentido etimológico da palavra, pois inverteram a ótica sobre a qual crianças e adolescentes eram vistos. Passaram de menores em situação irregular a sujeitos de direitos, credores de proteção integral, tendo seus direitos preservados pela ação de um Sistema de Garantia dos Direitos, não mais por um juiz isoladamente, pela Fundação Nacional/Estadual do Bem-Estar do Menor e, ainda, criada a figura do conselho tutelar, responsável por zelar pelos direitos.

Ademais, no plano das políticas de atendimento e organização do Sistema, o ECA absorveu as bases que estruturam o Estado brasileiro após a Constituição Federal de 1988, por meio das diretrizes de descentralização político-administrativa, municipalização do atendimento e de políticas sociais básicas e especiais, bem como de um sistema socioeducativo para adolescentes autores de ato infracional. Ainda, incorporou a participação popular, que inaugura nova etapa da relação entre Estado (*stricto sensu*) e sociedade civil, viabilizada por meio de conferências, fóruns e conselhos de direitos. Do mesmo modo, deu visibilidade ao fundo público, com a previsão do financiamento da política por meio dos fundos.

Essa breve retomada histórica propõe-se a situar o terreno da segunda década do século XXI. Distam mais de 30 anos desde o advento do ECA, cujo texto sofreu 35 alterações desde sua promulgação¹. Essas mudanças no texto original possuem relação, em parte, com as controvérsias que acompanharam o estatuto desde 1990 e refletem as disputas em torno de projetos societários. A chamada Lei da Escuta Protegida, a exemplo, situa-se nesse processo. Contudo, os fundamentos sobre o modo como a salvaguarda aos direitos deve ocorrer mantiveram-se ao longo do tempo, estando previstos no artigo 86 do ECA nos seguintes termos: “a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um **conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios**” (Brasil, 1990, grifo nosso).

¹ Sistematização realizada por Silvia Tejedas até 15 de setembro de 2023.

Para dar vazão a esse enunciado, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) publicou, em 19 de abril de 2006, a Resolução nº 113, que trata da institucionalização e do fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Interessante observar que, nesse momento histórico, o CONANDA alinhou conceitualmente os direitos de crianças e adolescentes aos direitos humanos, quer sejam civis, políticos, econômicos, sociais ou culturais, no âmbito dos direitos individuais, mas também de direitos coletivos e difusos. Desse modo, atualizou a concepção do Sistema de Garantia de Direitos às correntes de pensamento que tomavam corpo no Brasil quanto aos direitos humanos. Outro aspecto importante da Resolução é a referência, mesmo que indireta, à intersectorialidade, na medida em que pontua no art. 1º, § 1º, que:

Esse Sistema articular-se-á com todos os sistemas nacionais de operacionalização de políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde, educação, assistência social, trabalho, segurança pública, planejamento, orçamentária, relações exteriores e promoção da igualdade e valorização da diversidade (Brasil, 2006).

Da mesma forma, no § 2º, menciona-se a articulação com relação às normativas internacionais, que são diversas e reconhecidas pelo estado brasileiro, no tangente aos direitos humanos de crianças e adolescentes.

A Resolução, ainda, reconhece as iniquidades brasileiras quanto à materialização desses direitos, situando seus marcadores sociais, como raça/etnia, gênero, orientação sexual, deficiência, classe social, território de moradia e outros. Portanto, no horizonte normativo, positivador de direitos, há um caminho ainda não percorrido para sua materialização. Nessa direção, o mapeamento sul-rio-grandense sobre as violências contra crianças e adolescentes realizado pelo Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (CEEVSCA/RS) demonstra, de modo inequívoco, as lacunas existentes e o fato de que ainda não são plenamente garantidos os direitos positivados na legislação nacional e internacional.

No âmbito da definição do Sistema de Garantia de Direitos, a Resolução 113/2006 assim o descreve:

Quadro 1 – Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes

Eixo	Objeto	Órgãos	Especificidades
Defesa	Proteção legal aos direitos humanos de crianças e adolescentes e acesso à justiça.	Poder Judiciário (varas infância e juventude; equipes técnicas judiciárias; varas criminais especializadas; comissões de adoção; tribunais do júri; tribunais de justiça; corregedorias gerais de justiça)	O Poder Judiciário atua quando provocado pelo Ministério Público ou pelo advogado constituído pela parte (privado ou assistência judiciária gratuita).
		Ministério Público (promotorias de justiça especializadas ou não; procuradorias de justiça; centros de apoio operacional; procuradorias gerais de justiça; corregedorias gerais do Ministério Público)	O Ministério Público atua junto ao Poder Judiciário em ações por ele aforadas ou nas quais tenha incumbência legal, e, no âmbito extrajudicial, atende ao ditame constitucional de defesa do regime democrático, dos direitos individuais indisponíveis e sociais, em matérias de direito individual, coletivo e difuso.
		Defensorias públicas, serviços de assistência jurídica ou judiciária	As defensorias públicas atendem, no âmbito dos estados, o cidadão com renda de até três salários mínimos nacionais** e atuam no direito individual e coletivo. Há, também, os serviços de assistência prestados por universidades ou organizações não governamentais.
		Polícia civil (delegacias especializadas ou comuns)	Atua no âmbito da investigação dos crimes contra crianças e adolescentes. Possui, também, atuação na apuração do ato infracional praticado por adolescente.
		Polícia militar	Atua no policiamento ostensivo, podendo ser acionada pela comunidade em crimes cometidos contra crianças e adolescentes ou para acompanhar agentes públicos em ações de proteção de crianças em ambientes conflagrados. Também atua na apreensão em flagrante e condução à delegacia de polícia de adolescente autor de ato infracional.
		Conselho Tutelar (no mínimo, um por município, na proporção de um para cada 100 mil habitantes, com cinco membros titulares, eleitos diretamente pela comunidade a cada quatro anos)*	Órgão autônomo e não jurisdicional, encarregado de zelar pelos direitos da criança e do adolescente.
		Ouvidorias	Estabelecidas por órgãos públicos do executivo ou do sistema de justiça que recebem denúncias de violação dos direitos de crianças e adolescentes.

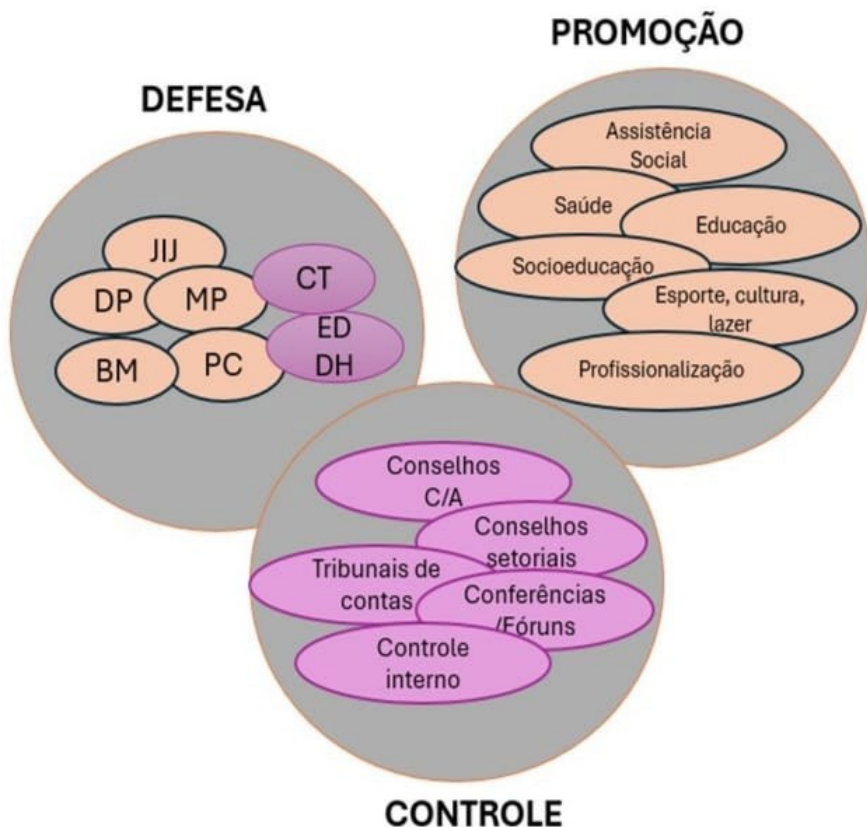
Promoção	Desenvolvimento da política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente (transversal e intersetorial – políticas sociais, proteção aos direitos humanos e socioeducação)	Política de saúde (universal)	Realiza-se por meio de atenção básica, de política de saúde de crianças e adolescentes, pelos serviços de média complexidade (policlínicas, ambulatório de saúde mental, CAPSi, CAPSad) e de alta complexidade (hospitais).
		Política de educação (universal e obrigatória dos 4 aos 17 anos)	Realiza-se por meio de oferta de educação infantil (creche e pré-escola), ensino fundamental e médio e de educação especial, por meio da educação inclusiva (atendimento educacional especializado) e de jovens e adultos (acima dos 15 anos). Também envolve oferta pública das redes municipal e estadual.
		Política de assistência social	Realiza-se por meio da proteção especial básica (CRAS com oferta de PAIF, SCFV), sendo uma proteção social especial de média complexidade, ofertada por meio do CREAS (PAEFI, MSE, LA, PSC), e de alta complexidade (acolhimento institucional e familiar).
		Política de profissionalização e proteção ao trabalho	Envolve instituições que ofertam cursos técnicos e profissionalizantes, além de programas de aprendizagem e estágio.
		Política de esporte, cultura e lazer	Oferta de espaços para lazer (praças, quadras e atividades específicas), cultura (acesso às manifestações artísticas) e esporte (acesso à vivência do esporte).
		Política socioeducativa	Atendimento em privação e restrição de liberdade. As medidas em meio aberto são executadas pela política de assistência social.

Controle	Controle das ações públicas de promoção e defesa de direitos, fundamentado no princípio constitucional da participação popular	Conselhos de direitos da infância e juventude	Os conselhos têm composição paritária entre representações do governo e da sociedade civil (sindicatos, associações, entidades de atendimento, entre outros) nos diferentes níveis de gestão (nacional, estadual e municipal), sendo órgãos de formulação e controle da política.
		Conferências e fóruns	As conferências dos direitos da criança e do adolescente configuram-se em espaços paritários de discussão e deliberação sobre as políticas para o segmento infantojuvenil.
		Conselhos setoriais das políticas públicas	Referem-se aos conselhos das políticas setoriais, como assistência social, saúde e educação, também amparados no princípio da participação popular.
		Tribunais de contas	Órgãos do poder legislativo que efetuem o controle das contas públicas nos diferentes níveis da gestão pública.
		Órgãos de controle interno dos poderes executivo, legislativo e judiciário	Órgãos específicos de cada poder que efetuem o controle interno de suas ações.

Fonte: adaptado da Resolução 113/2006 do CONANDA, sendo a quarta coluna criada pelas autoras. No caso do eixo “promoção”, a terceira coluna também foi criada pelas autoras, a fim de ilustrar as políticas envolvidas no Sistema de Garantia de Direitos. Brasil, 1988. *Resolução 231/2022 CONANDA. **Informação disponível no sítio eletrônico da Defensoria Pública Estadual do Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul, 2023).

Conforme se observa no Quadro 1, o Sistema de Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes possui arquitetura complexa, pela natureza distinta dos órgãos e instituições que reúne, pela diversidade de suas atribuições e, especialmente, pela necessidade de uma atuação integrada e conectada, com diversas áreas de intersecção. A Figura 1 demonstra a riqueza e diversidade do Sistema de Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes.

Figura 1— Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente



Legenda: JJJ - Juizado da Infância e da Juventude; DP - Defensoria Pública; MP - Ministério Público; CT - Conselho Tutelar; BM - brigada militar; PC - polícia civil; EDDH - entidades de defesa de direitos humanos. Fonte: elaborado pelos autores.

A Figura 1 demonstra que os três eixos, além dos pontos de conexão entre si, possuem zonas de intersecção internas, formando, em alguns casos, subsistemas, a exemplo do eixo “defesa”, que abarca o sistema de justiça que, em si, constitui um sistema associado a organizações administrativas que não fazem parte dele. O mesmo ocorre quando se observa o eixo “promoção”, que se constitui por políticas públicas com identidade, história, funcionamento e fundamentos diferenciados entre si, conectadas a partir de seu propósito, que é a materialização dos direitos humanos de crianças e adolescentes. A modo de ilustração, a Assistência Social estrutura-se a partir de um subsistema, chamado de rede socioassistencial, que abrange seus dois níveis de

proteção, a social básica e a especial, que é de média e alta complexidade. A saúde não foge a essa perspectiva, organizada também a partir de níveis de complexidade que se inter-relacionam, formando o Sistema Único de Saúde, que alcança a plenitude de seus propósitos de universalidade e integralidade a partir da articulação entre serviços de diferentes níveis. A política de educação, embora ainda não disponha de uma legislação que descreva o seu sistema, também se organiza a partir de diferentes etapas e modalidades integradas, mesmo que a oferta ocorra por meio de gestão municipal e estadual (no caso da educação básica) ou de esfera federal (no âmbito do ensino superior). O eixo “controle”, por seu turno, agrega organizações e espaços de articulação de diferentes matizes, o que inclui as conferências e fóruns, que são espaços de debate e deliberação, os conselhos do segmento ou setoriais e os órgãos de controle de contas públicas e de instituições dos três níveis de governo. Note-se que a Resolução 113/2006 do CONANDA atenta para mecanismos considerados estratégicos para a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes, como a exigibilidade de direitos, por meio judicial ou extrajudicial, o que reforça a atuação dos órgãos de defesa, especialmente Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar e assistências jurídicas. Aponta o financiamento dos órgãos e entidades de atendimento, visto que a ausência da infraestrutura, em termos de recursos humanos, prediais, entre outros, inviabiliza a prestação de serviços à população. Do mesmo modo, indica mecanismos relacionados a planejamento, avaliação e monitoramento de políticas relacionadas aos três eixos, contando com gerenciamento e uso de indicadores, ou seja, com o devido conhecimento da realidade. Nesse compasso, ilumina a necessidade de formação dos operadores do sistema, o que conduz à perspectiva da educação permanente, considerando-se que o desenvolvimento dos profissionais é um processo coletivo e continuado de ensino-aprendizagem em diversas modalidades, atendendo às necessidades emanadas do cotidiano e a processos que alimentam espirais de intervenção e reflexão crítica. Não menos importante, chama a atenção para a mobilização social em prol dos direitos de crianças e adolescentes, o que somente ocorre pela pauta ativa, propositiva e integrada de todas as entidades componentes do SGD.

A diversidade demonstrada no Quadro 1 e na Figura 1 evidencia os desafios postos ao Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes, pois, no cotidiano das relações entre as instituições, observam-se os limites ainda existentes na edificação de relações intersetoriais. Nesse caso, importa incursionar pelos significados da intersetorialidade na cena brasileira, em especial nas interfaces entre políticas públicas, órgãos de defesa de direitos e controle social. É preciso, inicialmente, referir que o

Brasil somente veio a desenvolver protótipos de políticas públicas na segunda metade do século XX — portanto, trata-se de uma história bastante recente. Nesse quadro, além da recenticidade, deve-se considerar sua estrutura fragmentada e endógena, na qual os diálogos encerram-se no interior da política e, muitas vezes, de suas partes : as micropolíticas e os setores.

No caso brasileiro, a configuração do Estado tem a setorização e fragmentação como constitutivas da estruturação histórica das políticas públicas, concebidas e organizadas para serem implementadas isoladamente, sem que haja planejamentos conjuntos e ações articuladas. A lógica setorial expressa-se na estrutura administrativa, dos três níveis de governo, na formulação, coordenação e execução dos serviços públicos, e via de regra, cada área da política pública especializa-se com a definição de normativos, procedimentos buscando recursos (humanos, físicos e orçamentários) para sua viabilização (Wanderley *et al.*, 2020, p. 8).

Nas últimas décadas, apesar do desenho impermeável das políticas públicas, a intersetorialidade tem sido trazida à baila por diversos estudos que preconizam os avanços para a gestão pública advindos de níveis maiores de integração e compartilhamento de responsabilidades. Todavia, trata-se de um debate em aberto, inclusive do ponto de vista conceitual. A esse propósito, Nascimento (2010) elucida os interesses e disputas pelo poder que permeiam as políticas públicas e a hierarquia existente entre essas, com ênfase às econômicas em detrimento das sociais. Ainda nesse contexto, insere os partidos políticos, movimentos sociais, conselhos de direitos e os representantes eleitos pela sociedade que interagem nas disputas em questão.

Dessa maneira, a autora mencionada elucida a categoria “poder”, iluminando as disputas em torno de projetos societários nítidos ou difusos. O campo dos direitos das crianças e dos adolescentes não foge a essas lógicas, ao contrário: está imerso nelas como trazido no início deste texto. Assim, a discussão em torno da intersetorialidade em prol dos direitos do segmento infantojuvenil implica compreender complexas teias de poder e interesses diversos e, algumas vezes, antagônicos que perpassam as relações entre atores e atrizes do Sistema de Garantia dos Direitos em qualquer dos níveis da federação, manifestando-se desde os municípios de grande porte até os pequenos. Para a constituição de avanços na efetivação da intersetorialidade, além do reconhecimento das disputas implicadas, é preciso compreender a ampla heterogeneidade institucional das políticas públicas brasileiras, as quais não possuem uma identidade como sistema. Cardoso Júnior e Jaccoud (2005), em um estudo sobre a proteção social brasileira, alertam que a construção de um novo sistema de proteção social implica novas tensões, já que são atribuídas, ao Estado, responsabilidades que se encontram

abrigadas em distintos princípios de proteção social ou de regulamentação institucional. Sposati (2004), por sua vez, aduz a necessidade de um tipo de intersetorialidade que articule o conhecimento da realidade sobre a produção das necessidades sociais e a atuação para potencializar os resultados. Nessa linha, a ausência de intersetorialidade acarreta a sobreposição de usuários e de competências, a dispersão de recursos e a completa fragmentação/atomização na atenção às suas necessidades (Tejadas, 2012). O contraponto é ter em mira a intersetorialidade que:

[...] situa-se em um contínuo que abrangeria desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais já existentes até uma gestão transversal, configurando formas intermediárias e arranjos organizativos que expressam a intersetorialidade de baixa ou de alta densidade (Bronzo; Veiga, 2007, p. 12).

As autoras apontam recursos estruturados em dois eixos para a efetivação da gestão transversal: o conhecimento afeto à capacidade de análise/formulação de estratégias e o conhecimento relacional. A gestão transversal oferece visibilidade horizontal à organização, mas sem perder a qualidade técnica e a especialização. Para um arranjo político organizacional descentralizado e intersetorial, Bronzo e Veiga (2007) propõem três componentes: a decisão política por meio de consensos e pactuações de compromissos relevantes, evitando o loteamento da administração local; os desdobramentos da decisão política com realocações de recursos financeiros e humanos, com instrumentos de gestão apropriados ao novo arranjo, redefinindo os marcos institucionais; e as alterações na lógica de operação e no processo de trabalho, estabelecendo novos fluxos, integrando sistemas de informação e planejando de modo intersetorial.

Nessa linha, a intersetorialidade não é uma decorrência “natural” do trabalho dos diferentes operadores dos eixos de promoção, defesa e controle: ao contrário, reflete a intencionalidade desses na gestão do trabalho. Mais do que isso: encontra relação com estruturas e modelos de gestão adotados no conjunto das instituições envolvidas. Não é à toa que a Resolução 113/2006 do CONANDA dedica um capítulo específico para a gestão do sistema, sendo, uma das previsões, a existência de um órgão em cada ente federativo responsável pela política de atendimento aos direitos humanos de crianças e adolescentes, o que indubitavelmente é uma estratégia de atuação intersetorial. No cotidiano, a atuação intersetorial tem avançado muito, com a constituição de comitês interpolíticas para diversos temas, como as violências contra crianças e adolescentes e resoluções conjuntas entre conselhos de direitos e setoriais, porém há muito a caminhar. O mapeamento realizado pelo CEEVSCA/RS sobre a

rede de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes no Estado expressa o percurso ainda incipiente no terreno da intersetorialidade. Nesse caso, 15,6% (45), de um todo de 288 municípios, informaram contar com Comitê Municipal de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência conforme previsto no Decreto nº 9.603/2018. Quanto aos serviços que compõem o Sistema de Garantia de Direitos nos municípios, o mapeamento demonstrou que há prevalência das políticas públicas locais, estando ausentes, na maioria, os órgãos do sistema de justiça. Esses indicadores demonstram a tendência, ainda, de baixo nível de desenvolvimento da intersetorialidade ou de sua parcialidade, estando mais desenvolvidos dentro da gestão pública municipal e menos com relação aos demais operadores.

Tendo em vista que a intersetorialidade traduz uma intencionalidade da gestão pública como um todo, abarcando os três eixos aqui desenvolvidos, torna-se essencial a introdução, no próximo item, da categoria “redes” ou “redes intersetoriais”, uma vez que é uma estratégia de gestão intrínseca à intersetorialidade.

3 A ATUAÇÃO EM REDES NOS TERRITÓRIOS E O DESENHO DE FLUXOS INTEGRADOS

A construção de ações e estratégias para a viabilização dos direitos humanos de crianças e adolescentes apresenta-se como uma tarefa desafiadora no contexto das políticas públicas brasileiras, marcadas por movimentos de avanços e retrocessos que refletem os diferentes momentos sociais e políticos. Nesse sentido, problematizar a construção e a efetivação de redes ou redes intersetoriais é tratar, também, sobre os processos e possibilidades de luta para efetivação, manutenção e ampliação dos mecanismos de proteção, promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes. Como mencionado anteriormente, em suas diretrizes, a política de atendimento a crianças e adolescentes (Art. 88 do ECA, 1990) incorporou os preceitos constitucionais de descentralização, reconhecendo o território como a base para sua organização. Nesse sentido, as redes locais tomam destaque no cenário de discussão, porém evidencia-se que as redes são necessárias em diferentes níveis de organização, como será tratado.

O Sistema de Garantia de Direitos, em seus três eixos estratégicos de ação, operacionaliza-se por meio das redes, sendo possível considerar que essas são um mecanismo daquele ou um meio para sua concretização. De certa forma, as redes são uma expressão dinâmica do próprio SGD, pois concretizam as previsões postas em

leis, além de resoluções e demais atos normativos, embora sejam também um espaço contraditório e com disputas. A concepção de rede remete à articulação de pontos que, juntos, formam um todo coletivo e horizontal, e compreende-se que trabalhar em rede é reconhecer a realização de:

[...] ações conjuntas, compartilhadas, na forma de uma “teia social”, uma malha de múltiplos fios e conexões. É, portanto, antes de tudo, uma articulação política, uma aliança estratégica entre atores sociais (pessoas) e forças (instituições), não hierárquica, que tem na horizontalidade das decisões, e no exercício do poder, os princípios norteadores mais importantes (Motti; Santos, 2008, p. 108).

Nota-se que é uma posição ética e política frente à realidade e à condução dos processos em que se inserem os sujeitos e as instituições. Trata-se, entre outras questões, do reconhecimento da incapacidade (incompletude institucional) de políticas ou ações isoladas poderem atender à diversidade e à complexidade das situações vivenciadas pelos sujeitos e pelas famílias inseridos em uma totalidade de relações sociais e históricas marcadas por processos de exploração, desigualdades, violências e diversas outras questões. Sendo um espaço político, as redes não são neutras, pois são formadas por sujeitos com concepções, histórias e formações diferentes que, embora possam ter um objetivo comum, disputam saberes e diferentes formas de condução das intervenções e dos papéis dos indivíduos e instituições. Não obstante, quando as redes são constituídas de forma horizontal, os conflitos podem ser enfrentados no “exercício democrático da discussão e do planejamento em conjunto” (Rizzini *et al.*, 2007, p. 113). Na articulação e no trabalho em rede, o sentido coletivo e seus objetivos devem ser constantemente retomados, revisados e atualizados, de modo que não sejam cristalizados processos e concepções que eventualmente não corroborem para o fortalecimento do trabalho. Ao mesmo tempo, isso contribui para a continuidade da rede, ao passo que novos membros ingressam e são parte de sua (re)definição enquanto espaço móvel em constante construção. As redes que dão materialidade ao Sistema de Garantia de Direitos podem se constituir com o fito de articulação política ou de atendimento, assim como possuir diferentes níveis de abrangência geográfica (Rizzini *et al.*, 2007). As redes de articulação política realizam incidência nos diferentes campos das políticas públicas, acompanhando suas execuções, avaliando seus resultados e tensionando para a incorporação de determinadas pautas na agenda pública. As redes de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes e as redes pela primeira infância são exemplos desse tipo de atuação, que, compostas por organizações que atuam, direta ou indiretamente, na área, têm a sociedade civil como principal

protagonista. Já as redes de atendimento, compostas pelo Estado e pela sociedade civil, executam as políticas sociais para a proteção integral de crianças e adolescentes, embora tenham também um caráter político. Ambas podem ser setoriais ou inter-setoriais, conforme seus objetivos. Quanto à abrangência, Rizzini *et al.* (2007, p. 114) referem que as redes podem “atuar no microcosmos de uma comunidade ou reunir parceiros de vários pontos de um município ou interligar ações sociais de vários municípios”, acrescentando-se aqui que essas podem ser estaduais ou nacionais. Quando os sujeitos que integram as redes conseguem estabelecer elos entre si, alinhando ações em diferentes níveis de abrangência (local, municipal, regional, entre outras), há perspectiva de aprimoramento de suas atividades a partir do compartilhamento de experiências, bem como de ampliação e de desdobramento das redes de distintos âmbitos federativos, por exemplo. Esse cenário é muito presente nos movimentos sociais, que assim buscam representar maior diversidade cultural, territorial e de demandas, de forma articulada e com participação política mais abrangente. Consideradas essas questões referentes às diferenças entre os tipos de redes nas políticas públicas, destaca-se que a noção de território encontra-se presente em suas mais diversas formações. A efetivação de políticas públicas por meio de redes/redes intersetoriais, em uma perspectiva de reconhecimento territorial:

significa ir além da simples adesão, pois há necessidade de se romper com velhos paradigmas, em que as práticas se construíram historicamente pautadas na segmentação, na fragmentação e na focalização, e olhar para a realidade, considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano, que se apresenta sob múltiplas formatações, exigindo enfrentamento de forma integrada e articulada (Brasil, 2004, p. 44).

Ao se considerar que é a partir do território que as redes se formam e se mantêm vivas, é preciso conhecê-lo profundamente: quais suas relações, como se organiza, quais políticas públicas estão ou não presentes, qual a cultura local, como se vive nele e quais relações de poder se estabelecem e como elas atuam sobre o espaço. Esses são pontos importantes para que a rede de proteção seja orgânica e não um corpo estranho na localidade em que se encontra. Igualmente, isso possibilitará a interação e compreensão dos sujeitos e demais instituições que compartilham o território. O reconhecimento do território deve compreender: o mapeamento das políticas, serviços, instituições e redes presentes no local; quais fluxos já estão estabelecidos; quais os critérios para acesso aos serviços; e quais direitos são viabilizados e quais são violados ou sonegados. Para isso, articulações com lideranças comunitárias, agentes comunitários de saúde e educadores sociais são favoráveis à formação da rede e ao seu trabalho,

envolvendo, assim, aqueles que já se encontram integrados ao território e o conhecem, visto que esses poderão retratar suas percepções, buscando a aproximação ao real. Com esse reconhecimento, os sujeitos integrantes da rede, já aproximados, devem se conhecer mutuamente, além de saberem das atribuições e das competências de cada órgão, para, então, realizar as pactuações sobre a gestão da rede. Sobre isso, cabe acentuar que esses processos não são espontâneos, sendo preciso investir tempo e recursos para que ocorram de forma exitosa, visto que não é a justaposição de serviços e órgãos no território que conforma uma rede intersetorial ou um sistema de proteção.

O que configura a existência de um sistema de proteção social é o conjunto organizado, coerente, sistemático, planejado de diversas políticas sociais, financiado pelo fundo público e que garante a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência social, educação, transporte, entre outros bens e serviços públicos. Tem como premissa o reconhecimento legal de direitos e a garantia de condições necessárias ao exercício do dever estatal para garanti-los (Boschetti, 2016, p. 26).

Para facilitar esses movimentos, sugere-se que sejam definidas pessoas de referência para a coordenação das ações. É fundamental que essas sejam validadas e respeitadas como lideranças pelos demais integrantes da rede, tendo, como funções, convidar para reuniões, encaminhar os registros e fomentar a participação de todos os integrantes.

O amplo conhecimento sobre os serviços, programas e projetos, assim como sobre as atribuições de cada política ou equipamento, será um dos alicerces para o bom andamento das ações, de forma que deve ser investido o tempo necessário. Esse olhar viabiliza o desenho dos fluxos, rotinas e parâmetros presentes na realidade local ou, ainda, torna possível identificar a falta deles. O estabelecimento de fluxos pela rede deve ser dialogado e participativo, de modo que seja funcional para os serviços e, principalmente, para os usuários das políticas. Esses fluxos também devem prever as situações emergenciais e os limites que fogem ao cotidiano, não podendo ser demasiadamente engessados de modo que dificultem sua operacionalização e o acesso aos direitos. As pactuações realizadas, além de evitar a sobreposição de ações e a multiplicidade de atendimentos, corroboram para a não revitimização² de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, pois estabelecem quais serviços devem ser acionados a partir da situação apresentada, bem como preveem instrumentos

² Segundo o Art. 5º do Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018, considera-se revitimização o “discurso ou prática institucional que submeta crianças e adolescentes a procedimentos desnecessários, repetitivos, invasivos, que levem as vítimas ou testemunhas a reviver a situação de violência ou outras situações que gerem sofrimento, estigmatização ou exposição de sua imagem”.

de comunicação entre os órgãos. Note-se que “as equipes das instituições participantes devem estar cientes e preparadas para essa nova concepção de trabalho” (Rizzini *et al*, 2007, p. 120), que evidenciará novas demandas, desafios e possibilidades de trabalho. Assim, requer uma mudança de concepção e o rompimento com práticas já estabelecidas. A realização de intervenções conjuntas e articuladas tem, como pressuposto, o compartilhamento de informações entre os órgãos, visto que, sem isso, torna-se inexequível o trabalho em rede. Desse modo, no contexto do atendimento a crianças e adolescentes, devem ser estabelecidos os mecanismos formais e institucionais de comunicação e compartilhamento de informações, tais como a trajetória da família, os serviços acessados, as medidas de proteção aplicadas, as pactuações realizadas e outras informações pertinentes. Isso deve ocorrer de forma a manter os registros dos atendimentos e articulações realizadas e, para tanto, são necessários relatórios, ofícios, sistemas integrados e reuniões com atas. Nota-se que a Lei 13.431 de 2017, que estabeleceu o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, e o Decreto nº 9.603 de 2018, que a regulamentou, preveem a adoção de um modelo de registro de informações para compartilhamento entre as instituições que compõem o sistema.

Essa definição tem, como base, de que os serviços, para atenderem os sujeitos, tenham ciência das informações prévias que são de conhecimento dos órgãos que já os acolheram. Assim, evita-se que as violências e vivências sejam contadas inúmeras vezes ou, então, que sejam realizadas intervenções desnecessárias, que podem gerar revitimização. Dessa maneira, o Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018, em seu art. 29, estabelece que:

o compartilhamento completo do registro de informações será realizado por meio de encaminhamento ao serviço, ao programa ou ao equipamento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, que acolherá, em seguida, a criança ou o adolescente vítima ou testemunha de violência (Brasil, 2018).

Cada rede estabelecerá seu instrumento unificado e padronizado. Porém, segundo o referido Decreto, algumas informações devem estar presentes no documento, sendo elas: os dados pessoais da criança ou do adolescente; a descrição do atendimento; o relato espontâneo da criança ou do adolescente, quando houver; e os encaminhamentos efetuados.

O compartilhamento de informações, juntamente com a realização periódica de reuniões e discussões de casos, alavanca a formação de um corpo orgânico envol-

vido na resolução das questões que emergem da realidade, de modo que as demandas e necessidades apresentadas pelos sujeitos são percebidas como responsabilidades da rede. Por conseguinte, quando o trabalhador(a) vê-se frente a situações complexas que requerem respostas institucionais, passa a ser um nó a que a rede, de forma coletiva e articulada, deve responder (Rizzini *et al.*, 2007).

A partir das sínteses expostas até aqui, cumpre demarcar que, nas redes ou redes intersetoriais, para a efetivação das políticas públicas, o processo de formação, fomento, manutenção e ampliação deve ser coordenado e de responsabilidade do Estado, por meio dos diferentes entes federados. Para tanto, é preciso superar a responsabilização individual dos trabalhadores(as) e a transferência de responsabilidades, devendo-se focar, em contraponto, no poder público como garantidor das condições para o trabalho em rede, para assim “assumir a direção do processo não apenas a coordenação da gestão da rede, mas a sua composição básica, na condição de política pública de responsabilidade estatal” (Silva; Teixeira, 2016, p. 150).

À vista disso, o reconhecimento do notório e essencial papel das redes como mecanismo de operacionalização do Sistema de Garantia de Direitos deve reafirmar que sua efetivação se pauta no reconhecimento do dever do Estado como principal garantidor dos direitos por meio de políticas públicas. Essa (re)afirmação apresenta-se como necessária, visto o cenário de avanço de concepções alinhadas ao pluralismo de bem-estar³, que reconhece que a proteção social deve ser realizada por meio de uma multitude de fontes, tais como a família, a sociedade, o mercado e o Estado. Nesse prisma, o Estado torna-se parceiro ou corresponsável por um esquema plural/misto de proteção social, não tendo mais um papel central e protagonista (Pereira, 2004). A atenção deve estar no fato de que o reconhecimento da importância das redes de proteção espontânea, sociocomunitárias, privadas e outras (Gonçalves; Guará, 2010) não pode desonerar o Estado de suas obrigações, remetendo, à sociedade civil e aos próprios indivíduos, a responsabilidade pela provisão da proteção social.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), ao adotar a doutrina da proteção integral, impõe, ao Estado, o desafio da constituição de um sistema integrado

³ Ver: PEREIRA, P. A. P. *Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar*. In: SALES, A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (org.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

e complementar que possibilite a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes. Trata-se do reconhecimento de que não basta a previsão de direitos em leis e demais atos normativos, sendo precípuo que existam políticas, serviços e ações que deem materialidade às previsões. Ademais, esses elementos precisam ser operacionalizados sob uma ótica de sistema intersetorial e interinstitucional, superando a fragmentação e a setorização da proteção.

É com essa base que, no ano de 2006, o CONANDA publicou a Resolução nº 113. Ao adotar os eixos de defesa, promoção e controle, elenca os órgãos que integram o sistema e quais suas especificidades e funções para o adequado andamento das ações. Assim, esse sistema é articulado àqueles internos à operacionalização de cada política pública.

Outrossim, pondera-se que a existência de políticas e programas no mesmo território não configura, necessariamente, um sistema ou uma rede, pois o que garante esse caráter é integração, articulação, planejamento e ações conjuntas entre os órgãos. Igualmente, a promoção, a proteção e a defesa dos direitos de crianças e adolescentes não se restringem a uma política ou serviço, requerendo a adoção de um viés de trabalho que parta dos conceitos de incompletude institucional e da intersetorialidade.

Entretanto, esse tipo de condução reflete uma posição ética e política profissional frente à condução dos processos de trabalho em que se inserem os sujeitos. Significa, inclusive, apreender que o trabalho por meio de um sistema ou de uma rede é permeado por relações de poder e interesses, não sendo neutro, pois compreende disputas e relações complexas.

Nessa linha, as redes e o trabalho intersetorial não são naturais/espontâneos, mas opções que refletem uma intencionalidade sob a forma de gestão das políticas e da proteção aos sujeitos e famílias. Por esse motivo, é impreterível que sejam dispensados tempo, recursos humanos, financeiros e estratégias para mobilização, engajamento e continuidade dessa forma de intervenção. No mesmo sentido, não pode ser uma decisão restrita a trabalhadores e trabalhadoras dos serviços, devendo ser uma escolha coletiva que envolva atores como trabalhadores, gestão municipal e conselhos de direitos e setoriais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 nov. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018**. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2018/decreto-9603-10-dezembro-2018-787431-publicacaooriginal-156922-pe.html>. Acesso em: 05 dez. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010**. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc65.htm#art2. Acesso em 15 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 11 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidente da República, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 25 nov. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, DF: 2004.

BRASIL. **Resolução CONANDA nº 113 de 19/04/2006**. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), 2006. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=104402>. Acesso em: 18 set. 2023.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e Trabalho no Capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BRONZO, Carla e VEIGA, Laura da. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, a. XXVIII, n. 92, p. 5-21, nov. 2007.

CARDOSO JÚNIOR, José Celso e JACCOUD, Luciana. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, Luciana (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005. p. 181-260.

COSTA, Antônio Carlos Gomes da. **De menor a cidadão**. Ministério da Ação Social. Brasília, DF: Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência, 1994.

GONÇALVES, A.; GUARÁ, I. M. e, R. Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, Isa Maria e Rosa. **Redes de Proteção Social**. São Paulo: Associação Fazendo História, 2010.

MOTTI, Antônio José Ângelo; SANTOS, Joselene Vieira dos. Redes de proteção social à criança e ao adolescente: limites e possibilidades. In: Associação Brasileira de Defesa da Mulher, da Infância e da Juventude. **Fortalecimento da rede de proteção e assistência a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2008. Disponível em: <http://www.asbrad.com.br/conte%6C3%BAdo/Apostila.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/TDCqtLhvDvRnRmDXhtTBHJK/#>. Acesso em: 18 set. 2023.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Apolinário; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina (org.). **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PEREIRA, P. A. P. Pluralismo de Bem-Estar ou Configuração Plural da Política Social sob o Neoliberalismo. In: BOSCHETTI, I. et al. (orgs). **Política Social: alternativas ao Neoliberalismo**. Brasília, DF: UnB, Programa de Pós- graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Defensoria Pública. **Critérios de atendimento**. Disponível em: <https://www.defensoria.rs.def.br/criterios-de-atendimento>. Porto Alegre, RS: Defensoria Pública Estado Rio Grande do Sul, [2023]. Acesso em 18 set. 2023.

RIZZINI, Irene (coord.), et al. **Acolhendo Crianças e Adolescentes** - Experiência de Promoção do Direito à Convivência Familiar e Comunitária no Brasil. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF; CIESPI; Rio de Janeiro: PUC-RIO, 2007.

SILVA, Karla Rayane Alves da; TEIXEIRA, Solange Maria. **Rede socioassistencial: desafios da gestão de redes na Política de Assistência Social**. In: TEIXEIRA, Solange Maria (Org). Política de Assistência Social e Temáticas Correlatas. Campinas, SP: Editora Papel Social, 2016.

SPOSATI, Aldaíza. Especificidade e intersectorialidade da política de assistência social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, a. XXV, n. 77, p. 30-53, mar. 2004.

TEJADAS, Sílvia da Silva. **O direito humano à proteção social no Brasil e sua exigibilidade**: um estudo a partir do Ministério Público. Curitiba: Juruá, 2012.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore; MARTINELLI, Maria Lúcia; PAZ, Rosângela Dias O. da. Intersetorialidade nas políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 137, p. 7-13. jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/DPFVvJzjDFYSzBgNWWHv7z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2023.

3. LEGISLAÇÕES E AVANÇOS NA PROTEÇÃO E PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

*Andreia Paz Rodrigues
Clarissa da Silva de Paula
Cristiane Della M a Corrales
Daniela da Silva Champe
Jacqueline Camillo Fernandes*

1 INTRODUÇÃO

Para alcançar a efetivação da proteção integral de crianças e adolescentes, é fundamental que os atores envolvidos compreendam não apenas as normativas legais vigentes, mas também a complexa evolução histórica que as fundamenta. Também deve ser considerada sua intrínseca relação com as transformações societárias no âmbito econ mico, político, cultural, social, entre outros.

A pesquisa realizada pelo Comitê Estadual de Enfrentamento   Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (Rio Grande do Sul, 2022) demonstra que, no estado, dos 288 municípios que participaram do estudo, 71,5% (206) responderam ter conhecimento da Lei n  13.431/2017 (Lei da Escuta Protegida) e do Decreto n  9.603/2018. Contudo, 51,7% (149) dos municípios responderam que conheciam o Plano Nacional de Enfrentamento   Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (publicado em 2013) e 40,3% (116) que tinham conhecimento do Plano Estadual de Enfrentamento   Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (Dec nio: 2019-2029). Tais indicadores demonstram a necessidade de divulgação e conhecimento das normativas.

Ao revisitar o tema da infância ao longo da história, evidencia-se que os direitos de crianças e adolescentes n  são conquistas recentes, mas o próprio reconhecimento dessa fase como uma etapa peculiar de desenvolvimento é um fenômeno contemporâneo. A linha do tempo revela uma trajetória que inicia com a negação da infância e a absoluta indiferença, percorre um caminho em que, posteriormente, algumas crianças, especialmente aquelas em situação irregular, eram objeto de con-

trole e direitos restritos, até culminar na contemporaneidade da proteção integral, em que crianças e adolescentes são reconhecidos como sujeitos de direitos e detentores de uma proteção abrangente.

Este capítulo propõe apresentar as principais legislações específicas sobre os direitos das crianças e adolescentes e também discutir as repercussões dessas normativas na proteção desses grupos no contexto brasileiro. A partir da revisão bibliográfica, além de esboçar essa evolução da legislação, busca-se abordar, mesmo que brevemente, as implicações tanto de desproteção quanto de proteção da infância.

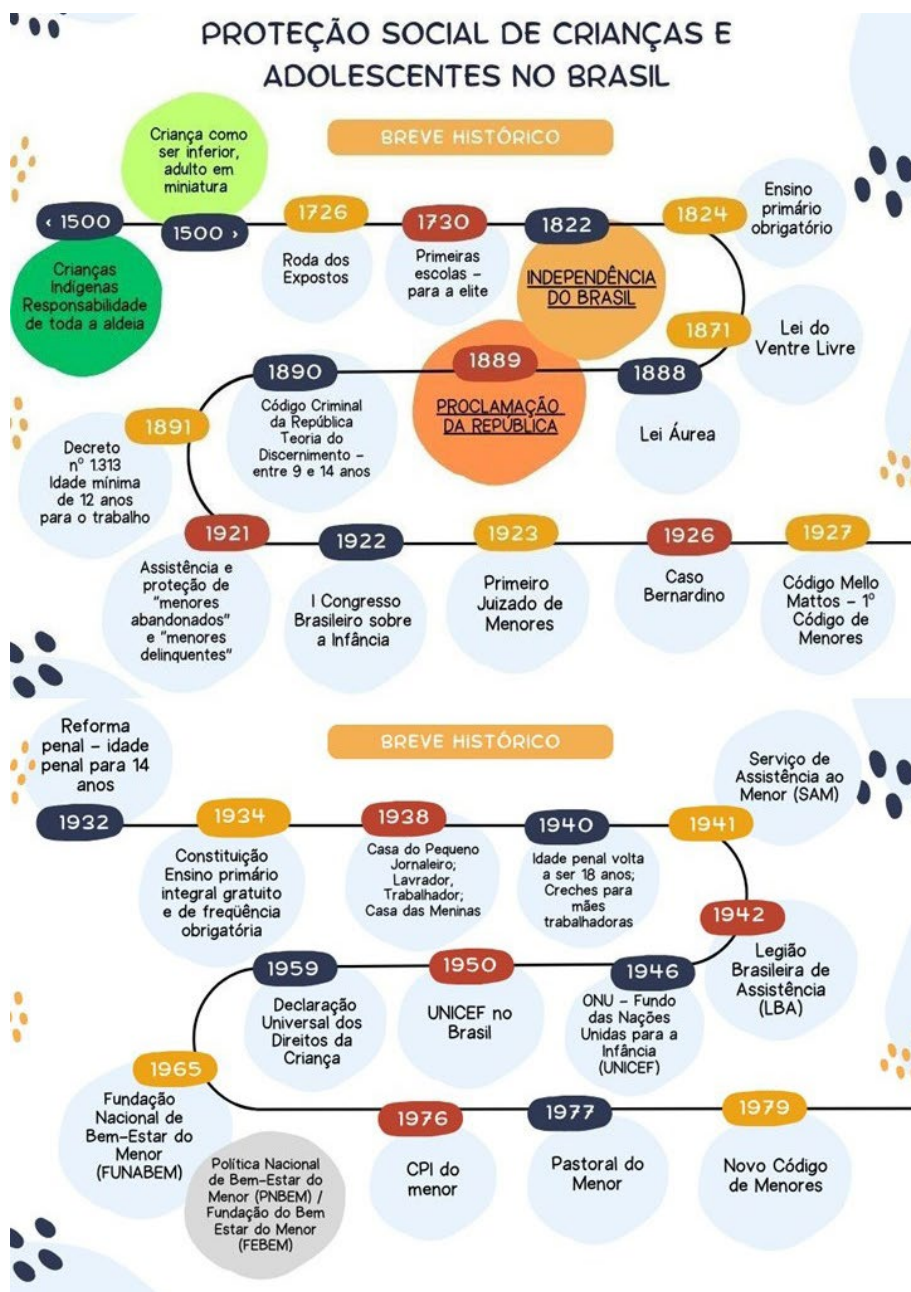
Inicialmente, será apresentada a linha do tempo das legislações, e, na sequência, os principais elementos na construção da proteção social de crianças e adolescentes no Brasil, será destacado o papel das políticas públicas de assistência social, saúde e educação nesse contexto. Adicionalmente, diante do resgate histórico, destaca-se o atual microssistema legal de proteção a crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de violência, sublinhando-se o desafio de concretizá-lo no cenário atual de constantes avanços e retrocessos nas políticas públicas.

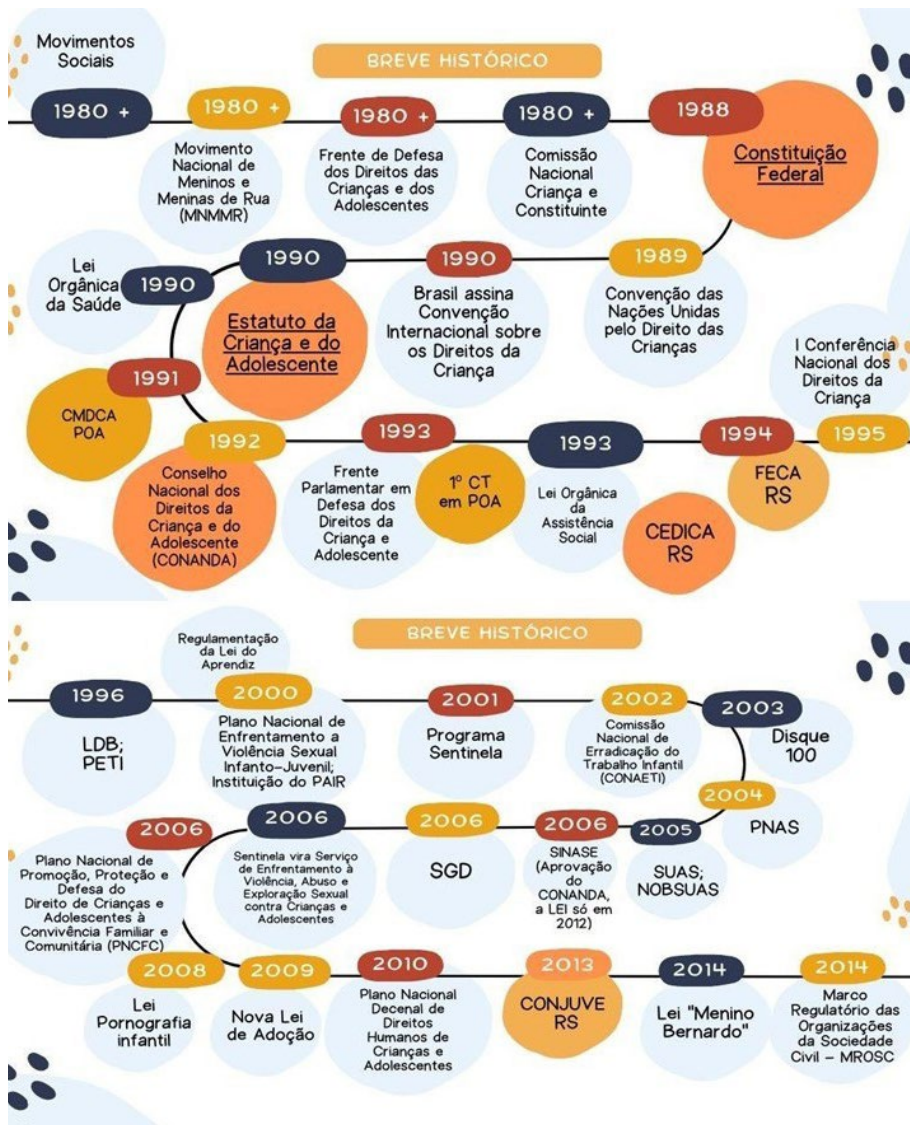
2 LINHA DO TEMPO DA LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA

A visualização da linha do tempo da legislação de proteção à infância provoca algumas constatações iniciais, por isso a relevância de apresentá-la. Ao observar os distintos enfoques que já foram dedicados à infância ao longo do tempo, depara-se com a percepção de percurso, indicando que não “se parte do zero” e que cada garantia legal no decorrer dos anos é fruto de debates datados de suas respectivas épocas. Também convoca a reflexão de que não se está “na linha de chegada”, pois ainda há um longo caminho. Por essa razão, é importante o permanente aprimoramento teórico-prático na efetivação da proteção integral.

A seguir, apresenta-se a ilustração de uma linha do tempo (Figura 1) com as principais datas e acontecimentos que marcaram e que ainda marcam a história da proteção social de crianças e adolescentes no nosso país.

Figura 1 – Linha do tempo da proteção social de crianças e adolescentes no Brasil





Fonte: Paula, 2023.

2.1 Breve histórico da construção da proteção social de crianças e adolescentes no Brasil

O reconhecimento de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, em desenvolvimento e detentores de prioridade absoluta é recente em nosso país. Ao considerar a história do Brasil, a instituição de legislações que, de fato, visam à proteção social integral das crianças e adolescentes, foi promulgada nas últimas décadas, como demonstra a linha do tempo anteriormente apresentada.

Durante o período imperial, a legislação concentrou-se no abrigo de crianças órfãs e abandonadas por meio de iniciativas assistenciais privadas e religiosas. Com o início da República a partir de 1889, o conceito de infância passou a ser compreendido e debatido nos campos da medicina, da justiça e da assistência pública, com ênfase na criança como sujeito de atenção e supervisão por parte do Estado. Conforme Perez e Passone (2010, p. 654-655):

[...] ressaltam, no plano das ideias, o movimento higienista associado aos médicos e filantropos, o positivismo dos militares, com imperativos de “ordem e o progresso” e a sociologia evolucionista, como determinantes da constituição e da consolidação do espaço social destinado à infância, por meio de mecanismos conhecidos como “escala da moralidade” ou da “profilaxia da criminalidade”, que discriminavam as crianças desvalidas, classificadas como “menores”, daquelas que possuíam infância ou eram parte da infância concebida como produtiva. Essa estratégia estatal prolongou-se nas décadas posteriores e marcou os primeiros passos da infância e juventude como objeto de atenção das instituições do Estado.

Em 1922, ocorreu o primeiro Congresso Brasileiro sobre a Infância, resultando na criação do Juizado de Menores inaugural em 1923. Posteriormente, foi promulgado o Código Mello Mattos (instituído pelo Decreto n. 5083 de 1926 e consolidado pelo Decreto n. 17.943A de 1927), também conhecido como o primeiro Código de Menores, estabelecendo, ainda que de maneira restritiva, bases para a proteção da infância e adolescência no país. Mesmo sendo concebido para o controle de crianças e adolescentes abandonados e/ou infratores, representou o pioneirismo ao estabelecer um tratamento mais sistemático e humanizado para esses públicos e, pela primeira vez, delineou a intervenção do Estado nessa temática. De acordo com Azambuja (2004, p. 40), o Código Mello Mattos:

[...] assegurou assistência e proteção aos abandonados e delinquentes, estabeleceu regras para disciplinar a situação dos expostos (artigo 14/15), vedou aos delinquentes, menores de quatorze anos, a possibilidade de responder processo penal (artigo 68), estabeleceu a necessidade de os menores autores ou cúmplices de crime ou contravenção penal, portadores de deficiência física ou mental, receber tratamento apropriado (artigo 68, § 1º), limitou em doze anos a idade mínima para o trabalho, proibindo trabalho noturno aos menores de dezoito anos.

Para ilustrar, o Quadro 1 traz as principais normatizações e legislações após a Proclamação da República, em 1889, até 1985, às vésperas da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Quadro 1 – Contextualização histórica do atendimento à infância no Brasil (1889-1985)

Período	Principais normatizações e legislações	Principais características
Primeiros passos: marcos legais e normatizações (1889-1930)	Código Criminal do Império (1830); Lei do Ventre Livre (1871); Código Penal da República (1890); Código de Menores (1927).	Infância como objeto de atenção e controle do Estado; Estratégia médico-jurídica assistencial
Autoritarismo populista e o Serviço de Assistência ao Menor (1930-1945)	Departamento Nacional da Criança (Decreto-Lei n. 2.024 de 1940); Serviço de Assistência ao Menor (Decreto n.3.799 de 1941); Estabelece a Legião Brasileira de Assistência - LBA (Decreto-Lei n. 4.830 de 1942).	Avanço estatal no serviço social de atendimento infantil; Organização da proteção à maternidade e à infância.
Democracia populista (1945-1964)	Serviço de Colocação Familiar (Lei n. 560 de 1949); Serviço Nacional de Merenda Escolar (Decreto n.37.106 de 1955); Instituto de Adoção (Decreto-Lei n. 4.269 de 1957); Leis das Diretrizes e Bases da Educação (Decreto-Lei n. 4.024 de 1961).	Manutenção do aparato legal; Regulamentação dos serviços de adoção.
Ditadura militar e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (1964-1985)	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Decreto n. 4.513 de 1964) Diminuição da idade penal para 16 anos (Lei n. 5.258 de 1967); Acordo entre o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Governo dos Estados Unidos do Brasil (Decreto n. 62.125 de 1968); Código de Menores (Lei n. 6.697 de 1979) – “Doutrina da Situação Irregular do menor”	Reordenamento institucional repressivo; Instituição do Código de Menores de 1979; Contradições entre a realidade vigente e as recomendações das convenções internacionais sobre o direito da infância.

Fonte: Perez; Passone, 2010 (p. 652-653).

A Doutrina da Situação Irregular foi um modelo de intervenção no campo das infâncias e adolescências que predominou no Brasil durante grande parte do século XX. Essa abordagem já permeava o Código de Menores de 1927, e o termo foi expresso e amplamente adotado com o Novo Código de Menores de 1979. Vinculava crianças e adolescentes pertencentes às classes menos favorecidas a iniciativas assistencialistas, correccionais e focalizadas, muitas vezes promovidas por instituições religiosas, filantrópicas e do sistema judiciário. Associava a necessidade de intervenção à conduta pessoal da criança ou adolescente, visando ao ajustamento social, sem considerar o contexto social em que eles e suas famílias estavam inseridos.

Essa doutrina foi marcada pela criminalização da pobreza e pela judicialização das questões sociais, reforçando a condição de “menor” para crianças e adolescentes pobres, em abandono familiar ou infratores. A abordagem e o atendimento a esses públicos eram voltados para o ajustamento social, com intervenções que, muitas vezes, envolviam medidas corretivas e punitivas em vez de abordagens mais integradas e preventivas. A internação/abrigamento em instituições para menores era uma prática comum, nem sempre distinguindo adequadamente entre crianças e adolescentes em situação de vitimização, vítimas de abandono ou maus-tratos daqueles que haviam cometido atos infracionais, na época chamados popularmente de “delinquentes” (Paula, 2018, p. 52-53).

Em 1940, surgiu o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), um sistema de reformatório vinculado ao Ministério da Justiça e do Interior. Seu propósito era fornecer assistência social a menores carentes e infratores da lei penal em todo o território nacional (Carvalho, 2000). Em razão de críticas generalizadas quanto ao seu desempenho inadequado, críticas essas provenientes de diversos setores da sociedade civil e do próprio Estado, o órgão foi encerrado em 1964. Em seu lugar, surgiu, em 1965, a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), estabelecida pela Lei nº 4.513/64. A FUNABEM tinha a responsabilidade de elaborar e implementar a Política Nacional de Bem-Estar do Menor (PNBEM), sendo a Fundação do Bem-Estar do Menor (FEBEM) o órgão encarregado de executar essa política. Em 1942 fundou-se a Legião Brasileira de Assistência (LBA), inicialmente para apoiar as famílias dos soldados brasileiros e, posteriormente, para prestar assistência às famílias não previdenciárias em geral (Paula, 2018).

Tais abordagens passaram ser questionadas ao longo do tempo, promovendo uma mudança gradual em direção a políticas voltadas para os direitos da criança

e do adolescente. Internacionalmente, com o advento da Declaração dos Direitos da Criança em 1959, diversos grupos uniram-se para discutir consensos referentes aos princípios comuns no que diz respeito à proteção da infância, marcando o início das discussões sobre a revisão das leis relacionadas a crianças e adolescentes. A partir desse marco, surgiu o debate visando à reformulação legislativa, o que resultou em diversos documentos internacionais, como:

as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Infância e da Juventude (Regras de Beijing); Regras Mínimas das Nações Unidas para a proteção dos Jovens Privados de Liberdade; Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de Riad); Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança nos anos 90 e Plano de Ação para a sua Implementação, além da Convenção de Haia, relativa à proteção das crianças e à cooperação em matéria de adoção internacional (Azambuja, 2004, p. 46-47).

Com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança em 1989, foi instituído um tratado internacional de direito público que delineava os princípios e as responsabilidades que os países deveriam seguir em relação à infância. Esse tratado detém o recorde de maior número de adesões na história mundial, com o Brasil assinando o documento em 1990 e o promulgando, por meio de Decreto Presidencial, no mesmo ano. Os princípios fundamentais estabelecidos no tratado incluíam o reconhecimento dos direitos essenciais à sobrevivência, ao desenvolvimento, à proteção e à participação, garantindo que toda criança tem o direito à convivência familiar e comunitária (Paula, 2018).

No Brasil, a partir da década de 1980, a questão dos direitos da criança e do adolescente também ganhou destaque, impulsionada por diversas instituições e movimentos sociais dedicados à defesa de seus direitos. Em 1985, foi implementado o Programa de Prioridades Sociais, que incluía o programa “Prioridade à Criança”, gerenciado pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), e, em 1987, foi estabelecida a Comissão Nacional Criança e Constituinte, composta por representantes de organizações governamentais e não governamentais. Nessa comissão, foi elaborada uma lista de recomendações à Assembleia Constituinte, abordando os direitos das crianças e adolescentes. Esse esforço teve um impacto significativo, exercendo pressão sobre os resultados da elaboração da Constituição Cidadã de 1988, que representou um passo importante nessa mudança de paradigma, buscando uma abordagem mais integral e protetiva para a viabilização dos direitos humanos de crianças e adolescentes. Com a sua regulamentação, houve uma série de avanços na proteção social integral de crian-

ças e adolescentes, podendo-se destacar como principais: o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal n. 8.069/90); a Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei Federal n. 8.080/90); a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda (Lei Federal n. 8.242/91); a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei Federal n. 8.742/93); a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN (Lei Federal n. 9.394/96); e a Lei Orgânica de Segurança Alimentar – LOSAN (Lei Federal n. 11.346/06), além da recente integração dos serviços sociais, por meio do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (Perez; Passone, 2010).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, é o marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e adolescentes no Brasil, inspirado na Declaração Universal dos Direitos da Criança, sendo a primeira lei no mundo aprovada de acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança. Com o ECA, crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos, em desenvolvimento e com prioridade absoluta. As políticas de atendimento começaram a ser articuladas por ações governamentais e não governamentais entre os três entes federados, promovendo medidas que visam à proteção, ao desenvolvimento e à participação social, sem perder de vista a responsabilização em caso de atos infracionais (Paula, 2018).

A partir do ECA, instituiu-se o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), com o objetivo de articular e integrar as instâncias governamentais e da sociedade civil em todas as esferas de governo, por meio de instrumentos normativos e diretrizes destinados à promoção e defesa dos direitos humanos das crianças e adolescentes. O SGD ressaltou a importância do trabalho em rede entre instituições e entre todos os envolvidos na proteção da infância e adolescência, atribuindo responsabilidades a cada ente e buscando garantir os direitos fundamentais, por meio de ações coordenadas entre as políticas públicas, que serão apresentadas nos próximos capítulos deste *e-book*.

2.2 Assistência social

Como visto, historicamente, o cuidado de crianças e adolescentes em vulnerabilidade e/ou risco social ocorria por meio de ações filantrópicas e de cunho assistencialista. Como resultado da Constituição Federal e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), observou-se uma série de avanços significativos, incluindo a criação de diversas leis, planos, serviços, programas e órgãos de defesa voltados para o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos.

A partir da década de 1990, a proteção à criança e ao adolescente em situação de vulnerabilidade e/ou risco social passou a receber maior atenção no contexto da assistência social, destacando-se os avanços conquistados a partir da promulgação: da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993, e de sua reformulação em 2011; da instituição da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004; da Norma Operacional Básica do SUAS (NOB-SUAS), em 2005, e de sua alteração em 2012; da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/2006); e da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais em 2009 e de sua reimpressão em 2014.

Um marco crucial ocorreu em 2000, com a aprovação do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil. Esse plano representou um passo significativo na luta contra a violência sexual dirigida a crianças e adolescentes, tendo, como desdobramentos, a implantação do Disque 100 e do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (PAIR), juntamente com outros programas e ações de proteção e combate à violência sexual contra crianças e adolescentes (Brasil, 2013).

Em 2002, foi criado, no âmbito da assistência social, o Programa Sentinela (Portaria MC 878/2001), com o objetivo de fornecer atendimento especializado, multiprofissional e interdisciplinar a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, bem como às suas famílias. O Programa Sentinela tinha, por objetivo geral:

Atender, no âmbito da Política de Assistência, através de um conjunto articulado de ações, crianças e adolescentes vitimados pela violência com ênfase no abuso e exploração sexual; Criar condições que possibilitem às crianças e aos adolescentes vitimados e suas respectivas famílias, o resgate e a garantia dos direitos, o acesso aos serviços de assistência social, saúde, educação, justiça e segurança, esporte, lazer e cultura, guardando compromisso ético, político e a multidisciplinariedade das ações (Brasil, 2001).

O Programa Sentinela pode ser considerado a primeira iniciativa pública de proteção social especializada direcionada à defesa dos direitos sexuais de crianças e adolescentes. Em 2006, o programa foi integrado ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Ressalta-se, portanto, que a partir do desenvolvimento das ações do Serviço Sentinela no âmbito do CREAS, o mesmo passou a ser chamado de Serviço de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes, substituindo a terminologia Serviço Sentinela (Pedersen, 2014, p. 65).

Também em 2002, foi instituída a Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (CONAETI), que objetivava viabilizar o Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente, resultando, posteriormente, no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Considerando-se que a exploração sexual de crianças e adolescentes é uma das formas mais graves de violência e trabalho infantil, a coordenação entre os programas ocorria principalmente por meio do encaminhamento das vítimas ao PETI, “devendo ser inseridos no sistema de concessão mensal da Bolsa Criança Cidadã, estando sujeitos às normas operacionais estabelecidas no PETI, devendo neste serem cadastrados, com acompanhamento permanente dos Serviços Centros de Referência” (Brasil, 2001, p. 1).

A partir do exposto, é nítido que a proteção social via política de assistência social avançou consideravelmente nas últimas décadas. A instituição do SUAS, tendo, como centralidade, o trabalho social com famílias, possibilitou avanços e melhorias que refletem uma abordagem mais integrada na prestação de serviços socioassistenciais, contribuindo para a promoção da cidadania e para a melhoria das condições de vida das pessoas em situação de vulnerabilidade social. Porém, sua consolidação ainda exige o enfrentamento de importantes desafios para a viabilização da proteção integral de crianças e adolescentes e suas famílias.

2.3 Saúde

No Brasil, até a primeira metade do século XIX, não diferente do contexto de outros países da época, a infância era uma fase invisibilizada. Tanto que o abandono de bebês era prática comum em qualquer lugar do campo e da cidade. Em 1726, inúmeras crianças eram rejeitadas, como objetos, nas chamadas rodas dos expostos, administradas pelas Santas Casas de Misericórdia. Eram indesejadas, em sua maioria, as crianças concebidas fora do casamento ou filhos de mulheres escravizadas — situações que feriam a honra das famílias. O abandono na roda também servia de abrigo para crianças órfãs ou com alguma deficiência ou enfermidade que comprometessem sua vida adulta e o exercício do papel social de dar continuidade à família patriarcal e à propriedade (Rizzini, 1997; Marcílio, 2001). Segundo Rizzini e Pilotti (2009, p. 20), as rodas foram abolidas formalmente em 1927, todavia no Rio de Janeiro funcionaram até 1935, em São Paulo até 1948 e em Santa Catarina até 1990.

A mortalidade infantil no século XIX alcançava altos índices, chegando a 70% nos anos de 1852 a 1853 nessas instituições (Sena, 2015). Isso ocorria devido à superlotação desses locais e ao adoecimento das mulheres que amamentavam os bebês — as amas de leite —, seja por doenças infectocontagiosas da época, precariedade na

alimentação dessas amas e no uso de água não potável ou por sobrecarga de trabalho. Além disso, as amas exerciam o cuidado dos bebês através do conhecimento popular adquirido, desconhecendo qualquer prática de puericultura (Leite, 1991).

Na realidade brasileira, o desenvolvimento da saúde pública só passou a ser significativo a partir do final do século XIX, que corresponde ao período da Primeira República. Na época, o cenário era de diversas doenças epidêmicas que eram combatidas por ações pontuais do Estado, como barreiras sanitárias e algum restrito saneamento básico (Finkelman, 2002; Carvalho, 2013; Wahhab Kucharski, 2022).

O advento da Proclamação da República brasileira suscitou o sentimento de esperança na nação, o que reverberou para um novo olhar sobre as crianças como o futuro do país. Assim, para garantir o sucesso da pátria, se fosse necessário, o Estado poderia investir nas crianças, recolhendo-as para receber os devidos tratamento e educação (Rizzini, 1997; Cerqueira, 2017).

Entretanto, foi apenas durante o Estado Novo, em 1940, que ocorreu o primeiro programa estatal de saúde pública voltado para maternidade, infância e adolescência, cujas medidas eram incipientes, de caráter curativo e individualizado. O inédito Decreto-Lei nº 2.024/1940 criou o primeiro Departamento Nacional da Criança, que foi responsável por “realizar inquéritos e estudos relativamente à situação, em que se encontra, em todo o país, o problema social da maternidade, da infância e da adolescência” (Brasil, 1940). Também visava a estimular e a orientar a organização de estabelecimentos destinados a esse público.

Em 1975, com os altos índices de mortalidade infantil, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança, propondo a assistência à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério e à criança até 5 anos (Brasil, 2011b).

Nos anos 1980, com um contexto pautado pela redemocratização e ampliação de direitos, o cuidado integral em saúde passou a ser considerado. Pela primeira vez, o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento das crianças passou a ser visto como política pública. Nessa década, ocorreu a 1ª Campanha Nacional de Vacinação Contra a Poliomielite, com a meta de vacinar todas as crianças com idade inferior a 5 anos em um só dia. Em 1988, a promulgação da nova Constituição Federal (CF) foi um marco importante, tanto para a saúde, que passa a ser um “direito de todos” e “dever do Estado”, como para o reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Essa Carta Magna deu bases para a aprovação, em 1990, da

Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e das Leis nº 8.080 e 8.142, que estabelecem o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS propõe importantes mudanças no modelo de saúde brasileiro, em especial no enfoque para a saúde integral, para determinantes sociais bem como, para a forma de acesso, que antes era condicionada, tornou-se universal e gratuita. O foco de assistência à saúde passou a adotar medidas coletivas e preventivas. Assim, as ações para redução dos números de mortalidade infantil tornaram-se a ser mais ampliadas e efetivas.

Em 1995, o Ministério da Saúde criou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com incentivo financeiro aos hospitais para a assistência ao parto, principalmente no que se refere ao parto humanizado, ao aleitamento materno e, consequentemente, à redução de doenças e de mortalidade infantil (Araújo *et al.*, 2014). Outra inovação, em 1996, foi a abordagem regionalizada e coletiva da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, estratégia idealizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (Araújo *et al.*, 2014).

Pode-se citar outro avanço: a Portaria Ministerial nº 693 de 5 de julho de 2000, referente à Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso — o Método Canguru —, inaugurou medidas que contemplaram o vínculo e a maior participação da família nos cuidados com o recém-nascido (Brasil, 2009 *apud* Araújo *et al.*, 2014). Ainda no início dos anos 2000, foram criados: o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); a atenção ao puerpério e acompanhamento do recém-nascido durante a primeira semana de vida (2005); Núcleos de Apoio à Saúde da Família — NASF — (2008); Rede Amamenta Brasil (2008); Vigilância do Óbito Materno, Neonatal e Infantil (2009); Prevenção e Controle de Acidentes, Violência, Maus Tratos e Negligências na Infância (2010); Política Nacional de Alimentação e Nutrição (2011); e Incentivo e Qualificação da Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento Infantil, por meio da caderneta de saúde (2011).

Finalmente, entre 1990 e 2012, a taxa de mortalidade infantil¹ de crianças de até 1 ano de idade caiu 75% no Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde. Entre 1996 e 2018, o número de mortes de crianças de até 5 anos por causas evitáveis —

¹ Porém, em 2016, depois de 26 anos em queda, a mortalidade voltou a subir — de 13,3, em 2015, para 14, em 2016. Dentre as razões, especialistas indicam as políticas de austeridade, como a Emenda Constitucional 95, conhecida como Teto de Gastos Públicos, que congela os investimentos sociais por 20 anos (Stabile; Assumpção, 2020).

doenças redutíveis por imunização, acompanhamento pré-natal, atenção adequada à mulher durante o parto e atenção ao recém-nascido — caiu 52,4%. As mortes de crianças de até 5 anos por diarreia também diminuíram em 40% entre 2010 e 2017 (Stabile; Assumpção, 2020).

Em 2010, o Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI) representou outro marco histórico na defesa dos direitos da primeira infância no país pois houve avanços significativos no que se refere à atenção voltada a crianças e adolescentes, visto que, para além de reduzir os números de mortalidade, o Plano, que tem dimensões ética, política, científica e técnica, contempla a convivência familiar e comunitária, a defesa da integridade física, psicológica e moral, o direito de brincar, o direito à individualidade, entre outros (RNPI, 2020).

Em 2015, a Portaria nº 1.130 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) articulou as ações em todos os níveis de atenção: desde cuidados integrais até integrados, da gestação aos nove anos de vida, preconizou a importância da produção de saúde vinculada à qualidade e à fruição criativa da vida, que se dá articulada ao crescimento e ao desenvolvimento sustentável do país (Brasil, 2015).

Em 2016, a Lei n. 13.257 embasou princípios e diretrizes para formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância, respeitando “a individualidade e os ritmos de desenvolvimento das crianças e valorizar a diversidade da infância brasileira, assim como as diferenças entre as crianças em seus contextos sociais e culturais” (Brasil, 2016). Além disso, trazia conceitos como promoção da justiça social, participação da criança na formulação das políticas e das ações e o alerta sobre a exposição precoce à comunicação mercadológica.

Tais normativas estão mudando o enfoque do futuro para o presente, o que quer dizer que estão voltadas à melhoria da qualidade de vida infantil hoje e não apenas ao adulto saudável de amanhã. Também estão conectadas a avanços científicos, baseados em evidências que consideram os fatores determinantes e condicionantes do desenvolvimento e da formação das crianças — a exemplo de situações estressantes crônicas, como as violências —, que repercutem em práticas integradas de cuidado centradas nas crianças e em suas famílias.

2.4 Educação

No campo educacional, é possível afirmar que, no Brasil, durante um longo período, a educação, aqui entendida como o processo de sistematizar e transmitir co-

nhecimento, não era um direito reconhecido a todos. Antes da Constituição Federal de 1988, o ensino era tratado como ação assistencial do Estado, sendo destinada aos homens brancos. Durante um longo período histórico, negros, pardos e mulheres foram totalmente excluídos, não tendo qualquer acesso à educação. Apenas em 1827 aprovou-se, no Brasil, a primeira lei sobre o ensino elementar, a qual permaneceu vigente até 1946, e que previa a criação de escolas de primeiras letras e de escolas para meninas.

Merecem destaque os seguintes avanços realizados durante o governo de Getúlio Vargas, entre 1930 e 1945: a criação do Ministério de Educação e Saúde; a legalização da gratuidade e obrigatoriedade do ensino primário; o ensino religioso facultativo; a responsabilização, em níveis federal, estadual e municipal, sobre o financiamento da educação; e a criação de um plano nacional de educação que fiscalizasse todos os graus de ensino (Brasil, 1940).

Mais tarde, em 1961, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº. 4.024/61. A referida lei trazia ideais de liberdade, nacionalismo, democracia e solidariedade internacional (Brasil, 1961).

Com o fim da ditadura militar e a promulgação da Constituição de 1988, a educação torna-se, de fato, um direito social, sendo dever do Estado e da família — incentivada pela sociedade — assegurar o ensino básico. No Título VIII, Capítulo III, Seção I, da Constituição Federal de 1988, encontram-se, entre os artigos 205 a 214, os princípios, diretrizes e finalidades da educação nacional.

Com a Constituição de 1988, iniciaram-se inúmeros debates entre educadores e grupos organizados da sociedade. Esses movimentos queriam a criação de uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que fosse coerente com a nova Constituição e que atendesse aos anseios de práticas pedagógicas e democráticas da sociedade atual.

Em 1992, foi apresentado o projeto da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. A lei foi aprovada apenas em dezembro de 1996. A partir da aprovação da Lei Federal nº 9.394/96, houve uma série de inovações em relação à educação nacional, tais como: práticas democráticas de gestão escolar; maior autonomia das escolas para a definição e implantação de seu projeto pedagógico; ampliação de vagas para ingresso e permanência dos alunos na escola; e vários programas, como o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), o Programa de Avaliação Institucional (PAIUB) e o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) (Melo, 2012).

Até então, a escola envolvia-se apenas com as questões educacionais relacionadas à aprendizagem, sem a interferência em outros segmentos sociais. A partir da Constituição de 1988, do ECA e da LDB, a educação passou a ter um olhar mais amplo para o estudante.

Não por menos, depois da família, a escola costuma ser o segundo espaço de socialização da criança, assumindo, assim, um papel relevante na formação da população infantojuvenil, especialmente se considerarmos que o ingresso obrigatório na escola dá-se aos quatro anos de idade. Nesse sentido, o legislador quis destacar o papel fundamental da escola na identificação de violências.

O Estatuto da Criança e do Adolescente exige a comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar, pelos(as) profissionais da educação (art. 56, I, ECA), dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos praticados contra a criança, sob pena de aplicação de infração administrativa pelos fatos não comunicados (art. 245 do ECA). Os princípios da Constituição de 1988 não permitem mais que a escola atue de forma isolada e desconectada dos diversos aspectos que envolvem a vida do educando. Impõe-se um trabalho em rede, envolvendo a educação, a saúde, a assistência social, o Conselho Tutelar e, em alguns casos, o sistema de justiça.

Os novos parâmetros passaram a exigir mudanças profundas no papel da escola, que deixa de voltar seu olhar apenas para os conteúdos e a aprendizagem, necessitando conectar-se com os diversos segmentos que integram a vida do educando. O(a) profissional da educação, por sua vez, diante de sua responsabilidade ampliada desde a edição do Estatuto da Criança e do Adolescente, deve permanecer constantemente sendo capacitado para dar conta da nova atribuição. Faz-se necessária, assim, a oferta de cursos de capacitação destinados aos profissionais da educação frente à previsão legal, sem descuidar da inclusão da matéria nos currículos dos cursos de graduação. Ainda, além dos dispositivos legais que sucederam o ECA, para efetivamente garantirmos a proteção de crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de violência, é importante lembrar que a escola é um espaço essencial tanto para a difusão de conhecimento, visando à prevenção das violências, como para a divulgação dos órgãos competentes para a adoção das providências protetivas e para a responsabilização do agressor.

Considerando-se que, na maioria das violências perpetradas contra crianças e adolescentes, o agressor é familiar ou convive com a família da vítima e que as violências sexuais representam a maior parte das violências², além do que as normas pre-

2 “O estupro é o tipo de crime com maior número de registros contra crianças e adolescentes do Brasil. Em 2022 foram quase 41 mil vítimas de 0 a 13 anos, das quais quase 7 mil tinham entre 0 e 4 anos, mais de 11 mil, entre 5 e 9 anos, mais de 22 mil entre 10 e 13 anos e mais de 11 mil entre 14 e 17 anos.” (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

veem e de uma efetiva atuação das instituições que compõem o sistema de garantia de direitos e o sistema de justiça, impõe-se o reconhecimento da importância de que seja abordada, nas escolas, a educação sexual. Essa deverá ser realizada por profissionais devidamente habilitados e que utilizem uma linguagem apropriada para cada faixa etária dos alunos da educação básica. A negação desse papel preventivo da escola e o preconceito existente em relação à educação sexual no ambiente escolar têm contribuído para que os índices de violência contra crianças e adolescentes sejam assustadores, ainda mais se considerada a subnotificação comum a esses delitos.

3 MICROSSISTEMA LEGAL DE PROTEÇÃO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS E TESTEMUNHAS DE VIOLÊNCIA

Inicialmente, é importante frisar que, a partir do ordenamento constitucional vigente e do Estatuto da Criança e do Adolescente, crianças e adolescentes não são mais consideradas objeto do processo, mas sujeitos de direito (art. 100, I), em especial pelo seu peculiar estado de desenvolvimento. Por isso, não são apenas merecedores de intervenção ou de regularização, mas de efetiva proteção integral a cargo de todos: família, sociedade e Estado, a teor do art. 227 da CF/88³.

Nesse contexto, foi publicada a Lei nº 13.431/17, que instituiu o microsistema legal de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, tendo, como objetivo principal, a prioritária proteção desse público. Assim, a responsabilização do agressor é tida como consequência e não como objetivo desse microsistema. O propósito desse microsistema está no fato de que, historicamente, no anseio de responsabilizar o agressor, muitas vezes, são impostas práticas violadoras de direitos das crianças e adolescentes, que acabam sendo revitimizadas, não só pela forma pela qual são ouvidas, mas, também, pelas inúmeras vezes que são obrigadas a falar sobre o fato. A referida legislação, portanto, visa a compatibilizar os deveres estatais de proteção integral e absoluta de crianças e adolescentes e de responsabilização do autor da violência, razão pela qual instituiu procedimentos de oitiva mais qualificados e protetivos.

3 “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (art. 227 da CF/1988, redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

A escuta especializada e o depoimento especial instituídos por essa nova legislação são procedimentos para oitiva de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência que visam a minimizar os danos causados pela violência. Evita-se, ao máximo, a revitimização e garante-se a observância de todos os direitos e garantias do público-alvo, mantendo respeitada a sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Com base nos art. 5º e 6º da Lei nº 13.431/2017 (Brasil, 2017a), sem prejuízo dos princípios estabelecidos nas demais normas nacionais e internacionais de proteção dos direitos da criança e do adolescente, terá, como base, entre outros, os direitos e garantias fundamentais da criança e do adolescente a vários direitos, como ser ouvido e expressar seus desejos e opiniões, assim como permanecer em silêncio.

Por essa legislação, portanto, crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência têm o direito de receber assistência jurídica, função essa que pode ser desempenhada pela Defensoria Pública, na forma dos artigos 4º e inciso XI da LC nº 80/94 e da Resolução CNJ nº 299/2019. Nesse sentido, temos a recente decisão do STJ no RMS 70.679, no qual a relatora do caso, ministra Laurita Vaz, negou provimento ao recurso do MP. No entendimento da decisão, a presença da Defensoria Pública nos espaços judiciais e extrajudiciais não se restringe à atividade de representação processual das vítimas:

O dever de promoção da educação para o pleno exercício dos direitos, especialmente dos direitos humanos de grupos socialmente vulneráveis, já seria fundamento apto suficiente para justificar a legitimidade de a defensoria pública atuar junto a vara especializada em crimes cometidos contra a criança e adolescente, a fim de propiciar às vítimas a orientação judicial plena de que elas necessitam e a qual possuem direito.⁴

Da mesma forma, o art. 5º, VII, da Lei nº 13.431/17, estabelece que, nos procedimentos de escuta especializada e depoimento especial, a criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência tem direito de receber assistência jurídica qualificada e psicossocial especializada que facilite a sua participação e o resguarde contra comportamento inadequado adotado pelos demais órgãos atuantes no processo. As disposições da Lei nº 13.431/17 buscam, além da questão protetiva de evitar a revitimização de crianças e adolescentes, constituir prova suficiente para a persecução penal. É importante destacar, nesse sentido, que os julgamentos procedentes das ações penais, que visam à responsabilização dos autores dos delitos, também afetam a proteção das

4 Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/394215/stj-juiz-pode-intimar-de-oficio-defensor-para-escuta-especializada>

vítimas e/ou testemunhas, tendo em vista que, assim como a penalização, objetiva-se evitar a reiteração desses delitos.

Outro ponto relevante quanto à referida legislação é o fato de que a escuta especializada poderá ser realizada pelos atores da rede de proteção, ao passo que o depoimento especial ocorrerá junto à autoridade policial ou ao juiz(a), conforme previsão dos artigos 7º e 8º da Lei nº 13.431/2017.

A partir disso, para haver a preservação do conteúdo do depoimento, que levará à produção qualificada da prova na persecução penal e influenciará na aplicação das medidas protetivas, é necessário que essas oitivas ocorram em locais compatíveis e através de profissionais capacitados para o enfrentamento da situação, observando a condição de pessoas em desenvolvimento de crianças e adolescentes. Nesse aspecto, é importante referir que é direito das crianças e adolescentes serem ouvidas em horário que lhes for mais adequado e conveniente, sempre que possível, inclusive nas situações em que são vítimas e testemunhas de violência. Entretanto, não podem ser coagidas a se manifestarem, preservando-se o seu direito ao silêncio (art. 5º, VI e IX da Lei nº 13.431/2017).

Mais recentemente, foi publicada a Lei nº 13.344/2022, que cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente e cujo art. 5º refere que:

O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente intervirá nas situações de violência contra a criança e o adolescente com a finalidade de possui como objetivos: I - mapear as ocorrências das formas de violência e suas particularidades no território nacional; II - prevenir os atos de violência contra a criança e o adolescente; III - fazer cessar a violência quando esta ocorrer; IV - prevenir a reiteração da violência já ocorrida; V - promover o atendimento da criança e do adolescente para minimizar as sequelas da violência sofrida; e VI - promover a reparação integral dos direitos da criança e do adolescente (Brasil, 2022).

Por essa legislação, denominada Lei Henry Borel, que também visa à garantia de proteção a crianças e adolescentes vítimas e/ou testemunhas de violência, foram disciplinados os procedimentos para a aplicação de medidas protetivas de urgência que obrigam o agressor e protegem a vítima. A normativa pode ser considerada um complemento à Lei nº 13.431/2017 (Brasil, 2017a), pois elenca procedimentos que reforçam o âmbito protetivo, inclusive tendo, como referência em diversos aspectos, a Lei Maria da Penha e acrescentando várias medidas protetivas específicas e protetivas a crianças e adolescentes, como: a restrição ou a suspensão de visitas; a prestação de alimentos provisionais ou provisórios; a proibição do contato, por qualquer meio,

entre a criança ou o adolescente vítima ou testemunha de violência e o agressor; e o afastamento do agressor da residência ou do local de convivência ou de coabitação.

Merece especial destaque, além da aplicação das medidas protetivas, a possibilidade disposta no artigo 17 da normativa ora referida, no qual fica estabelecido que “em qualquer fase do inquérito policial ou da instrução criminal, caberá a prisão preventiva do agressor, decretada pelo juiz, a requerimento do Ministério Público ou mediante representação da autoridade policial”. Ademais, a Lei Henry Borel trouxe, como novidade, objetivando prevenir fatos dessa natureza e elevar o número de notificações dos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, a criminalização da ausência de comunicação à autoridade pública, estabelecendo pena de detenção e causas de aumento, em seu art. 26, conforme redação que segue:

Art. 26. Deixar de comunicar à autoridade pública a prática de violência, de tratamento cruel ou degradante ou de formas violentas de educação, correção ou disciplina contra criança ou adolescente ou o abandono de incapaz: Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 3 (três) anos. § 1º A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta morte. § 2º Aplica-se a pena em dobro se o crime é praticado por ascendente, parente consanguíneo até terceiro grau, responsável legal, tutor, guardião, padrasto ou madrastra da vítima (Brasil, 2022).

Por fim, a referida lei trouxe novas atribuições ao Conselho Tutelar, acrescentando vários incisos ao art. 136 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Por oportuno, é necessário fazer referência ao fato de que a legislação brasileira é uma das mais protetivas em matéria de infância e adolescência. Os profissionais que atuam na área cumprem o papel de efetivação do arcabouço legal, de forma a fazer cumprir os Princípios da Prioridade Absoluta e da Proteção Integral de crianças e adolescentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao percorrer a linha do tempo das principais legislações de proteção à infância, com destaque para as políticas públicas de assistência social, saúde e educação, constata-se avanços significativos no âmbito brasileiro. Ainda que se admitam as dificuldades na materialização da proteção integral, é imprescindível destacar o desenvolvimento de tais legislações: partiram da invisibilidade ao reconhecimento da infância; do descaso do Estado à garantia de direitos e à prioridade absoluta; e do atendimento isolado e pontual das políticas públicas ao aprimoramento de estratégias para identificação, proteção e atenção a crianças e adolescentes vítimas de violências.

Por fim, impende referir a importância do trabalho interinstitucional e preventivo, o qual deve ser incentivado e aprimorado por intermédio de fluxos adequados a cada localidade. Também se deve ter em vista que a aplicação do regramento legal e o conhecimento dos protocolos de escuta de crianças e adolescentes em situação de violência incumbe a todos os profissionais que atuam na proteção e na defesa desse grupo vulnerável, conforme determina a Doutrina da Proteção Integral adotada no Brasil há mais de 35 anos, de modo a reafirmarmos nossa missão constitucional junto ao Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO JP, et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, nov. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620> Acesso em: 11 dez. 2023.
- AZAMBUJA, Maria Regina Fay de. **Violência Sexual Intrafamiliar: É possível proteger a criança?** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Pacto nacional pela implementação da lei nº 13.431**, de 04 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: CNJ, 2017. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/07/c65ad57288a0756c209cb62f78644557.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2023.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Resolução nº 299**, de 05 de novembro de 2019. Dispõe sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: CNJ, 2019. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original000346201912045de6f7e29dcd6.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2023.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 nov. 2023.
- BRASIL. **Decreto-lei nº 2.024**, de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. Brasília, DF: 1940.
- BRASIL. **Lei de 15 de outubro de 1827**. Manda criar escolas de primeiras letras em todas as cidades, vilas e lugares mais populosos do Império. Rio de Janeiro, RJ: Palácio do Rio de Janeiro, 1827. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LJM...-15-10-1827.htm#:~:text=LEI%20DE%2015%20DE%20OUTUBRO,lugares%20mais%20populosos%20do%20Imp%C3%A9rio. Acesso em: 11 dez. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 4.024**, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 1961. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4024.htm. Acesso em: 27 nov. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 8.069/90**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 11 dez. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 8.742**, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm. Acesso em: 15 jan. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 12.435**, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em: 15 jan. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 13.257/16**, de 08 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas da primeira infância [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 11 dez. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 13.431/17**, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2017a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 11 dez. 2023.

BRASIL. **Lei 14.344** de 24 de maio de 2022. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14344.htm. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Parâmetros de atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência**. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2020. Disponível em: https://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2020/03/SUAS_garantia_direitos_crianças_adolescentes_vitimas_testemunhas_violencia.pdf. Acesso em: 11 de dez. de 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Conheça a história da educação brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Educação, [2023]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/pet/33771-institucional/83591-conheca-a-evolucao-da-educacao-brasileira>. Acesso em: 11 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.130**, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança**: 70 anos de história. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 80 p.: il. – (Série I. História da Saúde). Disponível em: www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf Acesso em: 11 dez. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Brasília, DF: MDS, 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, DF: MDS, 2014. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos (MDH). Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNDCA). Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Parâmetros de escuta de crianças e adolescentes em situação de violência**. Brasília, DF: MDH/SNDCA, 2017b. Disponível em: <https://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2017/08/Parametros-de-Escuta.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2023.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF: 2013. Disponível em: https://6bfe26a9-443f-4ac5-bb00-93db8c881c54.filesusr.com/ugd/5117a5_a2556af60b8640aba93ccd5f26e7a9.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. **Portaria n° 878**, de 3 de dezembro de 2001. Estabelece diretrizes e normas do Programa Sentinela e dá outras providências. Brasília, DF: 2001. Disponível em: <https://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-no-878-de-3-de-dezembro-de-2001>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Resolução n° 113**, de 19 de abril de 2006. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: SEDH/CONANDA, 2006. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/resolucao-no-113-de-19-04-06-parametros-do-sgd.pdf/view>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CARVALHO, Denise Bomtempo B. de. Políticas Sociais Setoriais e por segmento: criança e adolescente. In: **Capacitação em Serviço Social e política social** (módulo 3). Brasília, DF: CFESS, 2000.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (IEA-USP), 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 26 nov. 2023.

CERQUEIRA, Alan Costa. Assistência, pobreza e institucionalização infantil: usos estratégicos da Roda dos Expostos da Santa Casa da Misericórdia (Salvador, Século XIX). **História e Cultura, Franca**, v. 6, n. 2, p.81-100, ago-nov. 2017 (Dossiê: Assistência e Pobreza: sentidos e lugares dos pobres no Brasil). Disponível em: <https://doi.org/10.18223/hiscult.v6i2.2202>. Acesso em: 26 nov. 2023.

CHILDHOOD BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Protocolo Nacional de Coleta do Depoimento Especial**. Organizadores: Benedito Rodrigues dos Santos, Itamar Batista Gonçalves, Reginaldo Torres Alves Júnior. São Paulo e Brasília: Childhood - Instituto WCF Brasil; CNJ; UNICEF, 2020, 74 p. Disponível em: https://www.tjpb.jus.br/sites/default/files/anexos/2020/07/protocolo_brasileiro_de_entrevista_forense_com_crianças_e_adolescentes_vitimas_ou_testemunhas_de_violencia.pdf. Acesso em: 11 dez. 2023.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p. Disponível em: <https://>

static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf. Acesso em: 11 dez. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2023.

LEITE, Miriam Lifchitz Moreira. **A roda dos expostos**: o óbvio e o contraditório da instituição, Revista da Cultura, n. 3, 1991, pp. 66-75.

MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (coord.). **Curso de Direito da criança e do adolescente**: aspectos teóricos e práticos. 11. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

MARCÍLIO, Maria Luisa. **A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil 1726-1950**. In: FREITAS, Marcos Cezar de. (org). História social da infância no Brasil. São Paulo: Ed. Cortez, 2001.

MELO, Josimeire Medeiros Silveira de. **História da Educação no Brasil**. Coordenação Cassandra Ribeiro Joye. 2 ed. Fortaleza: UAB/IFCE, 2012.

PAULA, Clarissa da Silva de. Linha do tempo da proteção social de crianças e adolescentes no Brasil. In: **Seminário 33 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente**: reflexões e desafios. Porto Alegre: Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDDH), 2023.

PAULA, Clarissa da Silva de. **Os desafios na materialização do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, no âmbito da política de assistência social**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUCRS, 2018.

PEDERSEN, Jaina Raquel. **O corpo como mercadoria: exploração sexual de adolescentes e vulnerabilidade social das famílias**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUCRS, 2014.

PEREZ, José Roberto Rus; PASSONE, Eric Ferdinando. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. In: **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n.140, maio/ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/sP8smWgyn5fJS7m6Cv4npj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de dez. de 2023.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA (RNPI). Plano Nacional Primeira Infância: 2010 - 2022 | 2020 - 2030. ANDI Comunicação e Direitos. 2ª ed. (revista e atualizada). Brasília, DF: RNPI/ANDI, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes (CEEVSCA/RS). Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDDH). **Relatório preliminar do mapeamento da rede de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes no RS**. Porto Alegre: SJCDDH, 2022. Disponível em: <https://social.rs.gov.br/upload/arquivos/202212/20152538-relatorio-preliminar-mapeamento-ceedvscs-01dez22.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2023.

RIZZINI, Irene. **O Século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Univ. Santa Úrsula: Amais Liv. e Ed., 1997.

RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A arte de governar crianças**: a História das Políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009.

SENA, Thandra Pessoa de. Resgate histórico do instituto da adoção no direito brasileiro: da assistência aos órfãos do período colonial ao Estatuto da Criança e do Adolescente. In: **História do direito**. Coordenadores: Gustavo Silveira Siqueira, Antonio Carlos Wolkmer, Zélia Luiza Pierdoná. Florianópolis: Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), 2015.

STABILE, Amanda; ASSUMPÇÃO, Renata. Panorama, dados sobre a infância e a adolescência brasileiras. **Especial**: 30 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente. 2020. Disponível em: <https://prioridadeabsoluta.org.br/estatuto-crianca-adolescente>. Acesso em: 26 nov. 2023.

WAHHAB KUCHARSKI, K.; BATTISTI, I. D. E.; FERNANDES, D. M. M.; ANASTÁCIO, Z. F. C. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma trajetória do império à criação do SUS. **Revista Contexto & Educação**, [S. l.], v. 37, n. 117, p. 38-49, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/12871>. Acesso em: 26 nov. 2023.

4. A ESCUTA ESPECIALIZADA E SEUS MÚLTIPLOS OLHARES

Caroline Goldbeck Dias

Caroline Virgínia Bamberg Machado

Daniela da Silva Champe

Marleci Venério Hoffmeister

1 INTRODUÇÃO

A Lei Federal nº 13.431/2017, conhecida como a Lei da Escuta Protegida, e o Decreto Nº 9.603/2018, que a regulamentou, são ordenamentos que estabelecem diretrizes ao Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) para o atendimento daquelas que forem vítimas ou testemunhas de violências. Tais normativas buscam a não revitimização, a proteção e o cuidado desse público, além da apuração e responsabilização dos autores da violência.

Contudo, apesar do avanço legal, a implantação efetiva da Lei nº 13.431/2017 e do Decreto nº 9.603/2018 ainda é um desafio nos municípios. Conforme estudo desenvolvido pelo Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, no estado do Rio Grande do Sul, dentre os 288 (58%) municípios que participaram da pesquisa, 52,1% (150) indicaram que a rede de proteção municipal realiza o procedimento de escuta especializada da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Ainda, 15,6% (45) deles contam com um Comitê Municipal de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência previsto no Decreto nº 9.603/2018 (Rio Grande do Sul, 2022). Isso demonstra a relevância de aprofundar o debate sobre a escuta protegida e elucidar acerca da responsabilidade do SGDCA, em especial sobre os papéis das políticas públicas de assegurar, com absoluta prioridade, a proteção e não revitimização de crianças e adolescentes.

É necessário e urgente que os atores do SGDCA conheçam essas normativas e exercitem sua implementação a partir dos limites e possibilidades de suas realidades no âmbito municipal. Isso requer sensibilização, estudo e articulação prática dos órgãos do SGDCA. Como citado nos artigos 20 e 27 do Decreto nº 9.603/2018, “A escuta

especializada será realizada por profissional capacitado” e os profissionais “participarão de cursos de capacitação para o desempenho adequado das funções previstas neste Decreto” (Brasil, 2018). Assim, o presente estudo pretende contribuir com tal debate, apresentando as atribuições da Rede de Proteção aos Direitos de Crianças e Adolescentes na efetivação da Lei nº 13.431/2017, em especial as perspectivas da escuta especializada no âmbito da segurança pública, assistência social, saúde e educação.

2 ESCUTA ESPECIALIZADA E O LIMITE DO ESTRITAMENTE NECESSÁRIO NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS OU TESTEMUNHAS DE VIOLÊNCIA

O papel fundamental da escuta especializada, enquanto procedimento tal qual vem regrado no Decreto nº 9.603/2018, art. 19, limita-se à “proteção social e provimento de cuidados”. Assim, os profissionais do Sistema de Garantia de Direitos de crianças e adolescentes (SGDCA), inseridos em diferentes serviços da rede de proteção, devem observar os limites de sua intervenção de modo que o acompanhamento de crianças ou adolescentes vítimas ou testemunhas de violência seja seu principal objetivo e que seja garantida a superação das consequências da violação sofrida.

A despeito da necessária abordagem dos/das profissionais da rede de proteção em circunstâncias de escuta de crianças ou adolescentes expostos a situações de violência, tem-se observado uma grande confusão — ainda — sobre o que efetivamente cabe ao procedimento de escuta especializada. Dúvidas relativas às orientações de manter a escuta “do estritamente necessário à proteção social e provimento de cuidados” e de “não ter o escopo de produzir prova para o processo de investigação e de responsabilização” são recorrentes.

Nesse sentido, buscar identificar a função e abrangência do procedimento de escuta especializada pode contribuir para que os/as profissionais da rede de proteção preservem a narrativa de crianças ou adolescentes vítimas ou testemunhas de violência da contaminação da memória a partir de diferentes questionamentos. Sobretudo, pode auxiliar a evitar a exposição desnecessária que acarretará a revitimização, tendo-se em vista que a investigação sobre a possível situação de violência não é competência da escuta especializada.

Sem qualquer pretensão de discorrer extensamente sobre a Lei nº 13.431/17 ou o Decreto nº 9.603/18, mas vislumbrando a necessidade de discuti-los, deve-se esclarecer que esse último ordenamento é regulamentado para dar “forma” ao primeiro,

tendo em vista a persistente ausência de clareza por parte dos atores dos órgãos de proteção na distinção entre os procedimentos de depoimento especial e de escuta especializada. Por tal motivo, cabe lembrar alguns pontos importantes trazidos com a regulamentação desses mecanismos de proteção à criança e ao adolescente vítima ou testemunha de violência.

De um lado, o procedimento do depoimento especial, vem assim regrado no Decreto nº 9.603/18:

Art. 22. O Depoimento Especial é o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária com a finalidade de produção de provas.

§ 1º O depoimento especial deverá primar pela não revitimização e pelos limites etários e psicológicos de desenvolvimento da criança ou do adolescente.

§ 2º A autoridade policial ou judiciária deverá avaliar se é indispensável a oitiva da criança ou do adolescente, consideradas as demais provas existentes, de forma a preservar sua saúde física e mental e seu desenvolvimento moral, intelectual e social.

§ 3º A criança ou o adolescente serão respeitados em sua iniciativa de não falar sobre a violência sofrida.

Art. 23. O depoimento especial deverá ser gravado com equipamento que assegure a qualidade audiovisual.

Parágrafo único. A sala de depoimento especial será reservada, silenciosa, com decoração acolhedora e simples, para evitar distrações.

Art. 24. A sala de depoimento especial poderá ter sala de observação ou equipamento tecnológico destinado ao acompanhamento e à contribuição de outros profissionais da área da segurança pública e do sistema de justiça.

Art. 25. O depoimento especial será regido por protocolo de oitiva.

Art. 26. O depoimento especial deverá ser conduzido por autoridades capacitadas, observado o disposto no art. 27, e realizado em ambiente adequado ao desenvolvimento da criança ou do adolescente.

§ 1º A condução do depoimento especial observará o seguinte:

I - os repasses de informações ou os questionamentos que possam induzir o relato da criança ou do adolescente deverão ser evitados em qualquer fase da oitiva;

II - os questionamentos que atentem contra a dignidade da criança ou do adolescente ou, ainda, que possam ser considerados violência institucional deverão ser evitados;

III - o profissional responsável conduzirá livremente a oitiva sem interrupções, garantida a sua autonomia profissional e respeitados os códigos de ética e as normas profissionais;

IV - as perguntas demandadas pelos componentes da sala de observação serão realizadas após a conclusão da oitiva;

V - as questões provenientes da sala de observação poderão ser adaptadas à linguagem da criança ou do adolescente e ao nível de seu desenvolvimento cognitivo e emocional, de acordo com o seu interesse superior; e

VI - durante a oitiva, deverão ser respeitadas as pausas prolongadas, os silêncios e os tempos de que a criança ou o adolescente necessitarem.

§ 2º A oitiva deverá ser registrada na sua íntegra desde o começo.

§ 3º Em casos de ocorrência de problemas técnicos impeditivos ou de bloqueios emocionais que impeçam a conclusão da oitiva, ela deverá ser reagendada, respeitadas as particularidades da criança ou do adolescente (Brasil, 2018).

De outra banda, nesse mesmo Decreto, a escuta especializada vem assim estabelecida:

Art. 19. A escuta especializada é o procedimento realizado pelos órgãos da rede de proteção nos campos da educação, da saúde, da assistência social, da segurança pública e dos direitos humanos, com o objetivo de assegurar o acompanhamento da vítima ou da testemunha de violência, para a superação das consequências da violação sofrida, limitado ao estritamente necessário para o cumprimento da finalidade de proteção social e de provimento de cuidados.

§ 1º A criança ou o adolescente deve ser informado em linguagem compatível com o seu desenvolvimento acerca dos procedimentos formais pelos quais terá que passar e sobre a existência de serviços específicos da rede de proteção, de acordo com as demandas de cada situação.

§ 2º A busca de informações para o acompanhamento da criança e do adolescente deverá ser priorizada com os profissionais envolvidos no atendimento, com seus familiares ou acompanhantes.

§ 3º O profissional envolvido no atendimento primará pela liberdade de expressão da criança ou do adolescente e sua família e evitará questionamentos que fujam aos objetivos da escuta especializada.

§ 4º A escuta especializada não tem o escopo de produzir prova para o processo de investigação e de responsabilização, e fica limitada estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade de proteção social e de provimento de cuidados.

Art. 20. A escuta especializada será realizada por profissional capacitado conforme o disposto no art. 27.

Art. 21. Os órgãos, os serviços, os programas e os equipamentos da rede de proteção adotarão procedimentos de atendimento condizentes com os princípios estabelecidos no art. 2º (Brasil, 2018).

Partindo-se do pressuposto de que, neste estudo, buscar-se-á trazer luz à escuta especializada, tem-se, então, com a leitura dos artigos estabelecidos pelo Decreto em questão, que o procedimento de escuta especializada definitivamente não objetiva: oitiva; uso de equipamento audiovisual; gravação; constituição de prova; sala exclusiva para escuta; uso de protocolo de oitiva; técnicas de entrevista e detalhamento do ocorrido.

Constata-se, a partir dessa aproximação, que a realização da escuta especializada pressupõe tão somente proteção social e provimento de cuidados. Logo, para o cumprimento da sua finalidade, devem-se contemplar: escuta atenta; acolhimento; respeito ao relato livre; não interrupções do relato; questionamentos limitados realizados apenas para o devido encaminhamento; respeito à privacidade; não exposição

da criança ou adolescente vítima ou testemunha; esclarecimentos acerca dos procedimentos formais; priorização da busca de demais informações com a família, terceiros ou outros profissionais; e acompanhamento aos encaminhamentos realizados à vítima ou da testemunha de violência e sua família.

Diante do exposto, fica evidente a clara distinção entre os objetivos almejados por cada procedimento, demarcando-se a finalidade de cada um desses. Enquanto o primeiro procedimento destina-se à produção de prova e ao detalhamento dos fatos a partir do relato da criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência, o segundo deve se limitar ao encaminhamento e ao acompanhamento da demanda apresentada por essa, sem qualquer abordagem que remeta ao detalhamento ou à busca da veracidade dos fatos — o que, aliás, é tarefa do primeiro procedimento.

Por óbvio, não se pode perder de vista que a escuta especializada de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência é um processo fundamental, pois permite que esses sujeitos, ainda em desenvolvimento, sejam ouvidos de forma adequada e acolhedora, na rede de proteção, quando da suspeita ou revelação da situação de violência. Aliás, geralmente, são os atores da rede de proteção que têm o primeiro contato com essa vítima, tendo o dever de acolher essa revelação limitando-se a questionamentos básicos, para o devido encaminhamento da proteção dessa criança ou adolescente, sem buscar detalhes do fato ocorrido apenas para satisfazer sua curiosidade, já que, para prover a proteção, em nada vai contribuir esse detalhamento.

De todo modo, independentemente do órgão da rede de proteção onde sucedeu o primeiro contato com a situação de suspeita ou confirmação da violência, é condição *sine qua non*, à realização da escuta especializada que se pretende protetiva, que os/as profissionais envolvidos/as no atendimento desta criança ou adolescente que teve seu direito violado tenham adequadas condições de formação para prover os cuidados intrínsecos à situação. A necessidade de capacitação dos/das profissionais do Sistema de Garantia de Direitos que realizarão a escuta especializada vem referenciada no Decreto nº 9.603/2018:

Art. 20. A escuta especializada será realizada por profissional capacitado conforme o disposto no art. 27; Art. 27. Os profissionais do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência participarão de cursos de capacitação para o desempenho adequado das funções previstas neste Decreto, respeitada a disponibilidade orçamentária e financeira dos órgãos envolvidos (Brasil, 2018).

Ao apontar a realização de capacitação como necessária, o referido Decreto sinaliza que a escuta especializada pressupõe abordagens específicas que, quando devida-

mente executadas, garantem o direito de crianças e adolescentes a receberem adequadamente o acolhimento à situação de suspeita ou de confirmação de violência que, pela dinâmica engendrada, submeteu-os a vulnerabilidades de toda ordem. Assim, tornar a escuta especializada um espaço seguro e confiável, no qual a criança ou adolescente possa se expressar sobre os fatos ocorridos a seu modo, no seu tempo, sendo ouvida sem interrupções, compreendida e apoiada, é crucial para a efetiva proteção desses sujeitos, afastando-os de qualquer tipo de sofrimento que os leve à revitimização.

Nesse sentido, faz-se aqui um esclarecimento acerca da referida capacitação aludida pelo Decreto nº 9.603/2018, tendo-se em vista que ela apresenta-se sob um viés que a difere da capacitação exigida para a realização de depoimento especial. Para a realização do procedimento de oitiva da criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência no contexto forense, através do depoimento especial, é indispensável que os/as profissionais dominem alguns conteúdos, como bem aponta Cezar (2020, p.328):

Como operadores do Direito e dos serviços auxiliares – psicólogos, assistentes sociais, educadores – estão participando de uma mesma atividade, com o mesmo fim, é indispensável que todos dominem os conteúdos mínimos sobre todas as áreas de conhecimento que estão nela envolvidas. É indispensável que juízes, promotores de justiça e advogados que participam dessas atividades tenham conhecimentos mínimos acerca das peculiaridades que envolvem as situações de abuso e de exploração sexual. Síndrome de segredo, síndrome de adição, uso de drogas, conflitos familiares, diferenças de desenvolvimento entre a infância e a adolescência, causas que dificultam a revelação são temas recorrentes em quase todos os depoimentos [...]. Da mesma forma, os profissionais que atuam nos serviços auxiliares da Justiça – psicólogos, assistentes sociais, educadores, médicos – deverão ter conhecimentos acerca do tipo de atividade em que estão engajados, sabendo das limitações que as normas legais impõem à vida em sociedade. Inviável é a participação desses profissionais quando eles não souberem como se realiza uma audiência ou que o contraditório e a ampla defesa são os pilares da democracia. São conceitos imprescindíveis e que devem, por todos, ser conhecidos.

Para além dos conceitos apontados pelo autor, o depoimento especial exigirá, dos/das profissionais, aprofundado saber em entrevista forense, com uso de protocolos de entrevistas que objetivam estabelecer um contexto de diálogo protegido com a criança ou adolescente, o qual promova um ambiente emocional e cognitivo adequado no contexto forense. Ademais, o uso de protocolos de entrevista contribui para a obtenção de relatos com maior quantidade e melhor qualidade de informações, tendo-se em vista que sua devida aplicação permitirá o adequado estímulo à memória, à abrangência da dinâmica da violência e ao relato livre, estimulando a realização de

perguntas abertas e evitando perguntas sugestivas (Alves Júnior, 2020). As informações colhidas têm como finalidade a proteção do/da entrevistado/a e a produção de prova judicial.

Já para a realização de escuta especializada, a capacitação profissional está voltada para a compreensão do efetivo papel de cada ator dos diferentes órgãos de proteção. Assim, antes mesmo de buscar ampliar conhecimento sobre diferentes conceitos que permeiam o contexto da violência, é inerente a atitude profissional de bem executar a escuta baseando-se nas principais diretrizes circunscritas ao Decreto nº 9.603/2018 já apontadas neste documento, as quais podem ser revisitadas acessando os artigos 19, § 1º, 2º e 3º, 20 e 21, que, resumidamente, indicam: escutar a criança ou adolescente vítima sem interrupções, com o mínimo de questionamentos e informá-lo/a sobre o dever e os procedimentos da notificação às autoridades e sobre o fluxo de atendimento dos casos de violência, objetivando a realização dos encaminhamentos adequados.

Desse modo, o/a profissional responsável por realizar a escuta especializada não poderá perder de vista que o “atendimento protetivo no contexto da rede de proteção possui caráter de acolhimento e acompanhamento, e não necessariamente da confirmação da ocorrência ou não de violência” (Brasil, 2017, p. 21). Ter conhecimento técnico, fazer uso de protocolo de atendimento — e não de entrevista —, definir instrumentos de encaminhamentos, propiciar a abordagem interdisciplinar, buscar formação continuada, estabelecer ações articuladas e coordenadas com os demais órgãos do SGDCA, dentre outras ações, devem estar no rol de atitudes e condutas responsivas desse profissional diante da suspeita ou confirmação da violência apresentada pela criança ou pelo adolescente.

Entende-se aqui que o “protocolo” deve compreender o conjunto de procedimentos padrão (Michaelis, 2024) desenvolvidos por cada órgão do SGDCA, a partir da sua especificidade, a serem executados quando houver necessidade de realização da escuta especializada. Ao ser referenciado que se deve fazer uso de um “protocolo de atendimento”, sinaliza-se que é imprescindível seguir todos os procedimentos e os fluxos preestabelecidos para o devido encaminhamento da situação apresentada, a partir da sua área de atuação, e, assim, atingir a finalidade pretendida, que, nesse caso, é a escuta especializada. Deve-se ter a intervenção mínima e estritamente necessária à proteção social e ao provimento de cuidados à criança ou ao adolescente vitimizado.

É nesse contexto de compreender o papel da escuta especializada, que assevera o limite do “estritamente necessário à proteção social e provimento de cui-

dados” e do “não ter o escopo de produzir prova para o processo de investigação e de responsabilização”, que Santos (2020, p. 163) lista as orientações técnicas para realização da escuta especializada:

- Se você está conversando com uma criança ou um adolescente que possivelmente está sendo abusado, lembre-se de propiciar um ambiente tranquilo e seguro. Eles devem ser ouvidos sozinhos. É fundamental respeitar sua privacidade.
- Ouça a criança e o adolescente atento e exclusivamente. Não se pode permitir interrupções; caso contrário, corre-se o risco de fragmentar todo o processo de descontração e confiança já adquirido.
- Não faça perguntas de detalhamento do ocorrido. O profissional não pode deixar que sua ansiedade ou curiosidade o leve a indagar a criança/o adolescente e deve permitir que a criança/o adolescente conte a história livremente.
- Proteja a criança e o adolescente e reitere que eles não têm culpa pelo que ocorreu. É comum se sentirem responsáveis por tudo o que está acontecendo. O relato deles deve ser levado a sério, já que é raro mentirem sobre essas questões. Diga a eles que, ao contar, agiram corretamente; lembre-os de que é preciso coragem e determinação para uma criança/um adolescente contar a um adulto que está sofrendo ou sofreu alguma violência.
- Não trate a criança como uma “coitadinha”. Ela quer ser tratada com carinho, dignidade e respeito.
- A confiança de uma criança/um adolescente poderá aumentar o peso da responsabilidade sobre os profissionais, especialmente se ela deseja que a violência seja mantida em segredo. Você deverá dizer a eles que, se está sofrendo violências, você terá que contar isso a outras pessoas na cidade que são responsáveis pela proteção das crianças e dos adolescentes.
- É essencial não fazer promessas que não possa cumprir, como “tudo vai ficar bem”. Explique à criança o que irá acontecer em seguida, como você irá proceder, ressaltando sempre que os profissionais buscarão todas as formas de protegê-la.
- Registre o mais cedo possível tudo o que lhe foi dito: este relato deve seguir junto com a notificação para ser utilizado em procedimentos legais posteriores.
- No relatório, deverão constar as declarações fiéis do que lhe foi dito, não cabendo ali o registro de sua impressão pessoal. Por ter caráter confidencial, essa situação deverá ser relatada somente àquelas pessoas que precisam ser informadas para agir e apoiar a criança violada sexualmente (Santos, 2020, p.163).

Nesse contexto de intervenção e de cuidados proporcionado pela escuta especializada, a atitude profissional de bem executar a escuta é enriquecida pela ampliação dos conhecimentos sobre os diferentes conceitos que permeiam o contexto da violência. O profissional da rede de proteção, deve se dedicar a aprender mais sobre alguns assuntos que contribuirão para a adequada abordagem à criança ou ao adolescente vítima ou testemunha, visando a evitar condutas profissionais desqualificantes e desabonadoras que os revitimizam, como: o ciclo da violência e a dinâmica da violência sexual e suas formas e consequências; desenvolvimento infantil, etapas e estágios do desenvolvimento cognitivo da criança e do adolescente; e funcionamento e tipos de

memória, e a importância de preservá-la diante da exposição a situações estressoras como a violência sexual.

Independentemente do órgão de proteção ao qual o/a profissional está vinculado/a, ampliar os conhecimentos sobre todo o arcabouço que envolve a escuta especializada diante de suspeita ou confirmação dos atos de violência, além de dar significado ao relato da criança ou adolescente, contribuirá para que sua intervenção deixe de ter caráter investigativo, com viés desenfreado à busca da verdade. Além disso, irá auxiliar na valorização do relato espontâneo, “escutando” verdadeiramente a criança ou adolescente vítima ou testemunha.

Para uma efetiva e necessária proteção social, uma abordagem aberta, com o uso de questionamentos, é imprescindível, para que se tenham o cuidado e a preservação da memória da criança ou adolescente vítima ou testemunha. Ademais, o uso dessas abordagens evita a contaminação da memória e a sugestionabilidade em relação à violência perpetrada.

Conforme referenciado no Protocolo Brasileiro de Entrevista Forense (2020), esse tipo de abordagem aberta incentiva a narrativa a partir do estímulo à expressão da memória de livre evocação, tendo em vista que o(a) entrevistador(a) está fornecendo poucos *inputs* em sua fala para obter a narrativa livre, a partir da experiência da criança ou do adolescente. Desse modo, assinala-se que abordagens com perguntas abertas, como aquelas cujo marcadores gramaticais são *quem?*, *o quê?*, *quando?*, *como?* e *onde?*, devem ser utilizadas com parcimônia em uma relação dialógica num processo interventivo. Ainda que o uso de perguntas abertas tenha a finalidade de evitar a sugestionabilidade do entrevistado, afastando o risco de indução, o que deve ser estimulado na abordagem da escuta especializada, na interação dialógica entre aquele que ouve e aquele que fala, são o relato e a recordação livre da criança ou adolescente, sem questionamentos.

Entretanto, caso haja um relato com ausência de informações básicas para substanciar aos encaminhamentos necessários, havendo a imprescindibilidade de agregar informações fundamentais, é necessário que a busca pela obtenção de demais informações seja limitada ao estritamente necessário. Isso pode ser feito fazendo-se uso de marcadores que remetem à obtenção de informações, como: “*quem*”, de fato, é o suposto autor da violência sofrida (isto porque aquele que é chamado por pai nem sempre será o pai biológico, mas o padrasto); “*o que*” ocorreu (pois, ainda que a criança ou adolescente busque alguém para proceder à revelação espontânea, ela não necessariamente conseguirá verbalizar sem que necessite de estímulos para iniciar o re-

lato); e “*onde*” ocorreu a situação abusiva (tendo em vista a necessidade de localização geográfica desta criança para, então, ser acionado o responsável de confiança dela).

Nota-se que a abordagem aberta deve se limitar à identificação dessas informações, não devendo, em hipótese alguma, se desdobrar em tantas outras perguntas, sejam elas com viés aberto, fechado ou direto. Isso deve ser evitado porque gera os riscos de comprometer o funcionamento da memória dessa vítima ou testemunha e de contribuir para alterar as informações relativas à situação de suspeita ou de confirmação de violência.

Por fim, é importante ressaltar que a escuta especializada não deve ser um evento isolado, mas sim um processo contínuo, que envolva a articulação de diferentes profissionais e serviços da rede de proteção. A escuta especializada não se esgota no primeiro atendimento, tendo seu seguimento no acompanhamento das ações implementadas resultantes desse contato. É necessário que haja uma integração efetiva entre os setores de saúde, educação, assistência social, justiça e segurança pública para que a criança ou adolescente receba o apoio necessário em todas as esferas de sua vida, assim como está estabelecido nos artigos 28 e 29 do Decreto nº 9.603/2018.

3 A ESCUTA PROTEGIDA NO ÂMBITO DA POLÍCIA CIVIL SUL-RIO-GRANDENSE

As crianças e os adolescentes possuem especial proteção em nosso ordenamento jurídico. A Constituição Federal adota o princípio da proteção integral, que confere prioridade absoluta para eles em seu artigo 227 (Brasil, 1988). O Estatuto da Criança e do Adolescente — ECA (Brasil, 1990) — também endossa esse mandamento constitucional quando, em seu artigo 4º, determina que a família, a comunidade, a sociedade em geral e o poder público devem assegurar, com absoluta prioridade, os direitos das crianças e adolescentes.

Ainda conforme o ECA, a criança e o adolescente são considerados seres em desenvolvimento, sendo que essa condição deve ser levada em conta quando da interpretação de todo o sistema de proteção à infância e à juventude. Esses indivíduos apresentam dupla vulnerabilidade: uma decorrente da vitimização pelo ato ilícito sofrido e outra pelo fato de serem pessoas em desenvolvimento, tanto físico e biológico quanto psicológico.

Diante disso, é importante salientar que o sistema de justiça, do qual a polícia judiciária faz parte, necessita de preparação para a adoção de práticas que permitam

mitigar os danos psíquicos causados nas crianças e adolescentes vítimas de algum ilícito penal. A polícia judiciária atua por meio da investigação e do processo penal, com a reconstrução dos fatos e a revisitação de narrativas necessárias, apesar de dolorosas, à aplicação da lei.

A Lei nº. 13.431/2017 visa a dar especial proteção para crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, criando mecanismos para preveni-la e coibi-la. O principal mecanismo para proteger crianças e adolescentes é a escuta protegida, que abrange a escuta especializada e o depoimento especial. Tal procedimento de escuta foi criado com o objetivo de não revitimizar crianças e adolescentes, tendo em vista que havia uma descoordenação na rede de proteção que fazia que eles tivessem que relatar, para vários atores da rede, o fato criminoso, o que pode gerar intenso sofrimento psíquico.

Nesse sentido, fez-se necessária uma constante qualificação, assim como o aperfeiçoamento das instituições de atendimento a crianças e adolescentes hoje existentes. Os protocolos foram revistos e destinam-se, atualmente, a otimizar a atuação dos diversos órgãos e agentes corresponsáveis. Essas instituições devem dialogar entre si e trabalhar de forma harmônica, coordenada e, sobretudo, eficiente, cada qual em sua área, na busca do objetivo comum que é a proteção integral e prioritária das crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. A polícia civil, que é a polícia judiciária responsável por atuar nas investigações de crimes e contravenções, faz parte dessa engrenagem, tanto na esfera da proteção como na investigação, visando sempre ao bem-estar das crianças e adolescentes.

Diante dessas mudanças, tornou-se necessário repensar o fluxo de atendimento de crianças e adolescentes nas delegacias de polícia. Por isso, em 2021 no Rio Grande do Sul, o Departamento Estadual de Proteção a Grupos Vulneráveis – DPGV/PC/RS elaborou, através da sua Divisão de Assessoramento Especial (DAE), o Parecer Técnico nº 02/21/DAE/DPGV/PC¹, com orientações sobre como proceder perante as alterações trazidas pela Lei nº 13.431/2017. Esse documento foi acolhido pela Chefia de Polícia, através do Ofício Circular Eletrônico nº 07/2021 da Corregedoria-Geral da Polícia, servindo de orientação para todas as delegacias de polícia do estado.

Recentemente, a Polícia Civil do Rio Grande do Sul assinou o Termo de Cooperação nº 045/2023-DEC (Processo 8.2022.6645/000233-6), junto com o poder

¹ O Parecer Técnico nº 02/21/DAE/DPGV/PC é um parecer jurídico elaborado com a finalidade de orientar as autoridades policiais, o qual se encontra-se disponível no sistema interno da Polícia Civil do Estado do Rio Grande do Sul.

judiciário e o Ministério Público, no sentido de buscar capacitação para os/as policiais quanto à escuta protegida. Com base nessa cooperação, já foram realizados dois cursos de formação de policiais.

Convém destacar ainda que a Lei nº 14.321/2022 introduziu, por meio do art. 15-A, um novo tipo penal na Lei de Abuso de Autoridade (Lei nº 13.869/2019), a violência institucional. Esse novo artigo reforça a proteção às vítimas, constante na Lei nº 13.431/2017.

A polícia civil pode atuar nos dois tipos de escuta conceituados pela Lei nº 13.431/2017, já discorridos no título 2 deste capítulo. Como já descrito, a escuta especializada objetiva a aplicação de medidas de proteção, não servindo para coleta de provas. No entanto, convém esclarecer que, mesmo não sendo destinada a colher elemento de prova, não quer dizer que não possua valor jurídico. Isso porque o processo penal adota o princípio da livre valoração das provas, o que permite que qualquer elemento obtido lícitamente possa servir à formação da convicção do magistrado. Essa escuta deve ser feita por profissionais capacitados, que pertencem à rede de proteção, sendo que a polícia civil também compõe essa rede e pode fazer a escuta especializada, desde que seja para providenciar cuidados à vítima (solicitar medidas protetivas, por exemplo).

Conforme o Parecer Técnico nº 02/21/DAE/DPGV/PC, que foi acolhido através do Ofício Circular Eletrônico nº 07/2021 da Corregedoria-Geral da Polícia:

A escuta especializada quando realizada na delegacia de polícia visa apurar quais os encaminhamentos imediatos que devem ser adotados de modo a minorar as consequências do delito, protegendo a criança e o adolescente da situação. Inclusive, o sistema de garantia de direitos, no qual se insere a Polícia Judiciária, deve intervir com a finalidade de promover o atendimento de crianças e adolescentes para minimizar as sequelas da violência sofrida, conforme artigo 3º, V do decreto 9.603/2018, evidenciando o caráter acolhedor e restrito da escuta especializada para a avaliação da necessidade de encaminhamentos do entrevistado aos demais serviços e equipamentos da rede de proteção.

Além disso, crianças e adolescentes têm direito de serem ouvidas e expressar seus desejos e opiniões, assim como de permanecer em silêncio, conforme artigo 5, VI da lei do Sistema de Garantias. Portanto, é equivocada qualquer interpretação que alije, de modo peremptório e descontextualizada, a possibilidade da escuta no âmbito policial. Há que se controlar, é verdade, a qualidade e o procedimento desta escuta, que deve ser efetivamente especializada (Rio Grande do Sul, 2021, p. 5).

Nessa esteira, cabe citar a recente Lei nº 14.344/2022, conhecida também como Lei Henry Borel, que trouxe inovações importantes para a proteção de crianças e adolescentes, sendo, a principal dessas, a criação de medidas protetivas específicas

para essas vítimas. Tais medidas protetivas podem ser requeridas nas delegacias de polícia e, a exemplo da Lei Maria da Penha, não necessitam, para ser solicitadas, a ocorrência de algum ilícito criminal, bastando ocorrer alguma violação de direitos de crianças e adolescentes. Então, sendo a delegacia de polícia uma porta de entrada para esses pedidos de medidas de proteção, tem-se uma maior necessidade de proceder, por policial capacitado, à escuta especializada de crianças e adolescentes nesse âmbito.

O depoimento especial, como já discutido, é o procedimento de oitiva de criança e adolescente vítima ou testemunha de violência feito perante autoridade policial ou judiciária (art. 8º da Lei 13.431/2017). Portanto, esse rege-se pela formalidade e busca elemento de prova, se realizado na fase do inquérito policial, ou prova, quando realizado judicialmente, segundo o rito da cautelar antecipada de prova ou durante a audiência de instrução e julgamento pelo rito comum. Assim, difere da escuta especializada, pois busca elementos de prova ou prova, ao contrário dessa, que tem a finalidade de proteger as vítimas. Ambas as escutas, no entanto, terão que ser feitas por profissionais capacitados (art. 27 do Decreto 9.603/2018).

Conforme o Parecer Técnico nº 02/21/DAE/DPGV/PC, que foi acolhido através do Ofício Circular Eletrônico nº 07/2021 da Corregedoria-Geral da Polícia, quanto ao artigo 11 da Lei 13.431/17:

o que restou estabelecido pela lei é que o depoimento especial reger-se-á por protocolos e, sempre que possível, será realizado uma única vez, em sede de produção antecipada de provas, garantida a ampla defesa do investigado. Na mesma linha, a lei estabeleceu diretriz probatória relacionada ao depoimento especial: quando a criança contar com menos de 7(sete) anos de idade ou tratar-se de violência sexual, o depoimento especial seguirá o rito cautelar de antecipação de prova. Todo esse regramento busca a coleta de depoimento uma única vez, e se possível, já em sede judicial, garantindo-se o contraditório real.

Contudo, nem sempre é possível que o depoimento especial de crianças menores de 7 anos ou vítimas de violência sexual seja tomado em rito da cautelar de antecipação de provas.

Tal circunstância ocorre, por exemplo, em caso de flagrante, de investigação de fato cuja a autoria seja desconhecida, quando há indícios insuficientes para legitimar a propositura de uma futura ação cautelar, entre outras, devendo o caso concreto ser analisado pelo Delegado de Polícia responsável pela investigação (Rio Grande do Sul, 2021, p. 9).

Assim, não há como ser diferente, tendo em vista que não há elementos mínimos para a propositura de uma ação cautelar. Dessa forma, faz-se necessária, nesses casos, a tomada de depoimento especial em sede de delegacia de polícia.

Diante disso, conforme o Parecer Técnico nº 02/21/DAE/DPGV/PC, que foi acolhido através do Ofício Circular Eletrônico nº 07/2021 da Corregedoria-Geral da

Polícia, a chefia de polícia acolheu e repassou a todas as delegacias de polícia do Estado do Rio Grande do Sul as seguintes orientações:

1. Diante de casos de violência, especialmente sexual, ou sem se tratando de criança menor de 7 anos, verificar se houve escuta especializada realizada por outro integrante da rede de proteção;
2. Buscar junto aos pais, responsáveis ou acompanhantes da criança ou adolescente, informações que possam auxiliar na adoção de medidas de proteção e encaminhamentos a outros serviços da rede de proteção e, apenas excepcionalmente, realizar a escuta especializada, mediante despacho fundamentado que demonstre a necessidade da medida, lembrando que a escuta especializada não possui fins probatórios;
3. Avaliar a rede de proteção de seu município e, dessa forma, verificar se a acolhida ou realização das atividades por outros serviços dela integrantes atende de forma menos invasiva e igualmente eficaz aos objetivos da investigação;
4. Em se tratando de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência com menos de 7 (sete) anos de idade, ou de situação que envolva violência sexual independente da faixa etária, havendo indicativo de autoria e materialidade, representem, com brevidade, pela produção antecipada de prova, nas hipóteses do art. 11, parágrafo 1º, incisos I e II da Lei 13.431/17, encaminhando cópia dos autos de investigação até então realizados, independentemente da conclusão do procedimento policial, atuando de forma que o depoimento especial não seja o único meio de prova para o julgamento do réu.
5. Analisar, no decorrer da investigação, todas as possibilidades de utilização de outros meios de obtenção de elementos informativos, sempre tendo a oitiva da criança e do adolescente como ‘ultima ratio’ probatória;
6. Em não sendo possível a representação por cautelar antecipada de provas, especialmente diante da ausência de elementos sobre a autoria, realizar o depoimento especial nas melhores acomodações possíveis do órgão policial, seguindo os protocolos de entrevista investigativas adotadas pela Resolução 02/2019 do CNCP, com registro audiovisual, utilizando os meios tecnológicos disponíveis;
7. Fundamentar suas decisões quando da realização de escuta especializada ou depoimento especial.
8. Adotar os fluxos para a implementação da Escuta Especial, conforme orientações do Departamento Estadual a Grupos Vulneráveis (Rio Grande do Sul, 2021, p. 11-12).

É de amplo conhecimento que as diretrizes trazidas pela Lei nº 13.431/2017 trouxeram grandes mudanças na forma como crianças e adolescentes devem ser tratados quando vítimas de alguma violação de seus direitos. Essas mudanças abrangem todas as esferas da sociedade, tendo um impacto maior nos órgãos do setor público, que têm a obrigação de se adequar aos novos preceitos legais. Também é de conhecimento que tais mudanças não são fáceis e dependem muito de uma alteração da forma de pensar, eis que boa parte da sociedade ainda não compreende que crianças e adolescentes são mais vulneráveis, pois estão em processo de desenvolvimento físico e emocional, necessitando de proteção.

Infelizmente, essa importante lei ainda não conseguiu alcançar sua aplicabilidade da maneira pretendida. Então, enquanto estamos percorrendo esse caminho, é importante a autoridade policial avaliar o caso concreto e decidir em quais casos a criança e o adolescente devem ser ouvidos (ressaltando sempre que isso deve ser feito por profissional capacitado e que tal decisão deve ser sempre justificada). Isso se dá porque, por vezes, a demora na oitiva mediante uma antecipação de tutela pode ser mais prejudicial a essa vítima do que a própria oitiva sobre uma situação de violência, fora das situações elencadas nas orientações do DPGV acima expostas.

Diante disso, a Polícia Civil, buscando sempre se adequar às mudanças legislativas, pretende capacitar todos os seus policiais, apesar de todas as dificuldades enfrentadas. Pretende-se, assim, que estes estejam cada vez mais aptos a proceder à escuta protegida e a contribuir para o enfrentamento a todo o tipo de violência contra crianças e adolescentes.

É importante dizer que a Lei da Escuta Protegida e a Lei Henry Borel trouxeram um avanço significativo na proteção dos direitos das crianças e adolescentes. No entanto, é necessário salientar que não são somente leis que protegerão nossas crianças e adolescentes. É preciso um conjunto de ações que inclua, além dos atores do sistema de proteção e justiça, a sociedade geral. Essa deve ter olhar atento e sensível a todo aquele indivíduo que possua contato com esses seres em formação, no sentido de reconhecer qualquer sinal de violação de direitos de nossas crianças e adolescentes. Ainda tão importante quanto notar esses sinais é denunciá-los através de todos os canais de denúncias existentes e disponíveis.

4 A ESCUTA ESPECIALIZADA NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

A assistência social é uma política de seguridade social não contributiva garantida pelo Estado enquanto direito da população (Brasil, 1993). Essa política pública propõe ações integradas junto às demais políticas setoriais e a outros segmentos da sociedade, que visam a proteger as famílias e seus membros, a partir do seu território de vivência, de “vitimizações, fragilidades, contingências, vulnerabilidades e riscos [...] por decorrência de imposições sociais, econômicas, políticas e de ofensas à dignidade humana” (Brasil, 2005, p. 89). Além da proteção social, tem, como objetivos, a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias, e a defesa de direitos, que se propõe a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais (Brasil, 2011).

Outrossim, está estruturada por um sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cuja oferta de proteções organiza-se em Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE). As especificidades de cada proteção estão sistematizadas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Especificidades dos níveis de proteção

Proteção		Situação	Serviço	Unidade de referência
PSB		Vulnerabilidade e risco social	1. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); 2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; 3. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas	Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
PSE	PSE de média complexidade	Ameaça ou de violação de direitos	1. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); 2. Serviço Especializado em Abordagem Social; 3. Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC); 4. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias	Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)
			5. Serviço Especializado em Abordagem Social; 6. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop)
	PSE de alta complexidade	Violação de direitos e rompimento de vínculos e/ou necessidade de afastamento do núcleo familiar e comunitário	1. Serviço de Acolhimento Institucional	Casa-lar; abrigo institucional; casa de passagem; residências inclusivas; instituição de longa permanência para idosos
			2. Serviço de Acolhimento em República	República
			3. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	Unidade de referência da Proteção Social Especial e residência da Família Acolhedora
			4. Serviço de Proteção em situações de calamidades públicas e de emergências	Unidades referenciadas ao órgão gestor da assistência social

Fonte: Brasil, 2004; Brasil, 2009.

Respeitando as necessidades de cada público e o nível de proteção que cada um requer, o SUAS possui, como principais eixos estruturantes de suas ações, a matricialidade sociofamiliar e a territorialização. Ou seja, considera a família como o conjunto de relações — unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade — e o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia e sustentabilidade, e “para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal” (Brasil, 2005, p. 41). Além disso, reconhece as desigualdades socioterritoriais, priorizando os territórios de maior incidência de vulnerabilidade e riscos para atuar (Brasil, 2005). Desse modo, a capacidade protetiva das famílias é intrínseca ao seu contexto e relações sociais:

[...] está diretamente relacionada a aspectos intrafamiliares — como história, transgeracionalidade e relações estabelecidas entre seus membros — e extrafamiliares — como redes de apoio e pertencimento, contextos socioculturais, históricos e econômicos em que estão inseridas, acesso a direitos e recursos das políticas públicas disponíveis no território onde vivem (Brasil, 2020, p. 17).

Ainda que o SUAS tenha, como bases interventivas, a matricialidade sociofamiliar e a territorialização, há de se considerar que, no contexto de violação de direitos de crianças e de adolescentes, prevalece a garantia de seus superiores interesses. Sabendo das multideterminações das situações de violência, é fundamental conhecer cada realidade, para compreender se é possível ou não assegurar a proteção da criança e do adolescente no próprio âmbito familiar.

Dito isso, sublinhando esse papel de provisão de proteção social aos indivíduos que necessitam do que compete ao SUAS, é relevante afirmar que, quando promulgada a Lei nº 13.431/2017, esta foi encarada com certa resistência pelos(as) trabalhadores(as) do SUAS. Isso ocorreu devido a uma série de questões: seja pelas legislações anteriores², que comprometem algumas dimensões ético-políticas e técnicas profissionais; seja pelo receio do retorno legal da ‘juridicalização’³ do atendimento à

2 Na época, o “depoimento sem dano” sofreu críticas por requerer a atuação dos profissionais como meros inquisidores, na substituição à figura do magistrado ou do Ministério Público. Também foram tecidas críticas acerca de sigilo profissional, produção de provas, autonomia profissional, entre outras (CFP, 2018; CRP-PR, 2018; CFESS, 2019).

3 O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) representou uma série de conquistas e avanços, que se explicitam na doutrina da proteção integral ao ‘desjuridicalizar’ a questão da infância e da adolescência, capilarizando o atendimento dessas a diversos segmentos do SGDC (CFESS, 2019).

criança e ao/à adolescente; ou seja pela histórica requisição aos órgãos de promoção⁴ de procedimentos do âmbito da investigação ou responsabilização.

Ademais, havia também o entendimento de que seria necessária a criação de um novo serviço centralizado, que atendesse as situações de violências contra crianças e adolescentes. Isso soou como uma contradição, ao passo que tampouco os serviços e programas de proteção, apoio e promoção preconizados no ECA nos anos 1990 e no próprio SUAS sequer estavam implantados, além do contexto de austeridade fiscal e desmonte das políticas públicas (IPEA, 2022).

Entretanto, no ano de 2018, o Decreto nº 9.063 detalhou a escuta especializada e o depoimento especial, bem como as atribuições de cada órgão do SDGCA. E, no ano de 2020, o documento “Parâmetros de atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência” foi lançado, elucidando ainda mais o papel do SUAS no cumprimento da Lei nº 13.431/2017.

Nesse sentido, compreendeu-se que não se tratava de criar novos serviços do SUAS ou de compor novas equipes para a realização da escuta especializada, mas sim de aprimorar as ações dos serviços existentes, acentuando a proteção e a não revitimização no atendimento de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violências. Há dimensões no trabalho social do SUAS que são transversais aos níveis de proteções sociais e que dialogam com a Lei nº 13.431/2017, sendo elas: escuta qualificada no SUAS (que pode acolher a revelação espontânea e subsidiar a escuta especializada); identificação e notificação de sinais de violência ou suspeita pelos profissionais; trabalho articulado em rede; compartilhamento de informações; e educação permanente.

Portanto, o SUAS, dentro do escopo da Lei nº 13.431/2017, objetiva realizar o atendimento e/ou acompanhamento da vítima ou da testemunha de violência e suas famílias, visando à cessação da repetição da violência, além de fornecer suporte para superação das consequências da violação sofrida e prevenir agravos, limitando-se ao cumprimento da sua finalidade de proteção socioassistencial (Brasil, 2020). Ainda, cabe ao SUAS realizar os seguintes procedimentos:

I - elaboração de plano individual e familiar de atendimento, valorizando a participação da criança e do adolescente e, sempre que possível, a preservação dos vínculos familiares;

⁴ São recorrentes as requisições às políticas públicas determinando procedimentos que extrapolam suas atribuições e com curtos prazos para seu cumprimento, justificadas pela necessidade de garantir celeridade aos processos judiciais. Tanto que, no âmbito do SUAS, há a Nota Técnica nº 2 (Brasil, 2016) e a Resolução CNAS nº 119 (Brasil, 2023), que instruem sobre a relação inter-institucional do SUAS com o sistema de justiça e outros Órgãos de Defesa e Garantia de Direitos.

II - atenção à vulnerabilidade indireta dos demais membros da família decorrente da situação de violência, e solicitação, quando necessário, aos órgãos competentes, de inclusão da vítima ou testemunha e de suas famílias nas políticas, programas e serviços existentes; III - avaliação e atenção às situações de intimidação, ameaça, constrangimento ou discriminação decorrentes da vitimização, inclusive durante o trâmite do processo judicial, as quais deverão ser comunicadas imediatamente à autoridade judicial para tomada de providências; e IV - representação ao Ministério Público, nos casos de falta de responsável legal com capacidade protetiva em razão da situação de violência, para colocação da criança ou do adolescente sob os cuidados da família extensa, de família substituta ou de serviço de acolhimento familiar ou, em sua falta, institucional (Brasil, 2017, cap. III, art. 19).

A escuta especializada no SUAS poderá ser realizada em razão da revelação espontânea de uma criança ou adolescente que está sendo atendida pelos serviços socioassistenciais. Essas crianças e adolescentes podem ainda expressar, no âmbito dos serviços, sinais físicos ou comportamentais que podem estar associados à ocorrência de violência, sem necessariamente revelar verbalmente (Brasil, 2020). Por isso, os(as) profissionais (educadores sociais, cuidadores, oficineiros, serviços gerais, entre outros) devem ser qualificados e estar preparados para identificar, acolher a revelação, escutar o livre relato, informar à criança e ao adolescente sobre possíveis desdobramentos da revelação, realizar o devido registro e relatar imediatamente à equipe de referência.

A equipe de referência no SUAS é composta por profissionais técnicos, geralmente assistentes sociais e psicólogos(as), responsáveis diretos pelo atendimento e acompanhamento socioassistencial. Portanto, é ela que, uma vez revelada a violência, avalia quais medidas devem ser tomadas para assegurar a proteção da criança e do adolescente, incluindo encaminhamentos aos serviços de saúde, comunicação ao Conselho Tutelar, encaminhamento para acompanhamento especializado no CREAS, entre outras.

Assim, a partir das necessidades de proteção social da vítima e sua família, caberá, aos serviços socioassistenciais, o acompanhamento adequado. Caso a criança ou adolescente e sua família já tenham a situação de violência e risco social cessada e necessitem do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, o atendimento será realizado no CRAS, pelo PAIF. Caso a criança e/ou adolescente esteja vivenciando a situação de violência, o PAEFI realizará o acompanhamento especializado no CREAS, o qual deve ser adequado às demandas e especificidades de cada situação, sendo imprescindível a construção, em conjunto com a família atendida, do plano individual e/ou familiar de atendimento, o qual orientará as ações a serem desenvolvidas (Brasil, 2020).

Já se a situação vivenciada pela criança e/ou adolescente caracterizar abandono, ausência de referências familiares, rompimento dos vínculos familiares ou necessidade de afastamento provisório do convívio familiar por medida protetiva pela autoridade competente, compete, ao SUAS, a oferta dos serviços de acolhimento institucional da PSE de alta complexidade. Esses serviços funcionam como moradia provisória e excepcional até que a criança ou adolescente possa retornar ao convívio com a família de origem, extensa ou ampliada, ou, em último caso, família substituta, por meio da adoção (Brasil, 2020).

Cabe ainda citar, dentre as atribuições do SUAS no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, o trabalho em rede com os demais órgãos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. Os/as profissionais do SUAS podem integrar os comitês das redes de proteção que irão definir e pactuar fluxos e protocolos, respeitando a horizontalidade dos setores. Esses também podem promover espaços de articulação e diálogo entre as políticas públicas, destacando as responsabilidades de cada ator envolvido, na perspectiva da proteção integral e da não revitimização das crianças e dos(as) adolescentes.

5 A ESCUTA ESPECIALIZADA NO ÂMBITO DA SAÚDE

Desde 2010, o Ministério da Saúde orienta a implantação da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (Brasil, 2010). Apesar da legislação que trata da escuta especializada ser mais recente, observa-se que o passo a passo da linha de cuidado vem ao encontro da proteção e não revitimização de crianças e adolescentes, muita embora isso não se oponha à necessidade de revisão dessa proposição.

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), a linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências compreende quatro dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento para a rede de cuidados e de proteção social. A Nota Técnica nº 01/2018, de 10 de setembro de 2018, da SES (Rio Grande do Sul, 2018), sintetiza cada uma delas: 1) acolhimento: a afirmação de ter sofrido violência deve ser ouvida com presunção de veracidade, não cabendo ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima. Seus procedimentos não devem ser confundidos com aqueles reservados à polícia ou à justiça. Para o acesso aos serviços de saúde, não é obrigatório o registro de ocorrência policial; 2) atendimento: abrange anamnese, exame físico e planejamento da conduta

para cada caso, tratamento e profilaxia, avaliação psicológica, acompanhamento terapêutico na atenção básica e/ou atenção especializada e encaminhamento para a rede de proteção (Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, escolas, Primeira Infância Melhor ou outros complementares); 3) notificação: situações de violência contra crianças e adolescentes, incluindo as suspeitas, devem ser informadas à vigilância em saúde do município, através de ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essa notificação é obrigatória para todos os profissionais de saúde e responsáveis por serviços públicos e privados. Também é obrigatória a comunicação ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público (art. 13 da Lei nº 13.431/2017). Essa comunicação também é obrigatória aos profissionais das demais áreas da rede de proteção e para qualquer pessoa que presenciar violência, suspeita ou confirmada, contra crianças e adolescentes; e 4) seguimento para a rede de cuidados e de proteção social: a implantação da linha de cuidado exige a construção de fluxos internos de atendimento e de fluxos junto à rede de proteção.

Acerca do atendimento de crianças ou adolescentes vítimas de violência sexual, o Decreto 9.603/2018, art. 10, parágrafo único, destaca que este “deverá incluir exames, medidas profiláticas contra infecções sexualmente transmissíveis, anticoncepção de emergência, orientações, quando houver necessidade, além da coleta, da identificação, da descrição e da guarda de vestígios” (Brasil, 2018). É importante compreender também a diferença entre a violência sexual crônica e a violência sexual aguda e os diferentes procedimentos a serem adotados para cada caso. As situações de violência sexual crônica são aquelas que ocorrem por períodos de tempo mais extensos, de maneira progressiva, cometidas por pessoas próximas, que contam com a confiança das vítimas e de suas famílias e, em geral, contra crianças de ambos os sexos. As ameaças costumam ser mais veladas, e o uso de violência física nem sempre está presente. O tratamento, nesses casos, exige a realização de exames laboratoriais e complementares, tendo em vista que existe a possibilidade de contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou de gestação. Nessas situações, o atendimento inicial pode ser feito na Atenção Primária à Saúde, bem como a continuidade do cuidado, em conjunto com a família, na Atenção Especializada, se necessário (SPSP, 2018).

Já as situações de violência sexual aguda ocorrem principalmente no espaço público, e o agressor geralmente é desconhecido, sem vinculação com a vítima. O tratamento, nessas situações, deve ser realizado o mais rápido possível em serviço de urgência, pois requer avaliação imediata e tratamento de eventuais lesões físicas, bem

como prescrição das profilaxias contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e gestação indesejada, que devem ocorrer nas primeiras 72h após a violência sexual sem proteção (SBSP, 2018).

Essas orientações acerca da violência sexual crônica ou aguda interseccionam-se com o acolhimento da revelação espontânea pelos/as profissionais da saúde, tendo em vista que, para a sua identificação, é necessário, por exemplo, o questionamento acerca de há quanto tempo ocorre a violência e de quando foi a última vez que aconteceu. Essas informações vão direcionar o local para onde a criança ou adolescente será encaminhada, bem como os tipos de procedimentos que serão realizados. Conforme a *Childhood Brasil* e a Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2023), uma pergunta direta que pode ser feita é: “Você pode me dizer mais ou menos quando isso ocorreu?”. Caso o evento tenha ocorrido no prazo de 72 horas, a criança ou o/a adolescente deverá ser encaminhada imediatamente para um serviço de urgência, para a realização de tratamento para profilaxia de IST e de gestação indesejada.

Destaca-se que cada situação exigirá uma abordagem específica do/a profissional da saúde. Contudo, algumas perguntas em geral poderão ser feitas à criança ou ao/a adolescente, com o objetivo de protegê-la. Além das que já foram citadas acima, é importante saber quem é o agressor e se ele convive com ela, pois poderá ser necessário acionar o Conselho Tutelar e os serviços da assistência social, para que a criança ou o/a adolescente não volte a conviver no mesmo local que ele.

Além do atendimento a crianças e adolescentes vítimas, os/as profissionais da saúde devem atuar para fomentar a implantação da Lei da Escuta Protegida, que ocorre, dentre outras ações, com a implantação do comitê municipal de gestão colegiada da rede de cuidado e de proteção social das crianças e dos adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. O comitê de gestão colegiada no nível local é uma importante instância do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente vítima ou testemunha de violência, normatizada e organizada pela Lei 13.431/2017 (Brasil, 2017). Conforme o art. 9 do Decreto n.º 9.603/2018 (Brasil, 2018), esse comitê tem, como objetivos articular, mobilizar, planejar, acompanhar e avaliar as ações da rede intersetorial, além de colaborar para a definição dos fluxos de atendimento e para o aprimoramento da integração.

6 A ESCUTA ESPECIALIZADA NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO

Dentre as políticas públicas anteriormente citadas que compõem o Sistema de Garantia de Direito da Criança e do Adolescente, seguramente a educação é o segmento mais propício para a ocorrência tanto da revelação — por parte das vítimas — de situações de violências quanto da identificação — realizada pelos profissionais da área — de violências contra criança e adolescentes. Isso porque o ambiente escolar caracteriza-se como um espaço seguro de convívio cotidiano, aprendizado, socialização e estabelecimento de vínculos positivos entre alunos e profissionais da escola.

Com efeito, o Decreto nº 9.603/2018 (Brasil, 2018) diz, em seu artigo 14, que as redes de ensino deverão contribuir no combate a todas as vulnerabilidades que possam prejudicar o desenvolvimento escolar integral das crianças e adolescentes, por intermédio de programas de enfrentamento de violência, o que reforça, assim, a relevância da educação na garantia dos direitos da criança e do adolescente.

O Guia Escolar, um importante documento que instrumentaliza a comunidade escolar no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, aborda o tema da prevenção nas escolas sob três níveis: primária, secundária e terciária. Ele fornece orientações específicas para cada nível de prevenção, desde a conscientização e educação sobre o tema até a identificação precoce de casos e o encaminhamento adequado para atendimento e proteção (Santos; Ippolito, 2011).

A prevenção primária é caracterizada por ações cautelares promovidas pela equipe escolar que atuem no enfrentamento dos fatores sociais, culturais e ambientais que favorecem as violações de direitos (Santos; Ippolito, 2011). A própria inclusão curricular de conteúdo que trate dos direitos das crianças e dos adolescentes e da temática da saúde sexual é uma forma de efetivar esse nível de prevenção. Tais temas podem, inclusive, ser estendidos aos pais e/ou responsáveis pelos alunos, a outros profissionais que atuam na escola e também a componentes da rede intersetorial.

Já a prevenção secundária é direcionada para a identificação precoce de situações de risco, buscando evitar a ocorrência de violência e/ou seu agravamento ou reincidência (Santos; Ippolito, 2011). Para se atingir esse nível de prevenção, é esperado que os profissionais estejam sensíveis ao tema e devidamente capacitados, para que possam promover um ambiente escolar cuidadoso, acolhedor e protetivo. Com isso, através do estabelecimento de relações estáveis e de confiança com o(a) professor(a), o(a) aluno(a) pode sentir-se seguro para revelar espontaneamente qualquer forma de violação de direitos, e, ainda, o(a) professor(a) ter os parâmetros necessários para re-

alizar a escuta especializada adequadamente. Ou, ainda que não haja a revelação, esse poderá reconhecer alterações físicas, emocionais e comportamentais do(a) aluno(a) sugestivas de situação de violência.

A prevenção terciária é voltada ao acompanhamento integral de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, garantindo os devidos encaminhamentos para a proteção das vítimas, além de evitar a evasão escolar (Santos; Ippolito, 2011). Para proteger, comunicar e encaminhar, garantindo o atendimento das necessidades imediatas da criança e do adolescente vítimas de violência, o profissional precisa estar preparado e disponível para realizar a escuta especializada.

Essa escuta limitar-se ao livre relato da criança e do adolescente, que, posteriormente, deverá ser devidamente registrado com a maior fidelidade possível ao narrado pela vítima e encaminhado à direção da escola. O registro visa a não revitimizar a criança ou adolescente, pois, uma vez escutada pelo(a) professor(a), não há necessidade de repetir a situação para o coordenador pedagógico ou diretor, por exemplo.

O Decreto 9.603/2018 (Brasil, 2018) sublinha as atribuições essenciais do âmbito escolar, quais sejam:

I - acolher a criança ou o adolescente; II - informar à criança ou ao adolescente, ou ao responsável ou à pessoa de referência, sobre direitos, procedimentos de comunicação à autoridade policial e ao conselho tutelar; III - encaminhar a criança ou o adolescente, quando couber, para atendimento emergencial em órgão do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência; e IV - comunicar o Conselho Tutelar (Brasil, 2018).

Além disso, toda a comunidade escolar necessita ter o pleno conhecimento dos fluxos internos e fluxos intersetoriais pactuados entre a escola e a rede de proteção acerca do atendimento dessas situações. No que tange ao fluxo interno, é relevante que o profissional que realizou a escuta tenha seu anonimato respeitado no encaminhamento da situação, sendo indicado que a direção protocole as denúncias. Vale reforçar que não cabe ao profissional da educação investigar as situações, mas ele deve, obrigatoriamente, de acordo com o ECA, comunicar a suspeita de violência contra crianças e adolescentes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Lei nº 13.431/2017 e o Decreto nº 9603/2018 são dispositivos fundamentais, que corresponsabilizam o SGDCA a assegurar os direitos das crianças e dos adoles-

centes. Por meio de procedimentos como a escuta especializada, visa-se à proteção, ao provimento de cuidados e à não revitimização de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.

Embora se reconheça que há grandes lacunas na integralidade das ações do SGDCA para a efetiva aplicabilidade das normativas, é importante entender que se trata de uma complexa implementação: são diversos atores envolvidos, que, uma vez implicados, buscam superar a fragmentação dos saberes e setores.

Todavia, independentemente do órgão da rede de proteção, todos necessitam estar capacitados para a realização da escuta especializada. Os/as profissionais dos diversos serviços precisam compreender o seu papel na proteção integral das vítimas, assim como os limites de suas intervenções, sabendo identificar o que é imprescindível para o adequado atendimento e para os encaminhamentos necessários.

Conclusivamente, são diversas as ações que concretizam a Lei Federal nº 13.431/2017 e o Decreto Nº 9603/2018 — estabelecimento de comitê, capacitações, fluxos, protocolos, ficha de compartilhamento, entre outros. A participação ativa dos órgãos do SGDCA na implementação dessas ações possibilita a materialização dessas normas legais, adequadas às realidades dos diferentes territórios.

REFERÊNCIAS

ALVES JUNIOR, Reginaldo Torres. In: **Protocolo brasileiro de entrevista forense com crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência (PBEF)**. SANTOS, Benedito Rodrigues dos; Itamar Batista, GONÇALVES, Reginaldo Torres Alves Júnior (orgs.). São Paulo; Brasília: Childhood – Instituto WCF-Brasil; CNJ: UNICEF, 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 9.603/2018**. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9603.htm. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 19 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.742**, de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL, 2011. **Lei nº 12.435**, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.431**, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.869**, de 05 de setembro de 2019. Dispõe sobre os crimes de abuso de autoridade; altera a Lei nº 7.960, de 21 de dezembro de 1989, a Lei nº 9.296, de 24 de julho de 1996, a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e a Lei nº 8.906, de 4 de julho

de 1994; e revoga a Lei nº 4.898, de 9 de dezembro de 1965, e dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13869.htm. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.321**, de 31 de março de 2022. Altera a Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019, para tipificar o crime de violência institucional. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14321.htm. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.344**, de 24 de maio de 2022. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, nos termos do § 8º do art. 226 e do § 4º do art. 227 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14344-24-maio-2022-792692-publicacaooriginal-165336-pl.html>. Acesso em: 29 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Parâmetros de atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência**. Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2020. Disponível em: http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2020/03/SUAS_garantia_direitos_crian%C3%A7as_adolescentes_vitimas_testemunhas_violencia.pdf.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). **Resolução CNAS nº 119**, de 4 de agosto de 2023. Aprova os parâmetros para a atuação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) na relação interinstitucional da rede socioassistencial com o Sistema de Justiça e outros Órgãos de Defesa e Garantia de Direitos. Brasília, DF: MDS/CNAS, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cn-as-n-119-de-4-de-agosto-de-2023-507754128>. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução CNAS nº 145**, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília, DF: MDS, 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2004/Resolucao%20CNAS%20n%C2%145-%20de%2015%20de%20outubro%20de%202004.pdf. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). **Nota Técnica nº 2**, de 11 de maio de 2016. Nota Técnica sobre a relação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e os órgãos do Sistema de Justiça. Brasília, DF: MDS/SNAS, 2016. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/nota_tecnica_120520016.pdf. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Brasília, DF: MDS, 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos (MDH). Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNDCA). Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Parâmetros de Escuta de Crianças e Adolescentes em Situação de Violência**. Brasília, DF: MDH/SNDCA, 2017. Disponível em: <https://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2017/08/Parametros-de-Escuta.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). **Resolução nº 109**, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: MDS/CNAS 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 29 dez. 2023.

CEZAR, José Antônio Daltoé. O depoimento especial de crianças e adolescentes no Judiciário: práticas tradicionais em cotejo com práticas não revitimizantes. In: GONÇALVES, Itamar Batista; SANTOS, Benedito Rodrigues. **Escuta protegida de crianças e de adolescentes vítimas ou testemunhas de violências**: aspectos teóricos e metodológicos: guia de referência para capacitação em escuta especializada e depoimento especial. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília; [São Paulo, SP]: Childhood Brasil, 2020. p.323-333.

CHILDHOOD BRASIL, SECRETARIA NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). **Guia de Escuta Especializada**: conceitos e procedimentos éticos e protocolares. Benedito Rodrigues dos Santos, Itamar Batista Gonçalves (organizadores). São Paulo e Brasília: Childhood Brasil: SNDCA, 2022 – 2023. 127p. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/acoes-e-programas/GuiaEscutaEspecializada_ConceitosProcedimentosProtocolares.pdf. Acesso em: 15 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Nota Técnica nº 001/2018/GTEC/CG sobre os impactos da Lei nº 13.431/2017 na atuação das psicólogas e dos psicólogos**. Orienta a não participação das(os) psicólogas(os) na inquirição de crianças por meio do depoimento especial. Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/NOTA-TECNICA-N%C2%BA-1_2018_GTEC_CG.pdf. Acesso em: 14 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Nota Técnica sobre a “escuta especializada” proposta pela Lei**

13.431/2017: questões para o Serviço Social. Brasília, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ (CRP-PR). **Nota Técnica CRP-PR 003-2018.** Orienta as(os) profissionais Psicólogas(os) sobre a atuação profissional em atendimento à Lei nº 13.431/2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Em Questão: evidências para políticas públicas. Nº 21. **Policy Brief**, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11636/1/EmQuestao_n21_Desmonte.pdf. Acesso em: 14 nov. 2023.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa.** São Paulo: Editora Melhoramentos, [2023]. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br>. Acesso em: 29 dez. 2023.

PROTOCOLO BRASILEIRO DE ENTREVISTA FORENSE COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS OU TESTEMUNHAS DE VIOLÊNCIA (PBEF). Benedito Rodrigues dos Santos, Itamar Batista Gonçalves, Reginaldo Torres Alves Júnior (orgs). São Paulo e Brasília: Childhood - Instituto WCF-Brasil: CNJ: UNICEF, 2020, 74p.

RIO GRANDE DO SUL. Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes (CEEVSCA/RS). Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH). **Relatório preliminar do mapeamento da rede de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes no RS.** Porto Alegre: SJCDH, 2022. Disponível em: <https://social.rs.gov.br/upload/arquivos/202212/20152538-relatorio-preliminar-mapeamento-ceedvsa-01dez22.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Polícia Civil. **Parecer técnico, nº 2**, de 05 de julho de 2021. Relator: Thiago Albeche. 2021.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos. Políticas públicas, rede de proteção e a escuta especializada de crianças e adolescentes em situação de violência. In: GONÇALVES, Itamar Batista; SANTOS, Benedito Rodrigues. **Escuta protegida de crianças e de adolescentes vítimas ou testemunhas de violências:** aspectos teóricos e metodológicos: guia de referência para capacitação em escuta especializada e depoimento especial. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília; [São Paulo, SP]: Childhood Brasil, 2020.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos; IPPOLITO, Rita. **Guia Escolar:** identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Seropédica, EDUR 2011.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência.** Renata Dejtari Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer (coordenação). Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%A2ncia_2018.pdf. Acesso em: 15 mar. 2024.

5. AS INFÂNCIAS E ADOLESCÊNCIAS COMO PRIORIDADE ABSOLUTA? O (DES)INVESTIMENTO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

*Alina Souza
Everton de Oliveira
Luísa Fernandes Cordeiro
Mariele Aparecida Diotti
Rosângela Machado Moreira*

1 INTRODUÇÃO

A atribuição de infâncias e adolescências como prioridade absoluta pressupõe, dentre outros aspectos, a prerrogativa de priorização do orçamento público para as políticas destinadas a proteger esses públicos. Conforme a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), no seu art. 4º, os Estados-parte devem adotar todas as medidas administrativas, legislativas e de outra natureza para que sejam efetivados os direitos previstos na convenção, incluindo a máxima aplicação dos recursos disponíveis em ações relacionadas aos direitos econômicos, sociais e culturais.

Na mesma esteira, o Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 4º, alínea d) estabelece, como uma das ações para a garantia da prioridade absoluta da proteção às infâncias e às juventudes, a destinação privilegiada de recursos públicos para esses grupos etários (Brasil, 1990). O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2022) destaca, mais recentemente, a importância da implantação e do monitoramento dos relatórios de gastos públicos para a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), mais especificamente, neste caso, a meta 16.2 — acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças.

O IPEA também desenvolveu, junto do Fundo das Nações Unidas (UNICEF), uma metodologia para classificação do gasto social com crianças e adolescentes no Brasil. Essa metodologia foi divulgada na “Nota Técnica: gasto social com crianças e adolescentes: descrição metodológica” (IPEA, 2022), a qual analisa os gastos sociais com crianças e adolescentes constantes no Orçamento Geral da União entre 2016 e 2019. De acordo com esse documento (IPEA, 2022, p. 6), os gastos sociais com crian-

ças e adolescentes estão agregados em duas grandes categorias: o orçamento da criança estrito, cujos programas, projetos e atividades são voltados exclusivamente para crianças e adolescentes; e o orçamento não exclusivo, que contempla as ações e os programas voltados para o público em geral, mas que também inclui a população de 0 a 18 anos incompletos. A soma desses dois grupos constituiu o Orçamento Ampliado para Crianças e Adolescentes.

Não obstante, a mensuração desses gastos envolve vários desafios, tanto no sentido de acesso aos dados quanto no de procedimentos metodológicos. Por ser uma agenda transversal, a análise requer abrangência das várias instâncias implicadas no atendimento dos direitos infantojuvenis. Além disso, para a acurácia do estudo, torna-se necessário ampliar o foco para além das ações específicas, contemplando também os programas e as estruturas que, de maneira indireta, reverberam no bem-estar e no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é discutir os gastos com ações, programas e políticas voltadas para crianças e adolescentes no Brasil e no Rio Grande do Sul. Para o caso nacional, a análise será realizada entre os anos de 2020 e 2023, com base nas análises do orçamento efetivamente gasto (liquidado e pago) com crianças e adolescentes do governo federal. Já para a situação do estado do Rio Grande do Sul, será realizada a análise dos Planos Plurianuais (PPA) de dois períodos subsequentes: o PPA para o período de 2020-2023 e para o período de 2024-2027.

Vale ressaltar que os casos nacional e estadual não são comparáveis entre si, e que isso nem será explorado no âmbito deste capítulo. As abrangências serão trazidas para efeito de informação, de acordo com cada nível de escala, mas a comparação será feita dentro de cada escala, isto é, a partir de uma análise da série histórica dos gastos federais em si e de uma análise comparativa do planejamento estadual isoladamente.

Inicialmente, será apresentado um esboço sobre o panorama histórico acerca das normativas nacionais e internacionais que estabelecem a proteção de crianças e adolescentes como prioridade absoluta, situando-o historicamente no delinear da conformação da proteção social brasileira e das disputas que demarcam o sistema de produção e reprodução social vigente. Na sequência, para compreender o (des)investimento nas políticas públicas de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, são apresentados os instrumentos de planejamento governamental previstos nas normas brasileiras, com destaque para os fundos da criança e do adolescente e para o orçamento criança e adolescente.

Apresentados os conceitos que serão a base temática abordada neste trabalho, será realizada uma discussão sobre os gastos sociais com crianças e adolescentes, com apresentação dos recursos efetivamente gastos pela União, entre 2018 e 2022, em políticas e ações relativas a crianças e adolescentes. Para tanto, foi realizada uma análise dos dados do Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas (SIGA Brasil), que é um painel do Senado Federal para acompanhamento do planejamento, empenho, execução e do pagamento do orçamento federal, tanto para o ano corrente como para os últimos cinco anos, isto é, até o ano de 2018. Para a compreensão do cenário no estado do Rio Grande do Sul, serão apresentados os gastos sociais com crianças e adolescentes entre 2020 e 2027, segundo os dois últimos Planos Plurianuais (PPA) aprovados pelo legislativo estadual.

Destaca-se que, no PPA, verificam-se os gastos planejados pelo poder executivo e aprovados pela Assembleia Legislativa, e não os gastos efetivamente executados. Desse modo, não há medida de comparação entre União e estado, tampouco esse é o objetivo. Por fim, serão apresentadas as considerações finais das análises e do estudo realizado.

2 DA IMPOSIÇÃO DE PRIORIDADE ABSOLUTA E SUA EFETIVAÇÃO: CONCEPÇÕES EM DISPUTA

Um dos instrumentos que alicerçam a doutrina da proteção integral em âmbito internacional é a Convenção sobre Direitos da Criança, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 1989, na qual líderes globais assumiram o compromisso de proteger e garantir os direitos de crianças e adolescentes nos diversos territórios. Ratificada por 196 países, a convenção buscou estabelecer uma perspectiva de participação, responsabilidade e protagonismo infantojuvenil. Isto é, conduziu um olhar às crianças e aos adolescentes não mais como pequenos adultos, tampouco como objetos cujo poder de decisão pertencia apenas aos seus pais, mas sim como sujeitos de direitos: cidadãos e cidadãs (Neto, 1999).

Como mencionado, o art. 4º da Convenção (ONU, 1989) refere-se à necessidade dos Estados-partes investirem, ao máximo, os recursos disponíveis e, quando necessário, buscarem cooperação internacional para a implementação dos direitos econômicos, sociais e culturais de crianças e adolescentes. A expressão “ao máximo” permite inferir a dimensão prioritária que o tratado propõe em relação ao orçamento público destinado a esse segmento da população.

No Brasil, conforme a Constituição Federal de 1988, art. 227 (Brasil, 1988), e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), art. 4º (Brasil, 1990), crianças e adolescentes são considerados sujeitos em situação peculiar de desenvolvimento, devendo ser protegidos pela família, pela sociedade e pelo Estado, com prioridade absoluta. No mesmo passo, é introduzida, no direito brasileiro, a Doutrina da Proteção Integral dos direitos de crianças e adolescentes.

A expressão “prioridade absoluta” corresponde ao artigo terceiro da Convenção de 1989, que trata do interesse superior da criança, o qual, em qualquer circunstância, deverá prevalecer. Com isso, seus direitos devem ser efetivados com prioridade absoluta no que concerne ao asseguramento dos seus direitos fundamentais. Isso representa que esses devem ter prioridade nos atendimentos em saúde, no acesso a educação, moradia e saneamento, no atendimento pela segurança pública, entre outras, além de primazia de receber proteção e socorro e destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas à proteção da infância e da juventude.

Apesar da pungência de duas normativas legais consagradas no campo jurídico, como a CF de 1988 e o ECA (1990), nos processos de trabalho realizados no âmbito dos serviços, poucas vezes a determinação de prioridade absoluta é efetivada. Por razões que perpassam os apelos públicos que pressionam pela proteção de outros grupos ou pessoas, seja pela extrema desigualdade social que atinge o nosso país ou pelo caráter clientelista e de capitania hereditária que ainda molda as relações e a política, crianças e adolescentes são preteridos na implantação e implementação das políticas e na destinação prioritária de recursos para a proteção dos seus direitos fundamentais.

Nesse sentido, cumpre evidenciar que, no aniversário de trinta anos da Convenção sobre Direitos da Criança, em 2019, documentaram-se a redução nas mortes de crianças menores de 5 anos em 50% (desde 1990) e a queda, pela metade, das crianças subnutridas (desde 1990). Contudo, contabilizaram-se 262 crianças e adolescentes fora da escola e tantos outros problemas persistentes (UNICEF, 2019).

No que tange especificamente à destinação prioritária de recursos públicos nas áreas relacionadas à proteção às infâncias e às juventudes, Digiácomo e Digiácomo (2020, p. 9) destacam a exigência de “adequação dos orçamentos públicos dos diversos entes federados às necessidades específicas da população infantojuvenil, através da previsão dos recursos indispensáveis à implementação de políticas básicas (art. 87, inciso I do ECA), políticas e programas de assistência social (art. 87, inciso II, do ECA) e programas de prevenção, proteção especial e socioeducativos (arts. 88, inciso III c/c 90; 101; 112 e 129, todos do ECA), com foco prioritário no atendimento de crianças,

adolescentes e suas respectivas famílias”. Como forma de tornar efetiva a priorização dos investimentos públicos na área de infância e adolescência, o Paraná, por meio da Resolução nº 14/2009 e da Instrução Normativa nº 36/2009, ambas do Tribunal de Contas do Estado, determinou a identificação das despesas com ações, programas e serviços voltados ao atendimento da população infantojuvenil em sede de previsão e execução orçamentárias, inclusive sob pena de desaprovação das contas prestadas. Além disso, o administrador público fica obrigado a destinar, no orçamento público, os recursos necessários à implementação das supramencionadas políticas públicas destinadas à garantia da plena efetivação dos direitos infantojuvenis assegurados pela lei e pela Constituição Federal, não podendo invocar seu suposto “poder discricionário” para privilegiar área diversa não amparada por semelhante mandamento constitucional.

A UNICEF aponta as debilidades no financiamento das políticas públicas orientadas à infância como uma das grandes causas dos índices ainda muito distantes de um nível satisfatório do alcance de direitos (UNICEF, 2019). No que tange à mensuração dos gastos com infância e adolescência, segundo o Comitê Espanhol da UNICEF (Garcimartín *et al.*, 2018), a América Latina é a região que mais se empenha no propósito de estabelecer métodos de medição dos referidos gastos públicos. Diante disso, advém a questão: no Brasil, mais especificamente no estado do Rio Grande do Sul, qual é a dimensão dos investimentos direcionados à infância e à adolescência dentro do orçamento público total? Isso é o que se aborda neste trabalho.

Com o exposto, antes de dar seguimento à discussão, é imperativo trazer, à cena, o chão histórico que delineia a conformação da proteção social brasileira e as disputas que demarcam o sistema de produção e reprodução social vigente, visto que a proteção às infâncias e adolescências situa-se em um sistema de proteção social. O ECA é fruto do processo latente vivenciado nas últimas duas décadas no século XX no Brasil, quando, em um processo de redemocratização, lideranças, movimentos sociais, políticos e sociedade em geral buscavam a consolidação de uma sociedade livre e com direitos sociais que possibilitassem condições dignas de vida aos cidadãos.

Com a CF de 1988, resultado desse processo, o Brasil reconhece seu papel fundamental na provisão do bem-estar da população, sendo responsável pela garantia de acesso aos direitos sociais. Não obstante, no cenário internacional, vivia-se o avanço das políticas neoliberais e do desmonte dos consensos que balizaram o *Welfare State*:

O século XXI se inicia com transformações profundas nas políticas sociais dos países de capitalismo central. Se não se pode falar em desmantelamento, é inegável que as reestruturações em curso seguem na direção de sua restrição, seletividade e focalização; em

outras palavras, rompem com os compromissos e consensos do pós-guerra, que permitiam o *Welfare State* (Behring; Boschetti, 2011, p. 134).

Pode-se afirmar que o Brasil, ao incorporar uma gama de direitos em uma constituição denominada cidadã, vivia um movimento inverso aos países de capitalismo central. Porém, a formação de dispositivos que poderiam efetivar as previsões legais foi diretamente alcançada pelos ditames internacionais.

Fagnani (2011, p. 25) aponta que “de meados da década de 1970 até 1988, caminhamos na contramão do mundo. Fomos salvos pelo momento político. O movimento social que lutava pela redemocratização queria acertar as contas com a ditadura”. Contudo, as políticas sociais brasileiras, desde 1990 até hoje, são delineadas pelas tensões entre as garantias (direitos) constitucionais e o processo de contrarreforma neoliberal (Behring; Boschetti, 2011).

Embora a formação da proteção social no Brasil inicie-se antes da CF de 1988, é a Carta Magna que reconhece a perspectiva de direitos universais que devem ser garantidos pelo Estado, por meio de políticas sociais públicas, a todos, sem distinções. Nessa perspectiva, adota-se o conceito de estado social para se referir “à regulação estatal das relações econômicas e sociais no capitalismo, que têm nas políticas sociais uma determinação central” (Boschetti, 2016, p. 23).

No sistema vigente de produção e reprodução social, a proteção social aos sujeitos e famílias, entre eles, crianças e adolescentes, possui uma contradição visceral, visto que é uma conquista da classe trabalhadora em uma perspectiva de melhores condições de sobrevivência, mas que também serve à manutenção do modo de produção capitalista. Ela assume a proteção dos sujeitos frente aos riscos naturais e/ou sociais que os afetam, mas também serve para a regulação das condições para que seja possível a reprodução da força de trabalho e a manutenção do capital (Couto *et al.*, 2012).

Ainda sobre a proteção social, considera-se pertinente evidenciar que, no Brasil, adota-se um viés familista, o qual apresenta uma intervenção em que as famílias são postas como responsáveis pela provisão do bem-estar de seus membros, mesmo que não possuam condições para a realização de tal proteção. A proteção depende da inserção desses na esfera mercantil, associada à renda e ao que conseguem, a partir dela, obter no mercado (Campos; Miotto, 2003). Ou seja, “configura-se como uma política que utiliza os recursos familiares até seu esgotamento e falência” (Diotti, 2018, p. 89).

Com isso, pode-se apreender que as famílias, mesmo inseridas em trabalhos precários, com baixos rendimentos, sob situações de violência e outras violações de direitos, precisam esgotar suas possibilidades de cuidado, mesmo que isso as leve a

situações de maior vulnerabilidade e aprofundamento de eventuais riscos, para que então o Estado possa ser chamado a intervir. Trata-se de uma orientação em que o direito é transmutado de universal para uma seletividade em que os sujeitos carecem de comprovar a situação de extrema necessidade para acessar o que é previsto no campo legal. Ao mesmo passo, conforme Pereira (2016), os conservadores ou neo-liberais/ neoconservadores imprimem, ao campo de discussão das políticas sociais, uma interpretação de que necessidades sociais¹ são preferências individuais (vícios, desejos, sonhos de consumo) que devem ser satisfeitas pelos próprios sujeitos através do mercado. Isso é feito com o objetivo de negar a possibilidade de atendimento das necessidades sociais pelas políticas públicas.

Todavia, as necessidades sociais devem ser concebidas de forma intimamente vinculada à noção de direitos, como condições para participação na sociedade e desenvolvimento, não apenas individual, mas também da coletividade. Sendo assim, “ultrapassa as demandas de sobrevivência, como alimentação e moradia, pois vai além: é o atendimento às necessidades que possibilitam o desenvolvimento crítico e autônomo dos sujeitos – algo que não é suprido no mercado ou relacionado às preferências individuais” (Diotti, 2018, p. 34).

Não se pretende, neste trabalho, aprofundar a discussão sobre a proteção social e suas contradições e as transfigurações que as políticas sociais vêm sofrendo, mas faz-se necessário introduzir a discussão sobre o Orçamento Criança e Adolescente, situando a conjuntura social e política em que este se insere. O (des)investimento realizado na proteção às infâncias e adolescências é resultado de posicionamentos e da defesa de projetos societários, assim como do entendimento sobre o papel do Estado, das famílias e da sociedade na provisão do acesso aos direitos, ao bem-estar social e aos resultados obtidos com a produção social.

3 PROCESSO ORÇAMENTÁRIO: INICIANDO A DISCUSSÃO

Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) reconheça, no campo legal, a prioridade absoluta que deve ser destinada à formulação, execução e destinação de recursos às políticas sociais públicas relacionadas à proteção das infâncias e adolescências, sabe-se que a constituição de atos normativos não garante, por

¹ Necessidades sociais “não podem ser equiparadas a uma simples e naturalizada carência individual, material ou biológica, e sim a direitos que mobilizam uma faculdade que só os seres humanos possuem: a capacidade de agir e exercitar o pensamento crítico” (Pereira, 2016, p. 60).

si só, que seus dispositivos sejam cumpridos e efetivados em sua totalidade. Sendo a política pública um espaço de disputa de interesses, concepções e de projetos societários, a definição de prioridades terá essas características como marca. Nesse sentido, para a discussão sobre (des)investimento nas políticas públicas de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, apresenta-se, como necessário, compreender os instrumentos de planejamento governamental previstos nas normas brasileiras.

Na atualidade, o modelo de planejamento governamental situa-se em duas bases, sendo elas “a Constituição Federal (CF), que determinou e conferiu contornos a três instrumentos de planejamento (PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA); e a reforma orçamentária de 2000, que buscava a integração entre plano, orçamento e gestão” (Santos, 2011, p. 312). O ciclo ou processo orçamentário deve obrigatoriamente contemplar a integração do PPA, da LDO e da LOA, que são leis temporárias, ordinárias e horizontalmente equiparadas (Fernandes; Souza, 2019), com iniciativa exclusiva do poder executivo e aprovação pelo legislativo de cada um dos três entes federados.

Os instrumentos mantêm encadeamento lógico e integração, partindo do PPA para a LDO e então para a LOA, em um sistema articulado. O primeiro é o instrumento mais abrangente, de médio prazo, com duração de 4 anos, que estabelece “de forma regionalizada, diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada” (Brasil, 1988, art. 165, § 1º). Pode-se dizer que o PPA realiza o planejamento estratégico, embora não seja de longo prazo (ENAP, 2017), apresentando a “declaração de intenções do Governo a serem realizadas na medida das disponibilidades orçamentárias futuras” (Fernandes; Souza, 2019, p. 73). Sua elaboração ocorre no primeiro ano de mandato do chefe do poder executivo, com validade desde o início do segundo ano. Nota-se que o instrumento ultrapassa o período de um mandato, fomentando a continuidade das políticas.

As políticas, programas, projetos e ações que ultrapassem um exercício financeiro (de 1º de janeiro a 31 de dezembro), para serem iniciados, devem necessariamente estar contemplados no PPA, sob pena de crime de responsabilidade. Nesse sentido, observa-se a importância do instrumento, que representa a heterogeneidade de realidades e desafios presentes no Brasil (União) e nos entes federados, pois abarca todas as áreas de atuação do poder público, além de ser o principal instrumento de organização governamental (Brasil, 2017).

Balizado nas macrodefinições contidas no PPA, de forma anual, o poder executivo deve propor a Lei de Diretrizes Orçamentárias, que compreenderá as metas e prioridades da administração pública, as diretrizes de política fiscal e respectivas metas, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (Brasil, 1988, art. 165, § 2º)². Pondera-se que a “LDO é a lei interposta e integradora entre o PPA e a LOA” (Brasil, 2017, p. 4).

Os instrumentos citados fornecem a base para a proposição da Lei Orçamentária Anual, que estima as receitas e fixa as despesas em determinado exercício financeiro, autorizando a realização de gastos públicos (Brasil, art. 165, §§ 5º e 8º). A Constituição Federal (Brasil, 1988) veda a realização de ações e gastos não previstos na Lei.

A programação orçamentária, por meio dos instrumentos, autoriza a realização de despesas, que podem ocorrer nas políticas de saúde, educação, habitação, obras e em outras. Todavia, não há uma obrigatoriedade de que tais previsões sejam concretizadas, com exceção das despesas obrigatórias, como serviço de dívida e pessoais, encargos sociais e benefícios da previdência social. Desse modo, para compreender as prioridades de um governo, devem-se analisar o orçamento previsto e o orçamento executado.

Cumprir evidenciar o conceito de ciclo ou processo orçamentário, por meio do qual, segundo o Tribunal de Contas da União (Brasil, 2017), realizam-se as atividades típicas de orçamento, passando desde sua concepção até a avaliação, sendo dinâmico, flexível e contínuo. O ciclo orçamentário ocorre, basicamente, por meio de quatro etapas: elaboração/planejamento da proposta orçamentária; discussão/estudo/aprovação da Lei de Orçamento; execução orçamentária e financeira; e avaliação/controle.

Não obstante, a existência de determinada demanda social ou problemática não garante a presença de recursos destinados ao planejamento e execução de políticas. Essa definição perpassa a formação da agenda pública, que é a relação de prioridades estabelecidas pelo governo que resultarão em ações públicas. “A agenda de políticas resulta de um processo pouco sistemático, extremamente competitivo, pelo qual se extrai, do conjunto de temas que poderiam ocupar as atenções do governo, aquelas questões que serão efetivamente tratadas” (Rua, 2009, p. 66). Esse processo é atravessado por disputas de interesses, negociações e mediações entre os agentes go-

² Segundo Fernandes e Souza (2019, p. 73), “coube à LDO o desdobramento dessas metas (qualitativas e quantitativas) ano após ano, estabelecendo prioridades de acordo com uma moldura da realidade fiscal e das disponibilidades financeiras projetadas, estabelecendo os limites possíveis dentro da ampla declaração de intenções contida no PPA”.

vernamentais e não governamentais, passando pela admissão das diferentes questões como um problema público, que carece de intervenção nessa perspectiva.

3.1 Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselhos de Direitos

Para compreender o Fundo da Criança e do Adolescente, é essencial entender seu lugar no orçamento público, sendo um fundo especial regido pelos artigos 71 a 74 da Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964 (Brasil, 1964), que estabelece as normas gerais para a elaboração e o controle do orçamento. Os fundos especiais devem ser constituídos por recursos direcionados exclusivamente para serviços e objetivos específicos delineados em suas leis de criação.

O Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente (FDCA) é um fundo público de modalidade especial, criado pelas Leis n. 8.069/90 (Brasil, 1990) e n. 8.242/91 (Brasil, 1991), conhecido também como FIA ou simplesmente como Fundo da Criança e do Adolescente. Sua criação é obrigatória na União, nos estados, no Distrito Federal e nos municípios, conforme estabelecido pelo ECA (Brasil, 1990, art. 88, IV). Suas receitas, provenientes de orçamentos públicos, de doações de pessoas físicas ou jurídicas e de outras fontes, estão vinculadas a serviços, programas ou projetos voltados a crianças e adolescentes, conforme estabelecido na Constituição Federal (Brasil, 1988) e no ECA (Brasil, 1990).

Dessa forma, cabe, aos fundos, o financiamento de ações que protejam crianças e adolescentes contra todo tipo de violências e violações de direitos e que promovam o acesso desse público aos direitos fundamentais definidos no ECA: vida e saúde; liberdade, respeito e dignidade; convivência familiar e comunitária; educação, cultura, esporte e lazer; e profissionalização e proteção. Sua gestão, a definição sobre a utilização dos respectivos recursos e a análise do plano de aplicação é uma atribuição dos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, que são espaços privilegiados para o controle da destinação dos recursos públicos à população infantojuvenil.

Segundo o inciso II do art. 204 da CF (Brasil, 1988) e o inciso II do art. 88 do ECA (Brasil, 1990), os Conselhos dos Direitos são órgãos colegiados deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal. Assim, não compete, ao Conselho, a execução ou ordenação dos recursos do Fundo, e sim ao órgão público ao qual se vinculam a ordenação e execução administrativa desses recursos.

Contudo, os Conselhos de Direitos, assim como diversos outros coletivos de Controle Social Democrático, por vezes, mostram-se fragilizados e sucateados, sendo até mesmo inexistentes em alguns municípios. Também no discurso social, inclusive de agentes públicos, esses espaços são desqualificados, estigmatizados como locais de intenso debate e pouca incidência na implantação ou implementação das políticas públicas de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes.

Como em qualquer coletivo (e também reproduzindo, nos pormenores dos microsistema, a dinâmica das relações e interesses que regem a sociedade brasileira), há disputas entre as diversas instituições que compõem os Conselhos e buscas por garantir os próprios interesses em detrimento dos interesses dos demais órgãos. Essa disputa acirra-se entre o poder público e a sociedade civil, estabelecendo-se uma espécie de disputa de caráter civilizatório, onde o primeiro defende e busca aprovar as suas pautas, enquanto o segundo, que entende o poder público (apresentado e representado pelo Estado, que contém, em sua essência, o caráter classista burguês) como um setor privilegiado, mobiliza-se, por exemplo, para não destinar recursos dos fundos para ações dos órgãos públicos, garantindo-os para si próprio, com a alegação do grande sucateamento histórico das organizações da sociedade civil, que, de fato, encontra respaldo na realidade.

As disputas, produtoras até certo ponto, podem trazer prejuízos não apenas para as instituições representativas tanto do setor público quanto da sociedade civil, mas, principalmente, fragilizam os tensionamentos e o monitoramento das políticas públicas de proteção dos direitos e de enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes. Além disso, os Conselhos de Direitos, nas três esferas (municipal, estadual ou federal), embora não se vinculem a partidos ou governos específicos, ficam vulneráveis às trocas governamentais, sofrendo verdadeiras destruições a depender da governança no poder.

Todos esses fatores contribuem para a inaptidão dos Conselhos de Direitos de exercerem as suas atribuições constitucionalmente determinadas e para a eficiência na defesa e na efetivação dos direitos e das garantias da criança e do adolescente. Por sua vez, fica fragilizado o raciocínio de que, além da escola, da família e de outros espaços adequados para o seu desenvolvimento, lugar de criança seja nos orçamentos públicos, cumprindo-se o princípio constitucional da prioridade absoluta no que tange à preferência na formulação e execução das políticas públicas e à destinação privilegiada de recursos para a área (art. 4º, par. único, alíneas 'c' e 'd', da Lei n. 8.069/1990), conforme apregoado por Digiácomo e Digiácomo (2020).

3.2 O orçamento para crianças e adolescentes no Brasil

O Orçamento Criança e Adolescente (OCA) identifica quais políticas públicas destinadas a crianças e adolescentes integram o orçamento público, sendo avaliado por diversas metodologias de apuração e análise. Este projeto de monitoramento dos gastos do OCA encontra respaldo legal no art. 227 da Constituição Federal de 1988 e no art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), alinhado também ao art. 4º da Convenção Internacional sobre os Direitos das Crianças.

O propósito do OCA é verificar se a prioridade absoluta da criança e do adolescente na agenda governamental está sendo efetivamente cumprida. Ao dispor das informações orçamentárias, torna-se possível influenciar o processo orçamentário, além de monitorar e dar visibilidade à execução do OCA. Esse monitoramento subsidia estratégias para fortalecer o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente e para promover a implementação de políticas públicas alinhadas às metas prioritárias para essa população.

A participação ativa dos conselhos dos direitos no processo de elaboração das leis orçamentárias no executivo e nas discussões legislativas é crucial. Os conselheiros devem estar atentos aos prazos para inserir suas demandas políticas e necessidades na agenda governamental. As ações de monitoramento do gasto público fortalecem o controle social, permitindo a identificação de desvios e de descumprimento de prioridades e a responsabilização na execução dos gastos. Diante de irregularidades, os conselhos dos direitos e tutelares podem buscar parcerias com órgãos como o Ministério Público e o Tribunal de Contas para investigar denúncias e responsabilizar o poder público. A atuação dos conselhos sobre o orçamento público pode assegurar a aplicação efetiva dos investimentos em prol dos direitos de crianças e adolescentes. Apesar de o Fundo estar diretamente vinculado ao conselho dos direitos, destaca-se a importância de os conselheiros tutelares compreenderem as principais características relacionadas à aplicação e à fiscalização dos recursos destinados a crianças e adolescentes.

4 DISCUSSÃO: GASTOS SOCIAIS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL E NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Os investimentos em políticas para crianças e adolescentes no Brasil possuem um período de inflexão, abordado na seção anterior, que se refere à aprovação do ECA em 1990. Como mencionado anteriormente, o período que precede a sua aprovação foi

marcado por uma ampla mobilização da sociedade civil, em quase todas as áreas que afetam a vida da população, na qual o direito de crianças e adolescentes ganhou uma tônica especial, vistos a transversalidade e o perfil estratégico para a consolidação dos direitos no país. Assim, a reformulação das políticas de saúde, assistência social, educação e cultura afeta significativamente o desenvolvimento de crianças e adolescentes, o que faz que, na construção do orçamento do poder público, a agenda de infâncias e adolescências venha a compor os gastos das mais distintas secretarias ou pastas ministeriais. Por isso, O UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), em parceria com o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), desenvolveu uma metodologia que identifica a alocação de recursos públicos da União para primeira infância, crianças e adolescentes no Brasil, que podem ser verificados como “gastos sociais com crianças e adolescentes”, que reúnem os gastos nas mais distintas áreas do orçamento federal, podendo ser acessados no portal SIGA Brasil, do Senado Federal (Brasil, 2024).

Conforme estabelecido na Constituição de 1988 (Brasil, 1988), a responsabilidade pelo financiamento das políticas voltadas para a criança e o adolescente deve ser compartilhada entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Contudo, a efetiva implementação desse modelo enfrenta significativos desafios. Em primeiro lugar, o financiamento compartilhado deve ser orientado por planejamentos integrados, delineando ações prioritárias e metas a serem atingidas em períodos específicos. Lamentavelmente, as iniciativas de planejamento ainda são frequentemente isoladas e não servem como base para a distribuição equitativa dos recursos destinados às políticas sociais.

Outra questão relevante relacionada ao financiamento é a inclusão, no custo de uma ação, de recursos provenientes da União, do estado e do município. Dadas as problematizações até o corrente trabalho, entende-se que, em realidade, é uma ocorrência rara, sendo mais comum observarmos sobreposição de ações do que um verdadeiro equilíbrio no financiamento. Um ponto crucial na discussão sobre o financiamento de políticas sociais é a existência de fundos específicos. Esses fundos desempenham um papel essencial na democratização do financiamento, uma vez que a alocação de seus recursos requer aprovação de um conselho com composição paritária. Dessa forma, a sociedade civil e o governo colaboram na definição da destinação dos recursos, proporcionando maior transparência no planejamento e execução financeira.

Para monitorar de perto o financiamento das políticas sociais, é essencial que o conselho dos direitos de crianças e adolescentes esteja ciente do orçamento destinado a cada área, diferenciando os valores designados para transferência intergovernamental daqueles provenientes do próprio orçamento. No âmbito da atenção aos direi-

tos das juventudes, essa tarefa demanda conhecimento de diversas políticas setoriais e a colaboração com os conselhos que supervisionam essas políticas. Os conselhos tutelares, por sua vez, precisam compreender a realidade local para orientar a destinação de recursos destinados à implementação das políticas sociais públicas. Essa função desempenha um papel fundamental na garantia de que os direitos de crianças e adolescentes sejam respeitados e priorizados pelo poder público. Portanto, é crucial que haja uma articulação eficaz entre o conselho tutelar e o conselho dos direitos.

4.1 Os gastos sociais com crianças e adolescentes no Brasil entre 2018 e 2022

Considerando-se o que foi exposto anteriormente a respeito da composição do orçamento voltado para crianças e adolescentes no Brasil, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em parceria com o Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA), construiu uma ferramenta para agregar todos os gastos relativos a crianças e adolescentes que são alimentados no Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas (SIGA Brasil), painel do Senado Federal para acompanhamento do planejamento, empenho, execução e pagamento do orçamento federal, para o ano corrente e para os últimos cinco anos, isto é, até o ano de 2018.

Os gastos sociais³ incluem os orçamentos comprometidos com educação, desenvolvimento social, saúde, habitação, saneamento e esporte, além de auxílios sociais emergenciais ou de prestação continuada. Nesta seção, vamos considerar as três primeiras áreas (educação, desenvolvimento social e saúde), que, em 2023, corresponderam a 84,84% dos gastos sociais com crianças e adolescentes. Ao todo, os gastos efetivamente pagos em 2023 somam uma quantia significativa de R\$ 662,3 bilhões, em um universo, também considerável, de orçamento efetivo de R\$ 3,3 trilhões, correspondendo a 19,96% do orçamento federal (Brasil, 2024). Contudo, a divisão do valor total entre as áreas não é igual e muito menos proporcional, o que nos coloca algumas questões que serão aqui abordadas.

Em primeiro lugar, há que se considerar o histórico comparativo entre os anos. Entre 2018 e 2021, houve uma variação considerável no valor global no montante efetivamente gasto com crianças e adolescentes, variando de R\$ 91,1 bilhões, em 2018,

³ Para um melhor entendimento sobre a metodologia adotada para definir o que foi agregado como “gastos sociais com crianças e adolescentes”, veja IPEA (2022).

⁴ O gasto social com crianças e adolescentes em 2018 foi apresentado no portal SIGA, ainda sem a revisão ocorrida em 2024. Isso significa que o valor para 2018 não partiu da mesma metodologia utilizada para o restante da série histórica.

para R\$ 512,8 bilhões, em 2021. Há de se notar um aumento considerável de 23,48% dos gastos sociais com criança e adolescente em 2022, no qual grande parte do montante adveio da transferência de renda relativa aos benefícios e auxílios do Programa Auxílio Brasil, R\$ 176,2 bilhões, assim como ocorreu em 2023.

Apesar disso, os gastos com saúde destacaram-se, ficando em primeiro lugar no que se refere aos gastos sociais com crianças e adolescentes em 2023. Em 2022, os gastos com desenvolvimento social foram maiores em relação aos demais, em que os gastos com saúde foram superiores⁵. A começar pelos gastos relativos à educação, que teve um orçamento menor em comparação à saúde e ao desenvolvimento social, o valor efetivamente pago em 2023 foi de R\$ 45,7 bilhões, com as seguintes destinações principais:

Tabela 1 – Gastos com educação

Ação ajustada	Pago
COMPLEMENTAÇÃO DA UNIÃO AO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO (FUNDEB)	69,7 bi
PRODUÇÃO, AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE LIVROS E MATERIAIS DIDÁTICOS E PEDAGÓGICOS PARA EDUCAÇÃO BÁSICA	4,9 bi
DINHEIRO DIRETO NA ESCOLA PARA A EDUCAÇÃO BÁSICA	3 bi
CONCESSÃO DE BOLSAS DE APOIO À EDUCAÇÃO BÁSICA	2,2 bi
APOIO AO TRANSPORTE ESCOLAR NA EDUCAÇÃO BÁSICA	1,7 bi
APOIO À INFRAESTRUTURA PARA A EDUCAÇÃO BÁSICA	1,2 mi
APOIO À IMPLANTAÇÃO DE ESCOLAS PARA EDUCAÇÃO INFANTIL	813,2 mi
APOIO À MANUTENÇÃO DA EDUCAÇÃO INFANTIL	648,7 mi
REESTRUTURAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DA REDE FEDERAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA	172 mi
APOIO À CAPACITAÇÃO E FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA PARA A EDUCAÇÃO BÁSICA	160,1 mi

Fonte: Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas (SIGA Brasil).

Já os gastos com desenvolvimento social, na maioria dos casos, ocuparam a segunda colocação dentre os gastos sociais com crianças e adolescentes, com exceção notória do ano de 2021. Em 2018, dos R\$ 91,1 bilhões gastos com crianças e adolescentes no Brasil, R\$ 28,7 bilhões (31,49%) foram utilizados no “alívio à pobreza e assistência social”, segundo a classificação da plataforma SIGA.

⁵ É importante notar que 2020 foi o primeiro ano de enfrentamento da pandemia de covid-19 no Brasil, no qual os gastos relacionados ao enfrentamento da pandemia e, em especial, os voltados para crianças e adolescentes alcançaram um valor de R\$ 94,6 bilhões.

Já em 2019, dos R\$ 268,2 bilhões utilizados com crianças e adolescentes, R\$ 66,9 bilhões (24,95%) foram gastos também no “alívio à pobreza e assistência social”. Em 2020, os gastos destinados a essa mesma categoria alcançaram R\$ 52,9 bilhões (22,17%), o menor valor nominal da série histórica aqui analisada, em um orçamento em que os gastos sociais com crianças e adolescentes, no mesmo período, foram igualmente os menores⁶, alcançando um valor de R\$ 238,7 bilhões (uma redução de 11% em relação a 2019).

Em 2021, gastou-se com “alívio à pobreza e assistência social” R\$ 115,8 bilhões (22,58%), e, em 2022, atingiu-se o maior valor nominal e percentual, quando tais gastos chegaram a R\$ 264,3 bilhões (39,44%), o qual, em grande parte, decorreu de transferências de renda relativas aos benefícios e auxílios do Programa Auxílio Brasil. Em 2023, o desenvolvimento social teve um orçamento efetivamente pago de R\$ 231,8 bilhões, especialmente com as seguintes destinações:

Tabela 2 — Gastos com desenvolvimento social

Ação ajustada	Pago
TRANSFERÊNCIA DE RENDA RELATIVA AOS BENEFÍCIOS E AUXÍLIOS DO PROGRAMA AUXÍLIO BRASIL (LEI Nº 14.284, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2021)	127 bi
BENEFÍCIOS DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) À PESSOA COM DEFICIÊNCIA E DA RENDA MENSAL VITALÍCIA (RMV) POR INVALIDEZ	90,8 bi
AUXÍLIO GÁS DOS BRASILEIROS	7,2 bi
AÇÕES DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	2,9 bi
ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)	1,3 bi
AÇÕES DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL	1,3 bi
DESENVOLVIMENTO INTEGRAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA — CRIANÇA FELIZ	697,4 mi
APOIO AOS ENTES FEDERADOS, POR MEIO DO ÍNDICE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA DO PROGRAMA AUXÍLIO BRASIL — IGD - PAB	280,7 mi

Fonte: Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas (SIGA Brasil).

Por fim, os gastos relativos à saúde, no que toca os gastos sociais com crianças e adolescentes, ocuparam a primeira posição no total do montante efetivamente pago, sendo a área que mais variou sua participação no valor global entre 2018 e 2023. Em 2018, dos R\$ 91,1 bilhões usados com crianças e adolescentes no Brasil, R\$ 26,9 bilhões (29,5%) foram gastos na saúde, segundo a classificação da plataforma SIGA. Já em 2019, os gastos com saúde alcançaram R\$ 108 bilhões (40,26%) do total dos

⁶ Tudo isso é dito considerando-se a particularidade para os dados do ano de 2018, conforme a nota 1.

gastos sociais com crianças e adolescentes. Em 2020, primeiro ano de enfrentamento à covid-19 no Brasil, os gastos com saúde chegaram ao valor efetivamente pago de R\$ 102,2 bilhões (42,82%). Em 2021, tais gastos chegaram a R\$ 246,2 bilhões (48,00%), e, em 2022, a R\$ 264,3 bilhões (39,44%). Já em 2023, a saúde teve um orçamento efetivamente pago de R\$ 241,9 bilhões (36,52%), especialmente com as seguintes destinações:

Tabela 3 – Gastos com saúde

Ação ajustada	Pago
ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	117,9 bi
PISO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	37,3 bi
INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL PARA CUMPRIMENTO DE METAS	12,5 bi
INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DE METAS	12 bi
AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	6,9 bi
AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	5,6 bi
PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA	4 bi
PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO	3,1 bi

Fonte: Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas (SIGA Brasil).

4.2 Os gastos sociais com crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul entre 2020 e 2027 segundo o Plano Plurianual

Quando a análise é direcionada para os gastos sociais com crianças e adolescentes no estado do Rio Grande do Sul, não há uma ferramenta como a SIGA, que permite agregar temas em relação ao valor efetivamente pago, a partir da metodologia desenvolvida por IPEA e UNICEF. Assim, uma possibilidade de agregar um tema transversal como crianças e adolescentes é oferecida pela análise do Plano Plurianual (PPA), especialmente nas suas duas últimas publicações, que envolvem os anos de 2020 a 2023, e de 2024 a 2027. Assim, é importante notar uma diferença importante em relação à análise dos gastos federais: no PPA, estamos tratando de gastos planejados pelo poder executivo e aprovados pela Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, e não de gastos efetivamente executados e/ou pagos. Não há medida de compa-

ração, portanto, entre ambas as realidades a partir das ferramentas disponíveis para a escrita deste trabalho. Ainda assim, vale notar alguns breves apontamentos que saltam aos olhos na análise do PPA de ambos os períodos (2020-2023; 2024-2027).

O primeiro deles é que, quando abordados os gastos transversais planejados para crianças e adolescentes, trata-se igualmente de gastos ampliados, isto é, de gastos que envolvem, de alguma forma ou de outra, crianças e adolescentes, como gastos gerais em saúde, que envolvem todas as pessoas, inclusive crianças e adolescentes. Contudo, no PPA, não são considerados gastos administrativos quando se está tratando especificamente de uma “agenda transversal”, isto é, de uma agenda que envolva mais de uma secretaria ou órgão de estado, como é o caso de crianças e adolescentes. Esses gastos estão inseridos em uma especificação, que são os “programas temáticos”, que são ações finalísticas para a população, que não consideram gastos administrativos do estado (Rio Grande do Sul, 2023).

Feitas essas ressalvas, o primeiro fator a saltar aos olhos quando comparados os dois PPAs aqui analisados é que, enquanto o PPA 2020-2023 teve um valor global de pouco mais de R\$ 70 bilhões ao longo de 4 anos para todos os programas temáticos, apenas pouco mais de R\$ 656 milhões eram destinados para iniciativas voltadas para crianças e adolescentes, o que representa 0,93% do planejamento. Nesse universo, a maior parte do valor estava alocada para a Secretaria de Estado da Saúde (SES), que possuía um planejamento de pouco mais de R\$ 336 milhões (51,21%) para iniciativas voltadas para crianças e adolescentes (ressalta-se que isso ocorre dentro de uma perspectiva ampliada). Em seguida, a Secretaria de Sistemas Penal e Socioeducativo (SSPS) possuía um planejamento de pouco mais de R\$ 248 milhões (37,8%).

É interessante notar que a Secretaria de Educação (SEDUC) tinha um investimento planejado de pouco mais de R\$ 459 mil para o PPA 2020-2023, o que entra diretamente na nota que fizemos no parágrafo anterior: valor planejado não é valor efetivamente gasto. Além disso, a responsabilidade de indicar a agenda transversal na construção do PPA cabe a cada secretaria e órgão de estado, o que leva, muitas vezes, essa informação a ser desconsiderada no projeto final. Se for considerado o orçamento planejado global da SEDUC, tem-se um valor de mais de R\$ 37 bilhões ao longo de 4 anos.

Já para o PPA 2024-2027, que foi construído ao longo de 2023 para o planejamento dos próximos 4 anos do governo do estado, o valor global planejado para iniciativas voltadas para crianças e adolescentes, dentro da perspectiva da agenda transversal, cresceu percentualmente mais de 10 vezes em relação ao período anterior, representando 10,29% do valor planejado para os programas temáticos, somando um

valor nominal de mais de R\$ 6 bilhões. Esse pode ser um aumento real, relativo a uma maior ênfase a iniciativas voltadas para crianças e adolescentes neste novo ciclo de governo (2023-2026), mas pode representar, também, uma maior atenção das secretarias e órgãos de governo no preenchimento da agenda transversal na construção do PPA. Dentro desse universo global, isso fica mais evidente quando é observado que a SEDUC, ao contrário do PPA 2020-2023, foi a secretaria que mais destinou verbas para crianças e adolescentes neste novo ciclo de planejamento, com um valor de pouco mais de R\$ 4 bilhões (66%). Em seguida, temos o Gabinete do Vice-Governador (GVG), com um valor planejado de R\$ 1,4 bilhões (23%), sendo seguido pela SSPS, com um valor de pouco mais de R\$ 228 milhões.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicia-se essa conclusão reforçando a dificuldade de acesso aos dados para realizar o objetivo central deste capítulo. Problematisa-se o quão caro se torna esse tema para aqueles que não estão dentro dos espaços de trabalho onde se encontra a produção desses dados. Munir-se de informação orçamentária é conhecimento e permite prospectar possibilidades para transformação da realidade. Assim sendo, é obrigação ética que esses dados estejam cada vez mais próximos da população, que, por sua vez, tem sua vida cada vez mais precarizada em todas as esferas. Vai-se, assim, do sonho ao concreto.

A partir desta produção textual, é possível compreender os papéis e as disputas civilizatórias que se apresentam no campo das relações sociais e suas representatividades de forma organizada. Ou seja, é o confronto de ideias entre as necessidades e os direitos da sociedade civil e o papel do Estado, que possuem entendimentos distintos sobre as políticas sociais e sobre a proteção de crianças e adolescentes.

Esses são historicamente antagônicos, e, com o advento do capitalismo, as concepções acerca dos direitos acabam, por fim, passando por um processo de esvaziamento do seu conceito original. Ou seja, deixou-se de se compreender os direitos sociais e as políticas sociais como protoformas para acesso à cidadania e às condições de sobrevivência e passou-se a interpretá-los por uma lógica mercantil e valorativa, desconectando-os do seu sentido ontológico. Essa nova roupagem foi atestada pelo Estado, que, no contexto atual, está cada vez menos participativo, transferindo, para o terceiro setor e para a sociedade civil, a responsabilidade de gestão das políticas. Em síntese: uma vez que são transferidas as responsabilidades de planejar, executar

e avaliar, possibilita-se a criação de critérios de acesso que não precisam necessariamente estar balizados nos marcos e documentos legais.

É importante ressaltar que os princípios e as diretrizes firmados por líderes globais durante a Convenção sobre Direitos da Criança, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), são construídas dentro do contexto das políticas neoliberais. Assim, são as primeiras a serem (des)financiadas, o que é possível de se comprovar dentro dos números apresentados neste trabalho. Na análise do cenário estadual, nota-se que existe uma preocupação (intencionalidade) superior com o investimento no sistema penitenciário do que na educação (SEDUC), o que rumo para uma afirmação inquietante: as “políticas públicas” que estão sendo propostas possuem um caráter policialesco que se sobreporiam às políticas de proteção. De todo modo, é importante ressaltar que essas análises estão baseadas no período temporal do PPA de 2020-2023.

Um dos princípios essenciais do Sistema de Garantia de Direitos proposto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente é a participação da sociedade na elaboração e na execução das políticas públicas relacionadas às infâncias e às adolescências. Essa participação envolve, sobretudo, vigilância dos investimentos, e esse controle só pode ser feito através da publicação de dados por parte dos governos. Através da transparência do orçamento público, afere-se o grau de priorização dirigida a cada setor dentro da agenda governamental. Gastos com crianças e adolescentes atravessam setores, então faz-se necessária uma análise que envolva várias categorias.

Embora exista todo o empenho da UNICEF para estabelecer parâmetros que possam facilitar a comparação entre países no que tange às despesas públicas centradas em crianças e adolescentes, observa-se que as distintas abordagens metodológicas nacionais trazem resultados dificilmente comparáveis. Ainda não é possível criar uma tabela que reflita, sem distorções, os valores investidos nas infâncias e nas adolescências em escala global porque tais valores resultam de critérios não homogêneos (Garcimartín *et al.*, 2018, p. 14-15).

No Brasil, a ferramenta SIGA dispõe, de forma pública, os valores efetivamente investidos pela União no que tange a crianças e adolescentes. Já no Rio Grande do Sul, inexistente uma plataforma semelhante ao SIGA, e a agenda transversal relativa à infância e à adolescência só pode ser obtida avaliando-se os PPAs — o que faz com que a percepção da construção de políticas sociais que realmente atendam as necessidades de crianças e adolescentes seja uma missão quase impossível. Afinal, como já salientado, o processo de avaliação de PPAs exige que os dados estejam disponíveis à sociedade civil.

Por fim, através da análise do orçamento público, é possível verificar quais são as prioridades efetivas de um governo, e se essas encontram-se em consonância com as necessidades da sociedade. Compreender os instrumentos e as leis que integram o ciclo orçamentário é deter o poder de articulação e de pressão para incorporação de previsões orçamentárias relacionadas ao enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes e sua execução. Ademais, a efetiva participação social pressupõe esse conhecimento.

REFERÊNCIAS

- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOSCHETTI, I. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.
- BRASIL. [(Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 out. 2023.
- BRASIL. **Lei N° 4.320**, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, DF: Presidência da República, [1982]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm. Acesso em 2 fev. 2024.
- BRASIL. **Lei n° 8.069**, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 19 out. 2023.
- BRASIL. Senado Federal. **Consultoria de orçamentos e Prodasen**. Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas (SIGA Brasil). Brasília, DF: Senado Federal, [2024]. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/orcamento/sigabrasil>. Acesso em 2 jan. 2024.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Instituto Serzedello Corrêa Escola. **Gestão orçamentária e financeira**. TCU, 2017.
- CAMPOS, M. S.; MIOTO, R. C. T. **Política de assistência social e a posição da família na política social brasileira**. Revista Ser Social, Brasília, n. 12, 2003.
- COUTO, B. R. et al. Proteção social e seguridade social: A constituição de sistemas de atendimento às necessidades sociais. In: GARCIA, M. L. T.; COUTO, B. R.; MARQUES, R. M. (orgs). **Proteção Social no Brasil e em Cuba**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.
- DIGIÁCOMO, Murillo José; DIGIÁCOMO, Ildeara Amorim. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2020, 8ª Edição.
- DIOTTI, Mariele Aparecida. **Histórias de vida**: (des) proteções sociais vivenciadas pelos familiares de Crianças e adolescentes em acolhimento institucional. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social, Porto Alegre, 2018.
- ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). **Introdução ao Orçamento Público**. In: Entendendo o Orçamento Público. Módulo 1. Brasília: ENAP, 2017. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3167/1/Modulo%201%20-%20Entendendo%20o%20Orçamento%20Publico.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2024.
- FAGNANI, E. **A política social do Governo Lula (2003-2010)**: perspectiva histórica. Texto para Discussão. Campinas: IE/ UNICAMP, n. 192, jun. 2011.
- FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo; SOUZA, Thiago Silva. **Ciclo orçamentário brasileiro**. Brasília: ENAP, 2019. 137 p.
- GARCIMARTÍN, Carlos et. al. **Medición de la inversión presupuestaria en la infancia**: Propuesta metodológica y primeros resultados en España. Documento de trabajo. Madrid: UNICEF Comité Español, 2018.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Gasto social com crianças e adolescentes: descrição metodológica. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA/Diretoria de Estudos e Políticas Sociais – DISOC. **Nota Técnica n° 101**. Brasília,

maio de 2022.

NETO, Wanderlino Nogueira. A convenção internacional sobre o direito da criança e a busca do equilíbrio entre proteção e responsabilização. In: Cabral, E. A. (Org.). **Sistema de Garantia de Direitos**: um caminho para a proteção integral. Recife: Cendhec, 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os direitos da criança**. [Genebra]: Assembleia Geral da ONU, 1989. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 17 jan. 2024.

PEREIRA, C. P. **Proteção social no capitalismo**: crítica a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 16.005**, de 2023. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o quadriênio 2024-2027 e dá outras providências. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2023. Disponível em: <https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/202311/28174037-lei-16-005-1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Marco metodológico do Plano Plurianual 2024-2027**. Porto Alegre, 2023.

RUA, Maria das Graças. Políticas públicas. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009.

SANTOS, Eugênio Andrade Vilela dos. O confronto entre o planejamento governamental e o PPA. In: CARDOSO JR., José Celso (Org.). **A reinvenção do planejamento governamental no Brasil**. Brasília: IPEA, 2011. v.4. 517 p.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas. **Para cada criança e adolescente, todos os direitos**: 30º aniversário da Convenção sobre os Direitos da Criança. [Nova Iorque]: Fundo das Nações Unidas, UNICEF, 2019. <https://www.unicef.org/brazil/convencao-direitos-da-crianca-30-anos>. Acesso em: 19 jan. 2024.

6. CAMINHOS DEMOCRÁTICOS E PARTICIPATIVOS PARA O PLANEJAMENTO E A ESTRUTURAÇÃO DOS COMITÊS E DOS PLANOS MUNICIPAIS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

*Mariele Aparecida Diotti
Silvia da Silva Tejedas*

1 INTRODUÇÃO

A Lei nº 13.431/2017 estabeleceu o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente Vítima ou Testemunha de Violência, passando seu texto a ser incorporado ao Estatuto da Criança e do Adolescente. A legislação teve, como foco específico, a(s) violência(s) praticada(s) contra crianças e adolescentes, também estendendo seu olhar para as testemunhas. Na sequência, o Decreto Presidencial nº 9.603/2018 regulamentou a lei, descrevendo, de forma minuciosa, elementos para a sua implementação. Nesse compasso, o presente capítulo propõe-se a explorar uma das estruturas previstas no decreto, que é a constituição do **Comitê Municipal de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência**, bem como o **Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**, decorrente do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (Brasil, 2013, grifos nossos).

Note-se que, desde a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, desenrola-se uma caminhada para o desenho de políticas públicas atentas à integração e à transversalidade preconizadas pelo Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes. Nesse processo, diversas dimensões das violações dos direitos de crianças e adolescentes foram descortinadas, entre as quais a da violência sexual. Ao longo do desenvolvimento e do amadurecimento do entendimento acerca do fenômeno da violência e suas manifestações, o escopo foi sendo ampliado, e identificou-se a interconexão entre as formas de violência, como sexual, física, psicológica e

institucional, ao ponto em que a Lei nº 13.431/2017 traz um conjunto de violências e as designa, bem como agrega a testemunha como igualmente violada em seus direitos.

Nesse diapasão, chamam atenção os dados colhidos no Relatório Preliminar do Mapeamento da Rede de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes no RS (Rio Grande do Sul, 2022a). Segundo o relatório, apenas 15,6% (45) dos 288 municípios que responderam ao levantamento contam com um Comitê Municipal de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência. Quanto ao Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, o indicador é ainda mais crítico, pois apenas 8% (23) dos municípios afirmaram ter elaborado seu plano, sendo que essa demanda está posta às redes intersetoriais municipais desde o ano de 2002.

Para fins de contribuir com o trabalho das redes intersetoriais dos municípios, o presente capítulo discute, em linhas gerais, os fundamentos do controle social democrático das políticas de atenção a crianças e adolescentes e sua conexão com os processos de planejamento, monitoramento e avaliação. Na sequência, busca-se alcançar elementos teórico-práticos sobre organização, estrutura e funcionamento dos comitês e estratégias para a consecução de planos que dialoguem com a realidade socioterritorial dos municípios gaúchos.

Para tanto, o capítulo está organizado em três sessões. Na primeira, é explorado o traçado dos processos democráticos e participativos instituídos, a partir da Constituição Federal de 1988, e suas implicações para o planejamento, monitoramento e a avaliação das políticas de atenção às crianças e aos adolescentes. A segunda parte aborda a constituição dos Comitês Municipais em consonância com as realidades locais e, em especial, com os portes dos municípios. Na terceira, são examinadas as estratégias de organização dos processos de planejamento para a elaboração dos Planos Municipais de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Ao final, são tecidas reflexões sobre a temática, sintetizando os principais desafios postos.

2 CONTROLE SOCIAL DEMOCRÁTICO E PARTICIPATIVO COM INCIDÊNCIA NO PLANEJAMENTO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A Constituição Federal de 1988 definiu o Brasil como um “Estado Democrático de Direito”, ao mesmo tempo em que advogou, ao povo, o exercício do poder, direta-

mente ou por meio de representantes eleitos (Brasil, 1988). Dos pontos de vista legal e do pacto civilizatório firmado naquele momento, têm-se as bases que fundamentam todas as políticas públicas setoriais ou para segmentos que são delineadas a partir de então. Esses fundamentos são incorporados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e por leis que o modificaram, de modo que o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), por meio da Resolução nº 113 de 19/04/2006, delimitou o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescentes como sendo composto por três eixos: defesa, promoção e controle. Em decorrência, a Lei nº 13.431/2017, observando esse formato, traz, como diretrizes para o atendimento integral às vítimas de violência, o que segue:

Art. 14. As políticas implementadas nos sistemas de justiça, segurança pública, assistência social, educação e saúde deverão **adotar ações articuladas, coordenadas e efetivas** voltadas ao acolhimento e ao atendimento integral às vítimas de violência. § 1º As ações de que trata o caput observarão as seguintes diretrizes: I - **abrangência e integralidade**, devendo comportar **avaliação e atenção de todas as necessidades da vítima** decorrentes da ofensa sofrida; II - **capacitação interdisciplinar continuada**, preferencialmente conjunta, dos profissionais; III - estabelecimento de **mecanismos de informação, referência, contrarreferência e monitoramento**; IV - **planejamento coordenado do atendimento e do acompanhamento**, respeitadas as especificidades da vítima ou testemunha e de suas famílias; V - celeridade do atendimento, que deve ser realizado imediatamente - ou tão logo quanto possível - após a revelação da violência; VI - priorização do atendimento em razão da idade ou de eventual prejuízo ao desenvolvimento psicossocial, garantida a intervenção preventiva; VII - mínima intervenção dos profissionais envolvidos; e VIII - **monitoramento e avaliação periódica das políticas de atendimento**. § 2º Nos casos de violência sexual, cabe ao responsável da rede de proteção garantir a urgência e a celeridade necessárias ao atendimento de saúde e à produção probatória, preservada a confidencialidade (Brasil, 2017, grifo nosso).

Todas essas dimensões trazidas pela Lei nº 13.431/2017 são desafiadoras e implicam na observação da concepção de Estado que lhe é subjacente. Nesse caminho, opta-se por trazer alguns fragmentos da concepção gramsciana de Estado “ampliado”, pois essa articula-se dialeticamente à dimensão econômica, a “sociedade política” (que poderia ser considerada como as diversas estruturas de governo) e a “sociedade civil” (que representa os aparelhos privados de hegemonia, a exemplo de igrejas, partidos políticos, movimentos sociais e associações) (Simionatto, 2008).

Assim, o “Estado ampliado” articula coerção e consenso, dando vazão a perspectivas ricas em torno de atores/atrizes, interesses e projetos societários presentes na esfera pública brasileira nas primeiras décadas do século XXI. Nessa cena, o campo dos direitos da criança e do adolescente não é neutro, mas permeado por distintas vi-

sões, algumas delas antagônicas inclusive aos avanços legais produzidos nos últimos trinta anos. Na percepção gramsciana, as políticas para crianças e adolescentes estão eivadas não só pelas perspectivas teórico-práticas trazidas pelos órgãos de Estado (a exemplo das secretarias de diversas áreas e seus gestores e técnicos), mas também pelas influências da sociedade civil organizada, por meio das entidades de atendimento, sindicatos de classe, movimentos sociais e, inclusive, dos meios de comunicação social e das redes sociais, hoje tão influentes na conformação das visões em torno da realidade.

Na mesma textura, os veios de democracia direta trazidos no texto constitucional, quando pensados à luz do Sistema de Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes, conduzem à constituição dos espaços de controle social, como conferências, fóruns e conselhos dos direitos do segmento e das políticas setoriais. No entanto, não se resumem a eles, pois, tendo a participação como princípio basilar dessas relações, é mandatório prospectar toda a política para a infância a partir do debate coletivo e da pactuação dos caminhos a trilhar diante dos problemas concretos existentes.

O controle social, nesse caso, entendido como organizações e espaços para que a participação popular se efetive, delibere e fiscalize as políticas públicas sob comando do Estado, realiza-se a partir da participação dos setores que interagem com os direitos das crianças e adolescentes. Portanto, não se encerra na legislação, que cria um conselho municipal, ou com a realização de conferências. Na verdade, requer processos continuados, sistematizados e planejados para constantes leitura da realidade e análise e planejamento de intervenção, com consequentes monitoramento e avaliação.

Behring e Boschetti (2007) aduzem que a onda democrática pós Constituição Federal, com a experiência de implementação dos conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos, trouxe inovações políticas e institucionais importantes. Nesses espaços, tem-se a possibilidade de constituição de negociações de propostas que podem beneficiar coletividades, mas também se tem a dificuldade de constituí-los como arenas do exercício democrático.

Evidencia-se que o espaço político dos conselhos é repleto de possibilidades de afirmação dos direitos humanos materializados em políticas públicas, mas também é, ao mesmo tempo, espaço para a afirmação do não direito, da fragmentação e das práticas clientelistas. A exemplo, pode-se citar o processo eleitoral direto, não obrigatório, para os conselhos tutelares — órgãos administrativos responsáveis por zelar pelos direitos da criança e do adolescente. Nesse processo, toda a população é convidada a escolher seu candidato, mas a adesão à votação é bastante baixa, em geral com menos

de 5% do eleitorado habilitado¹. Ainda, a eleição em si não garante que todos os conselheiros eleitos estejam plenamente alinhados com a perspectiva do zelo pelos direitos do público infantojuvenil, haja vista que os diversos conselheiros filiam-se a distintas forças sociais, com perspectivas político-ideológicas variadas, nem sempre em diálogo com o próprio marco legal.

Tatagiba (2002, p. 57), em pesquisa sobre conselhos gestores de políticas, alcançou achados interessantes, como segue:

[...] na dinâmica de funcionamento dos conselhos, os principais constrangimentos à existência de uma relação mais simétrica entre Estado e sociedade aparecem relacionados às seguintes variáveis: a) a dificuldade dos atores, tanto governamentais quanto não-governamentais, em lidar com a pluralidade, b) a relação conselheiro-entidade; e c) a qualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções.

Além disso, no tocante à relação conselheiro-entidade, é preciso destacar o quanto, no ambiente corrente de retração e desfinanciamento das políticas públicas, como o observado na última década no país, organizações da sociedade civil, de diversas colorações, passaram a se colocar como prestadoras de serviços públicos, também na disputa pelo fundo público, o que agrega mais esse elemento aos processos de disputas e interesses instalados.

Na esfera pública, tem-se uma miríade de atores e projetos de sociedade que refletem distintas percepções sobre os sujeitos de direito em questão. Nessa linha, os desafios postos para que os espaços de participação popular e controle social constituam-se de modo ativo na defesa de direitos de crianças e adolescentes, com atores/atrizes com voz dentro de seus territórios de atuação, implica no fortalecimento da esfera pública.

Nesse caminho, Raicheles (1998, grifo nosso) propõe como elementos constitutivos da esfera pública: 1) a expressão, com **transparência**, de visibilidade, ações e discursos, assim como a fidedignidade e publicidade das informações, as quais orientarão as deliberações nos espaços públicos; 2) controle social e **participação da sociedade civil nas negociações e arbitragens** sobre os interesses em jogo e acompanhamento da implementação das decisões; 3) representação de interesses coletivos e **constituição de sujeitos coletivos**, que qualificam demandas coletivas a partir do

¹ Segundo consulta realizada no site “Estatísticas do eleitorado” do Tribunal Superior Eleitoral, por meio de consulta por município/zona eleitoral, no mês de setembro de 2023, havia 963.435 (novecentos e sessenta e três mil, quatrocentos e trinta e cinco) eleitores no município de Porto Alegre. Todavia, a prefeitura, ao publicar a contagem dos votos em suas nove microrregiões do Conselho Tutelar, mencionou que apenas 43.908 eleitores compareceram às urnas no processo de escolha, o que representa 4,55 % do total de eleitores (Olegário, 2023).

papel de mediadores; 4) democratização e **ampliação dos fóruns de decisão política**, com a incorporação de novos sujeitos sociais que, na dialética consenso-conflito, buscam uma interlocução pública capaz de gerar acordos que orientem decisões coletivas; 5) **cultura pública que enfrente a apropriação do público pelo privado**, remetendo a mediações sociopolíticas dos interesses dos sujeitos sociais que reivindicam reconhecimento.

As contribuições de Raicheles (1998) podem servir como guia para a atuação do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, podendo se constituir em objeto de estudo em processos de educação permanente. Nesse contexto, a explicitação de diferentes visões e o conflito e a disputa entre essas fazem parte da democracia. Inclusive, a nitidez dos dissensos é elemento fortalecedor da democracia e não o contrário, que tenderia a camuflar as divergências. A questão-chave parece estar naquilo que Nogueira (2004, p. 62) traz como requisitos para a cidadania ativa, como condição essencialmente política: “seus protagonistas concebem o mundo como um ambiente de direitos e de responsabilidades recíprocas e se realizam nele como sujeitos de vontade e de ação coletivamente construídos”.

Nesse compasso, a constituição dos Comitês Municipais de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência apresenta um objeto específico de trabalho — a proteção a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência —, porém de modo vinculado e articulado ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Assim, a temática específica não deverá nublar a conexão com todas as outras dimensões que cercam os direitos do segmento, nem tampouco figurar como um requisito burocrático a ser cumprido. Sua potência está na visão ético-política de ampliar as condições do(s) território(s) para atender plenamente aos direitos de crianças e adolescentes, reunindo os segmentos da sociedade local que têm conhecimento e conexão com o tema, além de considerar as necessidades dos destinatários da proteção.

Nesse ponto, o tema da participação democrática entrecruza-se com os processos de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas, pois as práticas conselhistas ou dos comitês específicos relacionam-se com esses instrumentos planejadores. A elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes pressupõe, a partir do Comitê Municipal, a reunião dos atores e atrizes institucionais que participarão desse esforço de planejamento e o desencadeamento de um conjunto de movimentos articulados entre si. Para tanto, é estratégico que os conselheiros de direitos e membros de comitês temáticos, nos pro-

cessos de educação permanente, tenham acesso a conhecimentos mínimos sobre os processos de planejamento, monitoramento e avaliação.

Comumente, o planejamento é visto como algo burocrático e fixo, até mesmo como uma tarefa desagradável, de modo que o documento que resulta do planejamento — o plano, o projeto ou programa — acaba por ser arquivado e não retomado. Por isso, é necessário desfazer essa ótica, para que se compreenda a força dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação. Para tanto, é preciso compreender o planejamento das políticas públicas como um processo continuado e dinâmico, que envolve diversas frentes.

Uma política pública, desde a sua formação, envolve mobilização e alocação de recursos, divisão de trabalho (tempo); uso de controles (poder), interação entre sujeitos; interesses diversos, adaptações; riscos e incertezas sobre processos e resultados; noção sobre sucesso e trabalho, destacando-se a relevância dos sujeitos sociais desse processo e suas racionalidades (Silva; Silva, 2001, p. 40).

Seguindo as diretrizes constitucionais que orientam o Sistema de Garantia de Direitos, a participação popular é premissa desse processo. Então, sua observância é requerida desde a composição do grupo gestor do planejamento, seja comitê ou outro espaço, de modo que seja representativo dos segmentos afetos ao tema, prevendo momentos de escuta ativa da população destinatária — crianças, adolescentes e suas famílias —, bem como profissionais envolvidos com a execução das políticas públicas. No dizer de Gandin (1991),

o planejamento deve alcançar não só que se façam bem as coisas que se fazem (chamaremos isso de eficiência), mas se façam as coisas que realmente importa fazer, porque são socialmente desejáveis (chamaremos isso de eficácia). [...] entre as finalidades: é a compreensão do processo de planejamento como um processo educativo (Gandin, 1991, p. 16-17, grifo nosso).

Assim, o autor elucida que planejar é, em linhas gerais: transformar a realidade numa direção escolhida; organizar a própria ação; implantar um processo de intervenção na realidade; agir racionalmente; dar clareza e precisão à própria ação; explicitar os fundamentos da ação do grupo; realizar um conjunto orgânico de ações; e realizar o que é importante. Para tanto, ele propõe que se responda às seguintes questões: “o que queremos alcançar?”, “a que distância estamos do que queremos alcançar?” e “o que faremos concretamente para encurtar essa distância?” (Gandin, 1991).

Nesse percurso, Gandin (1991) sugere três eixos no processo de planejamento: a definição do **marco referencial**, que se distribui em marco situacional (descrição e análise do mundo em suas diversas dimensões), doutrinal (campo do ideário, teoria) e operativo (meios que se pretendem utilizar para alcançar o marco doutrinário, considerando a situação); **diagnóstico**, que o autor concebe como a comparação entre o dever ser e o ser, ou seja, a distância entre o marco referencial e a realidade; e a **programação**, que é a definição do plano para caminhar na direção desejada.

Observe-se que o planejamento pode se expressar por diferentes meios, como: plano, um documento mais abrangente e geral, com estudos, análises situacionais e diagnósticos, para identificação dos pontos a serem enfrentados, dos programas e projetos necessários e dos objetivos e metas de um governo, secretaria ou unidade; programa, um documento que indica um conjunto de projetos cujos resultados permitem alcançar o objetivo maior de uma política pública; e projeto, a menor unidade do processo de planejamento, para empreendimentos específicos para as diversas atividades interventivas e de pesquisa na esfera pública e privada (Teixeira, 2009).

O campo do planejamento é vasto, e conta com produções de diversos matizes teóricos. Há, por exemplo, inúmeros estudos que apontam na direção das metodologias participativas de planejamento. Nessa linha, Armani (2004) indica algumas características para lidar com êxito com o planejamento, tais como: atitude institucional baseada em flexibilidade, experimentação e aprendizagem contínua, para a qual a sistematização da experiência permite a reflexão crítica, e programa de ação consoante com o planejamento estratégico e metodologia participativa de organização de processos sociais.

Dados os limites deste estudo, ilustra-se, entre as metodologias participativas, o método de planejamento orientado por objetivos, também conhecido como *Zielorientiert Projectplanung* (ZOPP), o qual trilha, como caminho: a) a situação-problema, explorando profundamente o problema central que o grupo deseja enfrentar, suas consequências e suas raízes (também chamado de árvore dos problemas); b) a análise dos objetivos, que possui consonância com os problemas a serem enfrentados; c) a escolha e a priorização de objetivos alcançáveis; d) e a construção do quadro lógico com objetivos, ações, metas, indicadores e condicionantes. Nesse método, a participação de todos os envolvidos é substancial, inclusive dos usuários das políticas públicas, o que permite a reflexão coletiva e o trabalho cooperativo entre os participantes, sendo requerido um facilitador preparado para a condução do trabalho, com a circulação da palavra e construção de consensos (Armani, 2004). Para a construção dos Planos

Municipais de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, é importante que o grupo participante alinhe conhecimentos sobre os métodos de planejamento e escolha aquele condizente com as condições locais.

A avaliação e o monitoramento são processos intrínsecos ao planejamento, de modo que as avaliações ocorrem sistematicamente ao longo da implementação, constituindo-se meios de monitoramento. Desse modo, o monitoramento serve de base para a avaliação mais profunda, que pode ser realizada ao final, e, como se realiza no decorrer da implementação, permite elevada curva de aprendizagem, alimentando o ciclo da ação-reflexão-ação. Na mesma linha, o monitoramento permite a avaliação contínua de premissas e fatores de risco e a construção de estratégias ou a modificação do plano e de seus objetivos (Armani, 2004).

Armani (2004) orienta que o monitoramento requer a observação regular e sistemática do desenvolvimento das ações, do uso dos recursos e dos resultados, cotejando com o planejado. Para isso, deve produzir dados confiáveis para subsidiar a análise, sendo uma fase intermediária. Já a avaliação, como referido, ocorre em momentos-chave ou ao final e visa a avaliar criticamente o andamento do plano segundo seus objetivos, fazendo uso das informações produzidas no monitoramento.

Em síntese, a grande questão que se coloca é a conexão entre os processos democráticos e participativos e o planejamento, monitoramento e avaliação dos planos e projetos, tornando vivas atividades que, muitas vezes, são tomadas por racionalidades tecnicistas que perdem a potencialidade de produção de mudanças na realidade social. Sobretudo, os processos de planejamento demandam sintonia com os problemas dos territórios e com o atendimento às necessidades de crianças e adolescentes.

3 COMITÊS E PLANOS MUNICIPAIS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Neste item, serão desenvolvidas algumas linhas para a condução dos processos de organização dos comitês e dos planos municipais afetos ao cuidado e proteção das crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.

3.1 Como constituir o comitê municipal de gestão colegiada da rede de cuidado e de proteção social das crianças e dos adolescentes vítimas ou testemunhas de violência?

A partir do exposto até aqui, nota-se que o planejamento no campo de políticas públicas tem em si uma dimensão ética e política, podendo ser conduzido de diferentes formas e com objetivos distintos. Em um viés democrático, participativo e comprometido com os direitos humanos de crianças e adolescentes, esse processo envolve o reconhecimento dos sujeitos usuários das políticas sociais, dos trabalhadores e trabalhadoras e dos movimentos sociais como agentes essenciais ao planejamento, monitoramento e avaliação.

Para tanto, considerando a diversidade de temáticas transversais à política de atendimento a crianças e adolescentes, além dos espaços dos Conselhos de Direitos, proliferam as comissões e os comitês intersetoriais e interinstitucionais, que focalizam seu trabalho em segmentos e áreas específicas, tais como primeira infância, enfrentamento ao trabalho infantil e, com destaque neste capítulo, o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Esses podem ser constituídos com representações governamentais, da sociedade civil e de usuários, conforme previsão no ato normativo que os institui.

Assim como os Conselhos de Direitos, são campos que, por vezes, podem ser contraditórios, pois são espaços de disputas, compostos por sujeitos que representam diferentes interesses. As comissões, concebidas para atender a objetivos ou realizar ações específicas, possuem tempo determinado, findando ao atingir seu propósito. Os comitês, por seu turno, podem ser permanentes ou temporários, consoante à sua finalidade.

De todo modo, na instituição dos comitês devem ser observadas as legislações e recomendações da área em questão. No caso do Comitê Municipal de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência, a Lei Federal nº 13.431/2017 e o Decreto nº 9.603/2018 são centrais para seu delineamento.

Segundo o Decreto nº 9.603/2018, o Comitê Municipal de Gestão Colegiada tem como finalidades “articular, mobilizar, planejar, acompanhar e avaliar as ações da rede intersetorial, além de colaborar para a definição dos fluxos de atendimento e o aprimoramento da integração do referido comitê” (Art. 9º). Nota-se que o colegiado não sobrepõe o trabalho realizado pela rede de proteção, constituindo-se como instância colaborativa à rede de atendimento e integrada ao Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes.

Recomenda-se que a sua instituição ocorra, preferencialmente, no âmbito dos conselhos municipais de direitos das crianças e dos adolescentes, os quais são, essen-

cialmente, espaços interinstitucionais, com representação das políticas sociais e das organizações da sociedade civil que integram o SGD. As discussões prévias, que irão alinhar os comitês, devem ser públicas e participativas, com olhar para a realidade local e possibilidades concretas.

A formalização do comitê, que deve ocorrer por meio de ato normativo (decreto municipal ou lei municipal), apresenta-se como resultado de um processo de mobilizações, articulações e pactuações entre os agentes e órgãos. É isso que provoca a permanência do colegiado como espaço vivo, em movimento e com produção de sentido aos sujeitos partícipes. Nessa linha, cumpre evidenciar que a participação consciente, que deve estar presente nesses espaços, pode ser compreendida como “processo social, no qual o homem se descobre como sujeito político” (Souza, 2010, p. 170). Por esse motivo, os processos de constituição dos colegiados podem ser decisivos para seu êxito.

Em termos objetivos, pondera-se que a discussão que precipuamente se inicia nos conselhos municipais deve ser desdobrada em resolução que conduzirá a ação do gestor público municipal para a instituição do Comitê Municipal de Gestão Colegiada da Rede. Ouvido o conselho municipal, também deverá ser previsto, no ato normativo, como serão provisionados os recursos humanos e financeiros necessários ao trabalho do colegiado, sendo este um ponto sensível para a execução de suas finalidades. Nesse sentido, destaca-se que deve ser definido a qual órgão as despesas ficarão vinculadas, para que sejam previstas nos instrumentos de planejamento orçamentário.

Assim como nos demais órgãos colegiados, é importante que sejam estipulados quais serão os agentes facilitadores dos processos, que podem também ser denominados de coordenadores. Estes devem possibilitar compartilhamento de experiências, reflexão e problematização coletiva, construção de soluções e negociação, de forma que eles não comandam, mas facilitam que os objetivos sejam alcançados (Rizzini *et al.*, 2007). Além disso, serão responsáveis por chamar as reuniões, mobilizar os participantes e dar encaminhamento, junto aos órgãos responsáveis, às deliberações.

Os membros do comitê serão definidos a partir de cada realidade. Todavia, segundo o documento Orientações para a Implantação da Lei Federal nº 13.431/2017, regulamentado pelo Decreto nº 9.603/2018, de autoria do Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes — CEEVSCA/RS (Rio Grande do Sul, 2022b) —, alguns setores e órgãos, sempre que existentes no município, devem ser incluídos no ato de instituição do Comitê, sendo eles:

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; Secretaria de Segurança Pública (Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente, Brigada Militar, entre outros);

Guarda Municipal, Secretaria Municipal de Assistência Social (CRAS, CREAS, entre outros), Secretaria Municipal de Saúde (Atenção Primária, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, entre outros), Secretaria Municipal da Educação, Conselho Tutelar, Centro de Referência ao Atendimento Infantojuvenil, quando houver, entre outros. Os órgãos do Sistema de Justiça, Ministério Público, Juizado da Infância e Juventude e Defensoria Pública e outros vinculados à temática de cuidado e de proteção social das crianças e adolescentes, serão convidados a participarem do Comitê, podendo sua participação ficar restrita em vista das peculiaridades das atribuições e competências (Rio Grande do Sul, 2022b, p. 2).

No que se refere às competências do comitê, estas serão desdobradas da finalidade prevista no Decreto nº 9.603/2018. Nessa etapa de decisão, deve ser observado quais são os outros comitês presentes no município, verificando se suas competências não conflitam com as que estão sendo previstas para o novo colegiado, evitando sobreposição de ações. Na mesma direção, quando as competências são transversais ou complementares, podem ser construídas estratégias para ações conjuntas, visto que, parte das vezes, os mesmos sujeitos e órgãos participam dos diferentes colegiados/comitês/comissões/conselhos.

Buscou-se, até aqui, apresentar um breve esboço dos possíveis horizontes para a composição dos Comitês Municipais de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência. Os processos que culminam na sua constituição podem ser diversos, sendo mais ricos na medida em que há maior participação, integração e comprometimento da gestão municipal e da rede de proteção.

3.2 Alinhando os planos municipais de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes

Na perspectiva adotada neste artigo, os Planos Municipais de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PMEVSCA) são tomados como resultado de um processo, que deve ser participativo, educativo e comprometido com a proteção integral de crianças e adolescentes. Desse modo, seu desenvolvimento é tão importante quanto sua materialização/sistematização em um documento.

Os planos são instrumentos de gestão pública, que refletem a organização e a previsão de ações em determinado âmbito. Além disso, elencam prioridades e estabelecem metas, prazos e indicadores de mensuração dos resultados. Os Planos de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes adotam uma temporalidade de 10 (dez) anos, ou seja, são decenais. Essa decisão retrata uma opção pelo

delineamento de políticas de médio e longo prazo, que visem a resultados nas diferentes gerações, com intenção de romper com a histórica descontinuidade presente nas políticas sociais brasileiras. Desse modo, perpassam distintas gestões municipais, exigindo processos continuados de trabalho.

O PMEVSICA deve ser situado na Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e articulado ao Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. Assim, não se trata de um plano isolado, mas integrado e alinhado ao “guarda-chuva” dos direitos humanos.

Sobre isso, cumpre situar que os princípios, as diretrizes e os eixos da Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e as bases do Plano Decenal (Objetivos Estratégicos e Metas) são decorrência de um amplo movimento liderado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), desde sua instituição em 1992, e que:

[...] substanciado pelo debate nas sete conferências realizadas sobre diferentes temas da política para a infância e adolescência, e intensificado no processo da 8ª. Conferência dos Direitos da Criança e do Adolescente em 2009, cujo tema central foi justamente a discussão das diretrizes para a Política Nacional e o Plano Decenal. (Brasil, 2010a, p. 3).

O amplo debate teve como base o Programa Nacional dos Direitos Humanos (PNDH 3), que:

apresenta uma consolidação das 50 conferências nacionais temáticas realizadas e foi subscrito por 31 ministérios, com aprovação de vários conselhos setoriais, entre os quais o Conanda. Em relação aos vários segmentos priorizados, criança e adolescente é aquele que prevê o maior número de ações programáticas (79, ou seja, 27% do total) (ibidem, 2010a, p. 4).

É nesse sentido que os estados e os municípios devem construir seus planos decenais dos direitos humanos de crianças e adolescentes em consonância com a Resolução nº 171/2014 do CONANDA, e, a partir deles, delinear os planos temáticos, que são: plano de erradicação do trabalho infantil, plano socioeducativo, plano de convivência familiar e comunitária, plano da primeira infância e plano de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, que é objeto deste capítulo. Os planos, embora com especificidades, são interligados, objetivando a proteção integral de crianças e adolescentes. Para elaboração do PMEVSICA, além de considerar os planos de direitos humanos já mencionados, o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, de 2013 (Brasil, 2013), e o Plano Estadual de

Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes do RS (PEEVSCA RS), de 2019 (Rio Grande do Sul, 2019), devem ser tomados como guias.

Os referidos planos apresentam uma base conceitual e legal, além de dados, princípios, eixos e objetivos que podem ser tomados como fundamento para que seja iniciado o trabalho do município. Todavia, esses não são limitadores, mas pontos de partida para que os sujeitos de sua construção formatem um processo adequado à realidade local.

Os caminhos que levarão à construção do plano municipal podem ser diversos. Todavia, a partir da experiência das autoras na elaboração de 3 (três) planos decenais estaduais na área das infâncias e adolescências, bem como dos estudos realizados, será buscado o apontamento de alguns elementos que subsidiem e inspirem os processos de trabalho nesse campo.

Inicialmente, é necessário que a pauta do enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes seja incorporada como uma questão integrante da agenda pública municipal, a partir da mobilização social e política, tendo, como espaço privilegiado, os conselhos municipais, pois esses podem deliberar por meio de resolução sobre a política da criança e do adolescente. Não obstante, o êxito do planejamento e de sua execução dependem, entre outras questões, do comprometimento da gestão municipal, em destaque para o chefe do executivo, que deverá prever recursos para a execução das ações.

A formação da agenda, com o reconhecimento da necessidade de intervenção do Estado, e a disputa pelo tipo de condução que será dispensada são momentos eminentemente políticos, que, segundo Fiori (2014, p. 123), são compreendidos como “ação, como atividade humana, como práxis”. Assim, são disputa e opção consciente e racional, por uma direção em vista de algo. Ainda, para Rua (2009), a política tem, como marca, as relações de poder e a capacidade de organização e pressão de grupos sociais com vista a reivindicar seus interesses. Com isso, embora com cuidado para não romantizar ou simplificar os processos de disputa, fica nítido o papel do controle social democrático no impulsionamento para a construção de ações e de estratégias planejadas e contínuas.

Reconhecida a demanda, a gestão municipal, junto do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, deve definir por meio de qual espaço o plano será elaborado, o que pode ocorrer pelo próprio conselho municipal, por comissão constituída com essa finalidade, pelo Comitê Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes ou, ainda, pelo Comitê Municipal de Gestão

Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência, quando existente no município.

Sobre os diferentes Comitês, de Gestão Colegiada da Rede ou de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, cabe referir que, para a realidade da maioria dos municípios do RS, não é factível a criação de mais de um comitê, tendo em vista a escassez de profissionais e a conformidade das pautas. Assim, sugere-se que, nos municípios onde já há o Comitê Municipal de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, a temática da Lei da Escuta Protegida (Lei 13.431/2017) seja incorporada ao coletivo. Já nos locais onde não esse comitê não foi implantado, pode-se optar pela criação de um deles, atentando-se para a manutenção de espaços, seja por meio de grupos de trabalho ou de comissões, que discutam tanto a especificidade do enfrentamento à violência sexual quanto a implantação e a implementação dos dispositivos da Lei da Escuta Protegida.

Ademais, deve ser definido qual órgão será responsável pela coordenação do processo e pela provisão dos recursos (financeiros e humanos) necessários ao trabalho. Isso deverá ser estabelecido por meio de ato normativo, que estipule também quais órgãos governamentais e da sociedade civil participarão da construção. No que tange aos membros do colegiado, é preciso que haja ampla representação dos órgãos da rede de proteção e dos movimentos sociais que atuam com pautas vinculadas aos direitos de crianças e adolescentes, com destaque para o enfrentamento da violência sexual.

A participação é uma condição importante e legitimadora para se elaborar um bom plano, que promova a qualidade da vida e o desenvolvimento. Cada secretaria ou órgão municipal que, direta ou indiretamente, presta algum serviço às crianças tem experiência e conhecimento adquiridos em anos de prática – e estes são como tijolos de uma casa que se quer construir. Devemos ouvir os conselhos – de Direitos, Tutelar, de Educação, de Saúde, Assistência, Escolar –, organizações da sociedade civil, como associações, institutos, fundações, grupos e movimentos atuantes no município [...]. (RNPI, 2017, p. 23).

Sobre a definição de como será realizado o plano, é precípua que sua elaboração seja orgânica, partindo da rede e da gestão municipal, pois elas conhecem o território, suas demandas, seus limites e suas possibilidades. Mesmo que a realização de contratação de consultores ou especialistas para construir o plano aparente maior facilidade, a articulação e o conhecimento da realidade e das discussões próprias ao planejamento realizadas pelos profissionais do território são essenciais para que as ações, metas e prazos previstos sejam coerentes e exequíveis. Do mesmo modo, a ela-

boração, pelos atores e atrizes locais, permite o acúmulo de saberes no âmbito do município, fortalecendo essa esfera do ponto de vista técnico e político.

Iniciar a construção do plano pode se apresentar como algo novo para grande parte dos/as trabalhadores/as e representantes dos movimentos sociais, pois o planejamento nem sempre integra os processos de trabalho cotidianos. Por esse motivo, sugere-se que o alinhamento e estudo de conceitos sobre planejamento no setor público e sobre o campo das infâncias e adolescências sejam parte da fase inicial de acolhimento e integração do grupo. De modo paralelo, devem ser definidas a metodologia e a periodicidade das reuniões e os prazos, estabelecendo-se um cronograma com as etapas. Ou seja, é preciso planejar o processo de elaboração do plano.

Como forma de subsidiar a redação do plano de ações, deve ser definido o marco conceitual e legal, etapa que pode ser executada por meio de grupos de trabalho ou, se necessário, por meio de especialistas e outros convidados, que trabalharão na análise teórica e legal. Todavia, é importante que o marco referencial seja discutido e validado pelo colegiado, representando o coletivo.

O diagnóstico, junto do marco referencial, viabiliza a compreender o contexto local inserido em uma totalidade social, a distância entre as previsões legais e o acesso aos direitos, as ofertas de serviços e de políticas e os diferentes indicadores locais, além de pertencer às descrições qualitativa e quantitativa da situação das infâncias e adolescências no município. Para tanto, a partir dos estudos e discussões, deverão ser elencados quais os dados primordiais para conhecer a realidade e se deverão buscar as fontes disponíveis, que podem ser oficiais públicas e de registros administrativos. “A análise dos dados permite selecionar os mais expressivos, que darão base às linhas de ação e às ações concretas do Plano” (RNPI, 2017, p. 27), evidenciando os problemas e questões que devem ser priorizadas, assim como aqueles que demandam ações a longo prazo.

A base estratégica do plano (princípios, eixos, diretrizes e objetivos) deve ser objeto de trabalho do colegiado desde o início de suas ações, sendo a partir da síntese do marco legal e conceitual e do diagnóstico que sua definição poderá ser concluída, visto que essa deve estar alinhada e ser reflexo da conjuntura social e política. Sobre isso, compreende-se que “os princípios são as concepções, o arcabouço teórico que configura a política [...]. As diretrizes são as definições operacionais, isto é, como o Município, por meio de suas diferentes secretarias e instituições, trabalhará no atendimento dos direitos das crianças” (RNPI, 2017, p. 29).

Os objetivos, por sua vez, refletem onde se espera chegar, ou seja, os resultados esperados derivados das ações que serão realizadas. Devem ser construídos a partir dos subsídios do marco referencial e do diagnóstico, com redação direta e de modo passível de mensuração, com atenção para que não sejam “amplos demais, ambíguos, que ultrapassam a capacidade financeira, a capacidade de implementação ou o tempo disponível para levar a cabo as ações, ou, principalmente, cujo alcance não pode ser medido” (Fundação Abrinq, 2017, p. 23).

A sistematização do plano de ações é uma das últimas etapas, pois é “reflexo da articulação e das discussões realizadas no decorrer do processo, devendo anunciar aquilo que será realizado para enfrentar os pontos críticos identificados no diagnóstico e para avançar na viabilização dos direitos de crianças e adolescentes” (Diotti, 2022, p. 11). As ações devem estar vinculadas aos eixos, que são temas ou áreas que orientam o planejamento², e aos objetivos estratégicos, contendo informações como: nome da ação, prazo, indicador, meios de verificação/acompanhamento, local de realização, responsáveis e parceiros. Em geral, devem ser mais abrangentes, com a identificação dos pontos a serem enfrentados por meio de programas e projetos.

Para definição dos responsáveis pelas ações, é imperativo que se compreenda o caráter de plano de Estado, sendo o poder executivo municipal o responsável por sua execução, seja de forma direta ou indireta. Junto disso, o diálogo sobre as competências e atribuições dos municípios e demais entes federados (estados e União) em cada uma das políticas e áreas torna-se fundamental para que sejam previstas ações convergentes e que respeitem o pacto federativo, sendo assim exequíveis.

Além do envolvimento dos membros do colegiado na elaboração do plano de ações, é fundamental a participação ativa dos gestores dos órgãos responsáveis por sua execução. Da mesma forma, “o plano de ações deve ser validado pelo responsável pelo órgão/secretaria/fundação, por meio de ofício ou outro documento pertinente em que conste o compromisso com aquilo que está sendo anunciado” (Diotti, 2022, p. 11). O compromisso público evidencia a ciência da alta gestão sobre as pactuações realizadas, bem como a necessidade de que essas sejam contempladas no planejamento de cada órgão.

Para monitorar e avaliar a execução das ações, faz-se imperativa a definição de um sistema de acompanhamento periódico com a participação do governo e da socie-

² Para exemplificar, podem ser apresentados os eixos do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (2013): Eixo I - Prevenção; Eixo II - Atenção; Eixo III - Defesa e Responsabilização; Eixo IV - Comunicação e Mobilização Social; Eixo V - Participação e Protagonismo; Eixo VI - Estudos e Pesquisas.

dade civil. Deve-se avaliar a execução das ações em relação aos resultados propostos, tendo os indicadores, as metas e os prazos como parâmetros. Ademais, o plano não é estanque, devendo ser adequado e reavaliado a partir das transformações da sociedade para atender ao interesse superior da criança e do adolescente.

Como mencionado neste estudo, a participação social no planejamento de políticas públicas é uma demanda do estado democrático, constituindo-se um direito do cidadão e uma ferramenta para a construção de políticas que atendam às demandas sociais, com estratégias adequadas ao público a que se destinam. O envolvimento ativo da sociedade civil inicia-se no espaço dos Conselhos de Direitos, com a discussão e a conformação sobre as bases que delineiam o colegiado responsável pela construção dos planos e que colocam essa demanda no cenário público. Outrossim, representantes dos conselhos, de fóruns e de movimentos sociais devem integrar a composição dos colegiados que têm, como atribuição, a elaboração dos planos municipais.

Embora a participação social integre todo o processo, é importante que sejam previstos momentos programados e destinados a isso, possibilitando o acesso de sujeitos e instituições que não façam parte da composição dos colegiados. Podem ser realizadas audiências públicas, seminários, oficinas e rodas de conversa, para escutar a população sobre suas percepções acerca da realidade e sobre as possíveis estratégias e ações para qualificação e ampliação da política de atendimento. Sobressaem as exigências de que tais ações ocorram em horários e locais acessíveis e possuam uma forma de comunicação compreensível e convidativa a todos(as).

Evidencia-se a atenção especial ao direito de crianças e adolescentes de participar da formulação e avaliação das políticas destinadas ao segmento, respeitando seu estágio de desenvolvimento e compreensão. Seu envolvimento pode ocorrer por meio de representação de movimentos sociais, como grêmios estudantis, comitês de participação de adolescentes vinculados aos conselhos de direitos, associações comunitárias, pastorais, grupos de jovens e outros. Sugere-se que esses façam parte da nominata do comitê ou da comissão de elaboração dos planos, pois assim poderão acompanhar, compreender e colaborar ao longo de todo o processo. Não obstante, apresenta-se, como uma estratégia, a realização de oficinas de escuta e participação destinadas às crianças e aos adolescentes com metodologias próprias aos objetivos estabelecidos. Sobre isso, destaca-se que “a participação infantil quebra ideias superadas de que só o adulto tem direito à palavra e que só ele decide, enquanto a criança é submissa, não tem voz e só lhe resta ouvir e aceitar como verdade o que lhe ensinam”

(RNPI, 2017, p. 34). Com isso, tem-se o reconhecimento da posição de sujeito de direitos, ativo e protagonista.

A última etapa antes de enviar o plano para apreciação do conselho de direitos, que deve aprová-lo, é publicizar o documento mediante submissão à consulta pública em canais oficiais do município e de amplo acesso. Os objetivos são que a sociedade possa ler e discutir a minuta do plano e realizar contribuições que, sendo pertinentes, levarão a novas adequações. Esse momento deve ser valorizado como uma possibilidade de que o documento, em sua totalidade, seja apreciado pelo maior número de instituições e pessoas, o que pode culminar em seu aprimoramento.

Realizadas essas etapas, que devem ser adequadas às realidades locais (pois essas não são rígidas), parte-se para a avaliação do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, que deve ler e apropriar-se do plano. Mesmo que o conselho tenha participado da elaboração do documento, suas comissões e seu pleno devem verificar se há alguma divergência em relação às legislações, normas e aos avanços conceituais da área.

Com a aprovação pelo controle social, sugere-se que seja realizada extensa divulgação do plano, para que toda a sociedade possa acompanhar sua execução. Trata-se também de uma devolução aos sujeitos que contribuíram para sua construção. Por fim, para que as ações contidas no plano tenham garantia de execução e continuidade, recomenda-se o encaminhamento do plano ao legislativo municipal, para apreciação e transformação em lei.

Nota-se que a elaboração de um plano municipal é uma tarefa complexa, que convoca os envolvidos a se debruçarem sobre a realidade, reconhecendo as particularidades locais e a totalidade das relações sociais, para tentar compreendê-las ao máximo e construir alternativas para atendimento às questões que emergem. Reconhecendo isso, buscou-se apresentar elementos que subsidiem os processos de planejamento local. Trata-se de uma proposição que pode ser adequada e aprimorada aos diferentes contextos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os fundamentos para o desenho da proteção social no Brasil, incorporando as perspectivas de direito do cidadão e de dever do Estado, alinhando-as à noção de participação social nas políticas sociais. Alicerçado nisso, em 1990, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente, que

passou a reconhecer a posição de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, assim como instituiu os princípios e as diretrizes para a política de atendimento ao segmento. O ECA reconhece o Controle Social Democrático como fundamental para o exercício dos direitos, incluído entre os órgãos que integram o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, conforme previsto na Resolução nº 113, de 2006, do CONANDA.

Não obstante, de forma complementar ao estatuto, a realidade social impõe as necessidades de que novas legislações sejam aprovadas e de que novos dispositivos sejam implementados para a proteção integral de crianças e adolescentes, tais como a Lei Federal nº 13.431, de 2017, que prevê medidas para atendimento a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. A inovação do ato encontra-se na ampliação do conceito de violência, reconhecendo a violência institucional e o processo de revitimização vivenciado por parcela dos sujeitos atendidos pelas redes.

Sua implementação requer o estabelecimento do Comitê Municipal de Gestão Colegiada da Rede de Cuidado e de Proteção Social das Crianças e dos Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência, que é instância colaborativa à rede de atendimento, integrando o Sistema de Garantia de Direitos. Cumpre destacar que seu papel não é de sobrepor ou realizar o trabalho das redes.

O intuito da exposição realizada sobre a constituição dos Comitês Municipais de Gestão Colegiada da Rede é provocar reflexões iniciais que colaborem com os processos em curso ou ainda não iniciados nos municípios. O que se pode anunciar é que seu êxito pressupõe o movimento coletivo, intersetorial e interinstitucional. Ademais, requer a atuação ativa da gestão, com os reconhecimentos de que essa é uma pauta prioritária e de que deverão ser empregados esforços e recursos para capacitação dos agentes, provisão de espaços de educação permanente, continuidade dos serviços e para permanência dos/as trabalhadores.

Quanto aos Planos Municipais de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, conforme exposto no início deste capítulo, apenas 8% (23) dos municípios do RS afirmaram ter elaborado seu plano, sendo que esta demanda está posta às redes intersetoriais desde o ano de 2002. Esse dado aponta para a urgência de compreender quais são os limitadores para o êxito do andamento do planejamento nos municípios, visto que se reconhece que esse é um instrumento para a qualificação da política.

Considerando isso, foram anunciadas estratégias para a realização dos planos, ponderando que cada realidade mantém particularidades que apresentarão desafios

próprios, com necessidade de maleabilidade dos procedimentos e recursos. Ainda assim, alguns pressupostos devem ser garantidos, de modo que o plano seja resultado da articulação e do diálogo entre governo e sociedade civil, com a indispensável participação de crianças e adolescentes e de suas famílias, tendo, como base, dados e discussões sobre a realidade social. Igualmente, é preciso que seja nítido que o planejamento incorpora o monitoramento e a avaliação, sendo assim continuado, e que se deve destinar especial destaque ao Controle Social.

REFERÊNCIAS

- ARMANI, Domingos. **Como elaborar projetos?** Guia prático para elaboração e gestão de projetos sociais. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2004.
- BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007. Biblioteca básica de Serviço Social. V. 2.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 nov. 2023.
- BRASIL. **Decreto nº 9.603**, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2018/decreto-9603-10-dezembro-2018-787431-publicacaooriginal-156922-pe.html>. Acesso em: 21 set. 2023.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 65**, de 13 de julho de 2010. Brasília, DF: Presidência da República, 2010b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc65.htm#art2. Acesso em 15 set. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 8.069/90**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8069.htm. Acesso em: 11 dez. 2023.
- BRASIL. **Lei n. 13.431**, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidente da República, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 25 nov. 2023.
- BRASIL. Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF, 2013. 50 p. Disponível em: https://6bfe26a9-443f-4ac5-bb00-93db8c881c54.filesusr.com/ugd/5117a5_a2556af60b8640ab93ccdad5f26e7a9.pdf. Acesso em: 21 set. 2023.
- BRASIL. Resolução CONANDA nº 113 de 19/04/2006. **Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), 2006. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=104402>. Acesso em: 18 set. 2023.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 - 2020**. Brasília, 2010a. Disponível em: https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/1005/1/Politica%20e%20%20Plano%20Decenal_Consulta%20Publica%5b%5d.pdf. Acesso em: 16 nov 2023.
- BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral (TSE). **Estatísticas do eleitorado** - Consulta por município/zona eleitoral. Brasília, DF: 2023. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-de-eleitorado/consulta-por-municipio-zona>. Acesso em 16 nov 2023.
- DIOTTI, Mariele Aparecida. **Planos municipais decenais dos direitos humanos de crianças e adolescentes no RS: considerações para o fortalecimento da política**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública Municipal) - Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2022. Disponível em <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/26846>>. Acesso em 20 nov 2023.

FIORI, Ernani Maria. **Educação e política**: textos escolhidos – volume 2./coordenação Otilia Beatriz Fiori Arantes. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2014

FUNDAÇÃO ABRINQ PELOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Programa Prefeito Amigo da Criança. **Plano Municipal para a Infância e a Adolescência**: Elaboração e revisão. São Paulo: NywGraf Editora Gráfica Ltda, 2017. Disponível em: <https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2019-04/PMIA-2017-online.pdf>. Acesso em: 16 nov 2023.

GANDIN, Danilo. **Planejamento como prática educativa**. Porto Alegre: Loyola, 1991.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

OLEGÁRIO, Leandro. **Tranquilidade marca eleição ao Conselho Tutelar na Capital**. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 1º de outubro de 2023. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/smds/noticias/tranquilidade-marca-eleicao-ao-conselho-tutelar-na-capital>. Acesso em: 21 mar. 2024.

RAICHELIS, Raquel. **Assistência social e esfera pública**: os conselhos no exercício do controle social. Serviço Social e Sociedade, a. XIX, n. 56, p. 77-96, mar. 1998.

REDE NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA (RNPI). **Guia para elaboração do plano municipal pela primeira infância**. 2. ed. Rio de Janeiro: Centro de Criação de Imagem Popular – CECIP, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes (CEEVSCA/RS). Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. **Orientações para a Implantação da Lei Federal nº 13.431/2017**, regulamentada pelo Decreto nº 9.603/2018. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://social.rs.gov.br/upload/arquivos/202212/26134118-orientacoes-implantacao-da-lei-da-escuta-protetida-26dez22.pdf>. Acesso em: 16 nov 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes (CEEVSCA/RS). Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH). **Relatório preliminar do mapeamento da rede de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes no RS**. Porto Alegre: SJCDH, 2022a. Disponível em: <https://social.rs.gov.br/upload/arquivos/202212/20152538-relatorio-preliminar-mapeamento-ceedvsc-a-01dez22.pdf>. Acesso em: 21 set. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. 2019**. Disponível em: <https://justica.rs.gov.br/plano-estadual-de-enfrentamento-a-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-do-rio-grande-do-sul>. Acesso em 21 set. 2023.

RIZZINI, Irene (coord.), et al. **Acolhendo Crianças e Adolescentes** - Experiência de Promoção do Direito à Convivência Familiar e Comunitária no Brasil. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF; CIESPI; Rio de Janeiro: PUC-RIO, 2007.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009.

SILVA E SILVA, M.O. Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, Maria (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais**: teoria e prática. São Paulo: Veras Editora, 2001.

SIMIONATTO, Ivete. Estado e democracia. In: COSTA, Lúcia Cortes. **Estado e democracia**: pluralidade de questões. Ponta Grossa: UEPG, 2008.

SOUZA, R. O. Participação e controle social. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

TATAGIBA, Luciana. Os Conselhos Gestores e a democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. Formulação, administração e execução de políticas públicas. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

7. INIQUIDADE E VULNERABILIZAÇÃO COMO AGRAVANTES DA VIOLÊNCIA CONTRA OS POVOS INDÍGENAS NO RIO GRANDE DO SUL

*Guilherme de Souza Müller
Rafaela Ribeiro Machado Oliveira
Laura Inhaia Morigi
Gabriela Zuchetto
Carla Souza de Camargo
Nathália dos Santos Silva*

1 INTRODUÇÃO

No cenário complexo da realidade brasileira, a violência contra crianças e jovens indígenas apresenta-se como um problema persistente e preocupante. Neste capítulo daremos um enfoque especial ao caso do Rio Grande do Sul, que possui particularidades no que se refere à proximidade de grande parte das aldeias dos centros urbanos, ao grande quantitativo de acampamentos em situação de alta vulnerabilidade, aos poucos registros de terras demarcadas e a como tudo isso implica nos modos de vida e no agravamento das situações de violência. Este capítulo busca chamar a atenção para este problema de saúde pública, destacando as iniquidades relacionadas a esses povos e apresentando dados epidemiológicos, impactos e possíveis estratégias para enfrentar e prevenir a violência que afeta essas comunidades.

2. HISTÓRIA COLONIZADORA DA VIOLÊNCIA CONTRA INDÍGENAS NO BRASIL

Desde a invasão europeia, o Brasil esteve marcado por processos históricos de expropriação de terras e violência contra os povos indígenas. Inicialmente, os Guarani ocupavam tradicionalmente Mata Atlântica e áreas litorâneas do Rio Grande do Sul ao Espírito Santo, passando por Mato Grosso do Sul e regiões de Argentina, Paraguai, Bolívia e Uruguai. Já o território kaingang estendia-se da região do planalto meridional de São Paulo ao Rio Grande do Sul, passando pela porção oeste dos estados de Paraná e Santa Catarina, em áreas de florestas subtropicais e de araucária, e avan-

çando sobre a Argentina (região de Misiones). O território Xokleng ainda reunia o que, hoje, são os três estados do sul do país, tendo, como vizinhos, os Guaraní, no litoral, e os Kaingang, no oeste. Tanto a língua Kaingang quanto a língua Xokleng pertencem ao ramo meridional da família Jê, do tronco macro-Jê. Quanto aos Charrua, sua origem mais remota corresponde à região patagônica, estendendo-se pela banda oriental do Uruguai e pelos pampas argentino e sul-riograndense.

Ao longo de séculos, esse amplo território indígena foi devastado, saqueado, ocupado e reduzido. Foi um longo processo de expropriação dos territórios, sedentarização, realocação e de controle dos povos indígenas, com a desestruturação de sua organização social e econômica (desposseção) e a dependência de assistência estatal e do setor capitalista para reprodução da vida. Após essa investida colonial e imperial, uma “gestão governamental sobre os indígenas” passou a ser mais sistemática a partir da metade do século XIX. Os pesquisadores Quintero e Maréchal (2020) destacam, nesse sentido, a “política oficial dos aldeamentos” inaugurada em 1845. Regrada pelo chamado “Regimento das Missões”, teve, por objetivo, “concentrar os indígenas em espaços reduzidos para a expansão agrícola” (Quintero; Maréchal, 2020, p. 158). Forjada desde uma articulação militar e religiosa, essa política atraía e encerrava “os indígenas ‘bravos’ em territórios controlados pelos agentes indigenistas” ao mesmo tempo em que castigava, com tortura, “qualquer tentativa de rebeldia” (p. 159). No Rio Grande do Sul, colocar em prática essa política oficial dos aldeamentos passou por modificar, agressiva e consideravelmente, “toda uma série de relações que os Kaingang desenvolviam com seu território e entre si” (Quintero; Maréchal, 2020, p. 162). A propósito, Longo (2002) considera que os povos indígenas desconheciam os atos de bater em crianças e até mesmo de gritar com elas antes das reduções jesuítas. O castigo físico dado às crianças teria sido trazido e introduzido pelos padres jesuítas e seus métodos pedagógicos-disciplinares no período colonial como forma de correção e aprendizado (Longo, 2002). Essa lógica estendeu-se ao tratamento que os indígenas recebiam dos colonizadores, visto que, quando repudiavam o ensinamento cristão, sofriam diversas violências e castigos físicos, pois os padres jesuítas acreditavam que os costumes e crenças deles eram inaceitáveis. Mesmo após a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que assegura direitos como o de garantia de vivência de suas culturas e o direito à demarcação de terras originárias, o histórico violento nunca arrefeceu, trazendo inúmeros desafios ao poder público. Nos últimos anos, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) vem publicando relatórios alarmantes referentes à violência contra os povos indígenas em todo o país. Em seu último relatório,

publicado em 2023, os dados explicitam o aumento desses conflitos violentos, como desassistência na área de saúde, mortalidade infantil, assassinatos e violências ligadas aos territórios indígenas (CIMI, 2023). O RS lidera dados negativos com relação aos conflitos associados a direitos territoriais no período analisado, além de os casos de desassistência chamarem atenção, já que o estado dispõe de populações próximas às cidades e, portanto, com acesso facilitado aos serviços, diferente de outros estados brasileiros. Outro ponto a destacar sobre os recentes casos de violência é a invasão do garimpo nas Terras Indígenas (TI) do povo yanomami, em Roraima, com o genocídio de crianças, jovens e adultos que horrorizou e despertou os brasileiros novamente para a causa indígena e a proteção às florestas.

3 CARACTERIZAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS NO RIO GRANDE DO SUL

O Rio Grande do Sul é território de diversas comunidades indígenas, cada uma com sua própria riqueza cultural e seus desafios específicos. Essas populações enfrentam situações de vulnerabilidade, como a perda de território, a falta de acesso a serviços essenciais, a pobreza e a persistência de um racismo histórico, que contribuem para a vulnerabilidade de crianças e jovens indígenas. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, considera-se a existência de 34.184 indígenas no Rio Grande do Sul (IBGE, 2023). Destes, estimam-se que, aproximadamente, 25.984 estejam aldeados, segundo o censo de outubro de 2023 da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), divididos entre as etnias Guarani, Kaingang, Charrua e Xokleng (Brasil, 2023). Segundo informações do SIASI/SESAI/MS constantes no Boletim Informativo Saúde Indígena elaborado pelo Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS), Secretaria Estadual da Saúde (edição 1, outubro de 2023), são cerca de 150 aldeias presentes em 72 municípios do RS. O norte do estado concentra a maior proporção de indígenas aldeados: 78%. Os demais encontram-se na região metropolitana (10%), na região missioneira (7%), nos vales (2%), na região sul (1%), na serra (1%) e na região centro-oeste (1%). Os povos indígenas, no Rio Grande do Sul, são atendidos pelo Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) com equipes volantes que circulam nas comunidades indígenas com o objetivo de promover atenção primária à saúde e ações de saneamento, de maneira participativa e diferenciada, respeitando as especificidades epidemiológicas e socioculturais desses povos. É importante salientar que os povos indígenas, segundo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil,

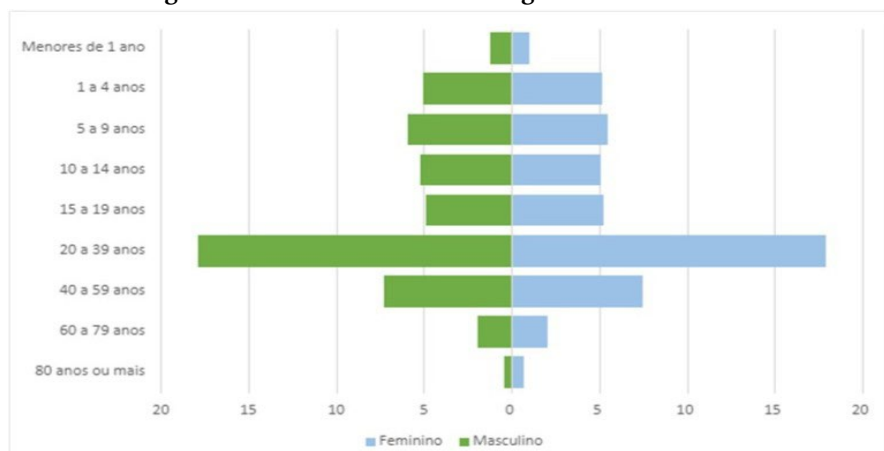
1990), também possuem a garantia de acesso municipal aos serviços do SUS em todos os níveis de atenção, em especial nos níveis ambulatorial e especializado, descobertos pelos atendimentos do SasiSUS. Logo, os indígenas têm seu direito garantido quando falamos sobre acesso aos serviços de saúde nas unidades dos municípios em que residem.

De acordo com a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (Brasil, 2002), que orienta a adequação de programas e ações em saúde no sentido da interculturalidade, é preciso destacar a importância da relação dos indivíduos indígenas com as questões de saúde e doença e como estas os influenciam em muitos aspectos, desde a relação com profissionais até as interpretações de casos de doenças (Brasil, 2002, p. 17). Ao falarmos de acesso aos serviços de saúde, é necessário que esse acesso seja diferenciado, garantindo os direitos dos povos originários. Aponta-se aqui a relevância da diferença entre a medicina tradicional dos povos indígenas do Brasil e os sistemas ocidentais de saúde, pois:

[...] a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (Brasil, 2002, p. 17-18).

Com relação à pirâmide etária, observamos, na Figura 1, a predominância de crianças e jovens, dos 0 aos 19 anos, e de adultos-jovens, na faixa dos 20 aos 39 anos.

Figura 1 – Pirâmide etária de indígenas aldeados no RS



Fonte: Sistema de Informação da Saúde Indígena (Brasil, 2023a).

Essas faixas etárias representam 80% do total da população de indígenas aldeados. Esse mesmo recorte, na população geral do RS, representa 53% do total populacional, conforme a Tabela 1. A predominância de uma população jovem indica crescimento populacional, assim como vêm indicando os recentes censos populacionais entre indígenas no RS do IBGE e da SESAI, mas, além disso, evidencia a dificuldade de se envelhecer, estando próxima da pirâmide etária de países mais pobres. Enquanto 27% da população geral do RS está concentrada dos 40 aos 59 anos, nos indígenas aldeados temos apenas 14,81%. Esse número cai mais drasticamente quando analisamos a faixa etária dos 60 aos 79 anos, quando a população geral representa 17%, e os indígenas que atingem essa idade são apenas 4%.

Quadro 1 – Grupo de idade da população geral do RS em comparação com a população indígena aldeada

Grupo de idade	População RS (IBGE, 2022)			População indígena aldeada (SIASI, 2023)		
	População feminina (pessoas)	População masculina (pessoas)	% do grupo de idade em relação ao total da população	População feminina (pessoas)	População masculina (pessoas)	% do grupo de idade em relação ao total da população
0 a 4 anos	298.843	310.948	5,6%	1.537	1.542	12,41%
5 a 9 anos	325.131	340.754	6,1%	1.367	1.466	11,42%
10 a 14 anos	308.669	322.165	5,8%	1.270	1.287	10,30%
15 a 19 anos	328.536	340.532	6,1%	1.302	1.219	10,16%
20 a 39 anos	1.596.157	1.558.333	29,0%	4.454	4.427	35,79%
40 a 59 anos	1.538.751	1.420.730	27,2%	1.864	1.811	14,81%
60 a 79 anos	1.032.987	853.611	17,3%	513	480	4,00%
80 anos ou mais	198.140	108.678	2,8%	171	105	1,11%

Fonte: IBGE (2022) e Sistema de Informação da Saúde Indígena (Brasil, 2023a).

4 RACISMO ESTRUTURAL E VULNERABILIDADE

Em um estudo realizado pela Fiocruz em conjunto com Harvard, em 2023, ressaltou-se que, além dos desafios econômicos enfrentados, as comunidades indígenas brasileiras deparam-se diariamente com a barreira do preconceito racial, exacerbando a complexidade de suas lutas cotidianas (De Araújo et al., 2023). O racismo estrutural, em sua forma sutil e sistemática, permeia todas as esferas da vida dessas comunidades. Desde a imposição de uma cultura dominante até a marginalização do acesso a serviços básicos, os povos indígenas enfrentam obstáculos que transcendem questões individuais, configurando-se esse racismo como um fenômeno coletivo. As consequências disso são profundas, afetando não apenas a qualidade de vida, mas também a saúde mental e emocional de crianças e jovens indígenas.

No estado do RS, a situação não é diferente: além do histórico de exclusão e racismo, a situação de vulnerabilidade é agravada pelo baixo número de terras demarcadas, resultando no posicionamento de comunidades em locais com baixa infraestrutura, como acampamentos, terrenos cedidos ou em disputa. Segundo dados do Sistema Indigenista de Informações da FUNAI (Brasil, 2023b) apenas 17 Terras Indígenas estão atualmente regularizadas no estado⁴; 3 (três) áreas foram constituídas Reservas Indígenas⁵; 17 (dezessete) ainda aguardam a finalização das etapas de estudo pela FUNAI⁶; 3 (três) estão delimitadas⁷; 5 (cinco) estão declaradas⁸; e 1 (uma) está homologada⁹, isso sem contar as comunidades que ainda aguardam o início da primeira etapa do procedimento demarcatório. Atualmente, no RS, há também comunidades indígenas em cerca de 28 imóveis estatais, vinculados a diferentes secretarias de estado, que aguardam negociações sobre possibilidades de regularização junto à União. O cenário territorial precário expõe as comunidades indígenas à vulnerabilidade social, econômica e fundiária,

⁴ Terras Indígenas regularizadas são aquelas registradas em cartório em nome da União e no Serviço de Patrimônio da União.

⁵ Reservas Indígenas são aquelas doadas por terceiros, adquiridas ou desapropriadas pela União, que não se confundem com as de posse tradicional e, por esse motivo, não se aplicam às demais fases afetas à identificação por tradicionalidade.

⁶ Essa etapa envolve a realização de estudos antropológicos, históricos, fundiários, cartográficos e ambientais que fundamentam a delimitação da terra indígena.

⁷ Trata-se das terras que tiveram concluídos e publicados os estudos no *Diário Oficial da União* pela FUNAI e encontram-se em análise pelo Ministério da Justiça para expedição de Portaria Declaratória da Posse Tradicional Indígena.

⁸ Consideram-se declaradas aquelas terras que obtiveram a expedição da Portaria Declaratória e estão autorizadas para serem demarcadas;

⁹ São as terras que foram demarcadas e tiveram seus limites homologados pela Presidência da República.

prejudicando seu acesso a direitos básicos, sanitários, nutricionais, educacionais, e a garantia das condições para exercer seus modos de vida.

A situação é ainda agravada por arrendamento de terras e disputas de cacicado e lideranças. Segundo o CIMI, no ano de 2022, o RS foi o terceiro em número de casos de omissão e morosidade na regularização de terras, com 78 casos. Como consequência, o mesmo relatório aponta que o estado foi o maior em número de conflitos relativos aos direitos territoriais de todo o país, com 27 ocorrências no mesmo ano. Os conflitos territoriais, muitas vezes decorrentes do desrespeito histórico aos territórios tradicionais, adicionam outra camada à vulnerabilidade dessas comunidades. A perda de território não é apenas uma questão de espaço físico, mas uma ameaça à vida e à continuidade de práticas culturais e ancestrais produtoras de outras formas de relação com o território e a biodiversidade. A violência associada a esses conflitos ameaça a vida comunitária e contribui para um ambiente de constante tensão, impactando negativamente o bem-estar das gerações mais jovens. A imposição de uma hegemonia cultural estranha à riqueza das tradições indígenas perpetua um ciclo de discriminação. As práticas culturais são muitas vezes desconsideradas, e as crenças ancestrais são postas em xeque, gerando sentimentos de deslocamento e desvalorização que, somados ao histórico de violência e discriminação, aprofundam a situação de vulnerabilidade psicossocial.

Na Figura 2, trazemos informações sobre o número de notificações de violência no RS através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), as quais vem apresentando uma crescente ao longo dos anos, em ambos os sexos, com maior incidência em indígenas do sexo masculino (Rio Grande do Sul, 2023a).

Figura 2 — Série histórica do número absoluto de notificações de violência dos povos indígenas do RS de 2010 a 2023, por sexo biológico



Fonte: SINAN — Portal BI SES/RS, 2023.

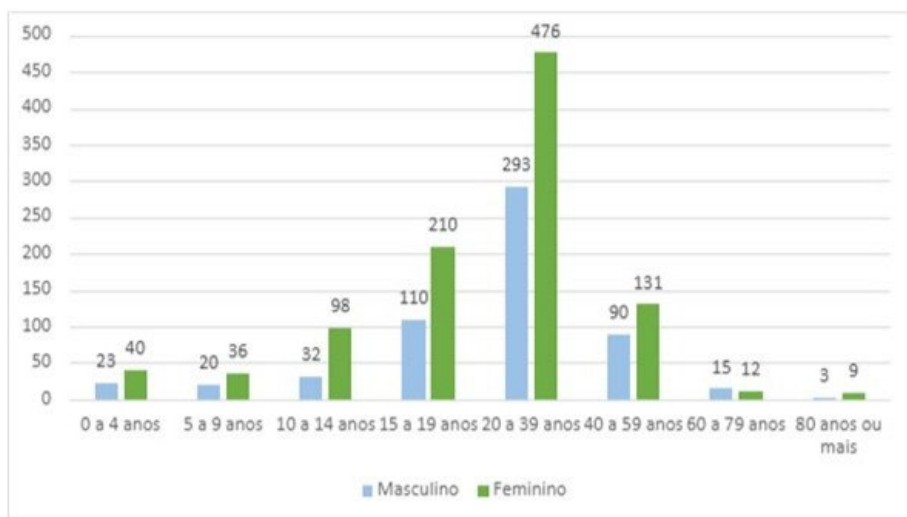
No contexto de aumento da violência, abordar o racismo estrutural exige não apenas intervenções superficiais, mas uma revisão profunda das políticas e práticas que perpetuam essa realidade. Educação antirracista, diálogo intercultural e políticas inclusivas são passos fundamentais. Valorizar e respeitar as tradições indígenas não apenas fortalece a identidade dessas comunidades, mas também desempenha um papel crucial na promoção de uma saúde mental mais robusta. A vulnerabilidade intrínseca resultante do racismo estrutural não é um fardo que essas comunidades devem suportar sozinhas. Exige uma resposta coletiva, envolvendo governos, instituições e a sociedade em geral. Somente através de um compromisso genuíno com igualdade, respeito e justiça podemos começar a dismantlar as raízes profundas do racismo estrutural e, assim, mitigar a vulnerabilidade que assombra a realidade dos povos indígenas no Rio Grande do Sul.

5 PANORAMA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E JOVENS INDÍGENAS

No RSSegundo o CIMI (2023), o RS foi o quarto em número de óbitos por desassistência à saúde de indígenas, tendo, como principal situação a morte de, pelo menos, 6 bebês na Terra Indígena do Guarita, a maior do estado, com cerca de 8 mil indígenas. São apontados ainda, sobre essa TI, a frequente desassistência de médicos e a falta de acompanhamento das gestantes, o uso indiscriminado

de agrotóxicos, a falta de saneamento básico e o arrendamento de terras para o plantio de soja, além de casos de conflitos por disputa de terra e atropelamentos sem prestação de socorro. Boa parte dessas vítimas, diante desse aumento da escalada de violência no estado, são crianças e jovens, na faixa dos 10 aos 19 anos, predominantemente do sexo feminino, como aponta a Figura 3.

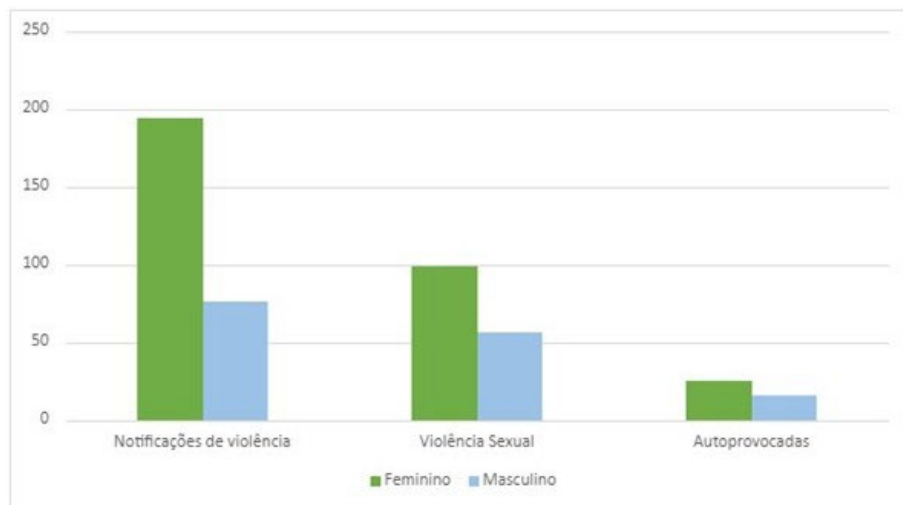
Figura 3 – Número absoluto de notificação de violência dos povos indígenas do RS por faixa etária de 2010 a 2022



Fonte: SINAN - Portal BI SES/RS, 2023.

Quando se observa o tipo de violência, na Figura 4, confirma-se a maior prevalência do sexo feminino tanto nas notificações gerais como em violência sexual e autoprovocadas.

Figura 4 — Número absoluto de notificação de violência, violência sexual e autoprovocada dos povos indígenas do RS por sexo de 2010 a 2023



Fonte: SINAN — Portal BI SES/RS, 2023.

Um fator que impacta significativamente os casos de violência sexual é a gravidez entre jovens. Este é um fenômeno complexo, que impacta diferentes comunidades e grupos étnicos em todo o mundo, incluindo as populações indígenas no Brasil. No contexto do Rio Grande do Sul, é crucial abordar essa questão levando em consideração as particularidades culturais, sociais e de saúde dessas comunidades. A Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), divulgou os resultados de um projeto sobre as desigualdades e a gravidez na adolescência em 2023, levando em consideração a gravidez e a maternidade em adolescentes brasileiras a partir dos bancos de dados nacionais. Os dados referem-se ao conjunto das populações indígenas presentes no território nacional e não apenas no estado do Rio Grande do Sul. Ainda assim, oferece-nos uma situação pertinente de ser analisada, visto o tema debatido ao longo deste capítulo. Segundo informações levantadas pelo projeto, no que toca ao Brasil, as jovens indígenas são as mais afetadas pela gravidez não planejada, assim como as que têm menor acesso ao acompanhamento pré-natal. Segundo os mesmos dados, 30% estão na faixa dos 10 a 19 anos de idade, mas 5% estão na faixa dos 10 a 14 anos de idade, o que, segundo a avaliação da Fiocruz, destaca fortes evidências de esses casos de gravidez estarem relacionados a casos de violência sexual. Além do fato desse entendimento da Fiocruz ser corroborado pela súmula 593 do STJ, que estabelece as situações nas quais o crime de estupro é presu-

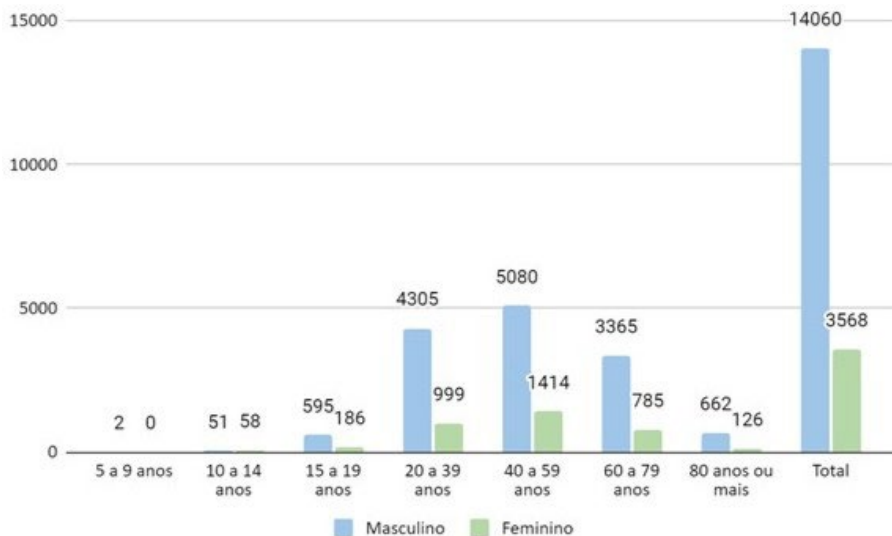
mido, como no caso de estupro de vulnerável, vale ressaltar que as barreiras impeditivas ao acesso do acompanhamento pré-natal e ao aborto legal, no caso da violência sofrida, configuram-se, também, como uma notória violação de direitos. Em resumo, a gravidez entre jovens indígenas no Rio Grande do Sul representa um desafio multifacetado, exigindo uma abordagem abrangente que leve em consideração aspectos culturais, sociais e de saúde. O envolvimento do SUS, aliado a políticas públicas sensíveis à diversidade cultural, é fundamental para enfrentar essa questão e promover o bem-estar desses jovens e de suas comunidades.

6 SUICÍDIO ENTRE INDÍGENAS NO RS

Evidências científicas têm demonstrado um maior risco de suicídio entre grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, como indígenas, migrantes e refugiados e população LGBTQIA+ (Brasil, 2021, p. 7). Algumas pesquisas apontadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2021) observaram uma mortalidade indígena 4,4 vezes superior à da população não indígena no Amazonas e 74% maior em estados como Roraima. Também apontam que a média nacional é quase 3 vezes superior, com um risco maior na faixa dos 15 a 19 anos de idade (Brasil, 2021, p. 8). Para os pesquisadores, os resultados têm ligação com as transformações socioculturais no contato com as sociedades não indígenas e com a passagem para a vida adulta.

Em concordância com essa tendência, De Araújo et al. (2023) observam um aumento na taxa de suicídio entre indígenas, com um índice elevado na faixa dos 10 aos 20 anos. Embora o estudo traga um enfoque para os altos números observados nas regiões norte e centro-oeste, os autores chamam a atenção para as desigualdades no acesso à saúde mental, bem como para a extrema vulnerabilidade a que estão submetidos os povos indígenas brasileiros, que sofrem com racismo estrutural, conflitos recorrentes e crises sanitárias, entre outras violências causadas pela hegemonia cultural. Para análise comparativa entre indígenas e a população geral, analisou-se, entre os anos de 2010 e 2023, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com o registro de 17.628 casos de suicídios. A faixa etária com maior concentração na população geral é dos 40 a 59 anos, concentrando 36,84% do total de casos. Ao fazermos a análise por sexo, percebe-se predomínio do sexo masculino, representando 79,8% dos casos. Analisando este dado entre crianças e jovens de 5 a 19 anos, no mesmo período, sendo os dados de 2022 e 2023 ainda preliminares, observamos o total de 892 óbitos por suicídio, representando 5% (Rio Grande do Sul, 2023b).

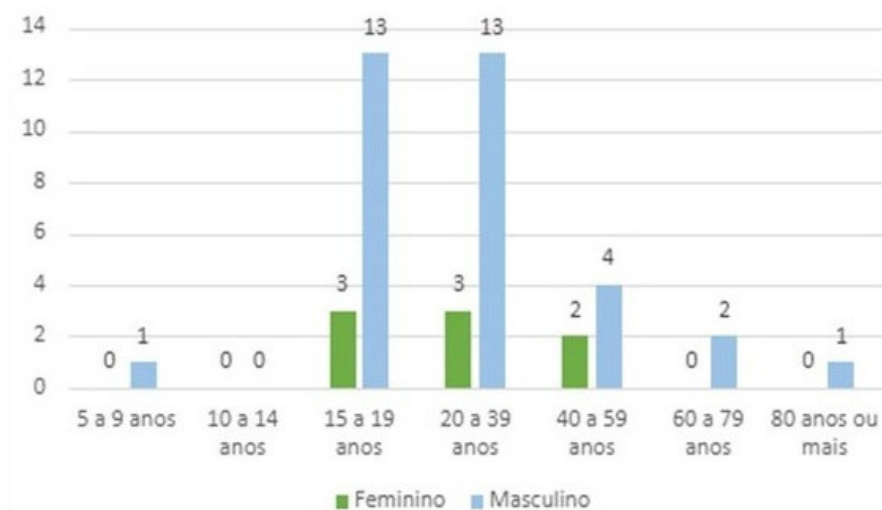
Figura 5 — Número absoluto de suicídios da população geral do RS de 2010 a 2023 por sexo biológico



Fonte: SIM — Portal BI SES/RS, 2023.

Conclui-se, ao se analisar o recorte de raça/cor indígena e o panorama apresentado na Figura 3, uma mudança na concentração etária dos casos em relação às demais violências, a qual é maior entre as faixas de 15 a 19 anos e de 20 a 39 anos, ambos com 38,10%. O comportamento por sexo mantém o comportamento da população geral do RS, representando 80,95% dos casos. Ao se observar esse dado no que concerne crianças e jovens de 5 a 19 anos, no mesmo período, sendo os dados de 2022 e 2023 ainda preliminares, o percentual de crianças e jovens representa 40,4% do total de casos (Rio Grande do Sul, 2023b).

Figura 6 — Número absoluto de suicídio dos povos indígenas do RS de 2009 a 2023, por sexo biológico



Fonte: SIM - Portal BI SES/RS, 2023.

Ao analisar os casos entre crianças e jovens de 5 a 19 anos, pode-se observar, através da Figura 3, um aumento ao longo do tempo, com oscilações entre os. Outro ponto a se observar, nas Figuras 2 e 3, é que, em todos os anos da série histórica, o suicídio entre os indígenas do sexo masculino foi maior do que no sexo feminino. Essa realidade é identificada e explicada por Braga et al. (2020), que trazem, como explicação os comportamentos masculinos “relacionados à competitividade, maior agressividade, bem como facilidade de acesso às armas de fogo e dificuldades no enfrentamento de situações econômicas desfavoráveis” (Braga et al., 2020, p. 4). Esses mesmos autores ainda vinculam esse desfecho menor em mulheres, vinculando a “menor dependência ao álcool, maior religiosidade, percepção precoce de sinais de risco para depressão e doenças mentais, recorrendo ao serviço de saúde e às redes de ajuda em momentos de crise” (Braga et al., 2020, p. 4).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em âmbito da saúde, temos políticas públicas que visam à proteção da saúde das crianças e adolescentes. A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, seguindo as diretrizes da OMS, abrange jovens de 0 a 19 anos. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, conforme definida pelo Ministério da Saúde, considera crianças na faixa etária de 0 a 9 anos e primeira infância de 0 a 5 anos. Essas políticas fornecem um arcabouço importante, mas é crucial reconhecer que o aumento dos casos de suicídio aponta lacunas na eficácia dessas medidas. A abordagem integral à saúde mental dessas comunidades indígenas deve ir além das classificações etárias e considerar a interseccionalidade dos desafios enfrentados por esses jovens, levando em conta as especificidades culturais e sociais. O enfrentamento dessa crise exige uma resposta coordenada, que envolva não apenas os setores de saúde, mas também ações que combatam o racismo estrutural e promovam o entendimento intercultural. Este é um chamado urgente para uma abordagem holística, visando não apenas a mitigar os efeitos imediatos da crise suicida, mas também a criar condições para um futuro mais saudável e resiliente para as crianças e jovens indígenas no Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

- BRAGA, C. M. R. *et al.* Suicídio na população indígena e não indígena: uma contribuição para a gestão em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, v. 73, Edição Suplementar 1: Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental), e20200186, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GggZ5vDkQpVY5HfVgXnb6kv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2023.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 dez. 2023.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 28 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI). **Terras Indígenas**. Brasília, DF: Sistema Indigenista de Informações, 2023b. Disponível em: http://sii.funai.gov.br/funai_sii/informacoes_indigenas/visao/visao_terras_indigenas_lista.wsp?tmp.uf_codigo=23&tmp.terrai_codigo=&tmp.etnia_codigo=&tmp.coord_codigo=&tmp.mun_codigo=&tmp.fase_codigo=. Acesso em: 19 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: Orientações para implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%Ao-Sa%C3%BAdade-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico** 33. Volume 52. Brasília, DF: MS, 2021. Acesso em: 29 dez. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_

svs_33_final.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). **População Indígena**. Brasília, DF: MS, SESAI, Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIAI), 2023. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai_pop_indigena/sesai_pop_indigena.html#. Acesso em: 28 dez. 2023.

COHN, C.. O que as crianças indígenas têm a nos ensinar? O encontro da etnologia indígena e da antropologia da criança. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, n. 60, p. 31-59, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000200002>. Acesso em: 28 dez. 2023.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Relatório da Violência contra os Povos Indígenas**: dados de 2022. Brasília, DF: CIMI, 2023.

DE ARAÚJO, J. A. P. et al. Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: A descriptive study. **The Lancet Regional Health – Americas**. v. 26, 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00165-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00165-5/fulltext). Acesso em: 14 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama do Censo 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama>. Acesso em: 28 dez. 2023.

LONGO, Cristiano. **A Punição Corporal Doméstica de Crianças e Adolescentes**: o olhar de autores de livros sobre educação familiar no Brasil (1981-2000). São Paulo: Ieditora, 2002. Disponível em: <https://www.cesarkallas.net/arquivos/livros/direito/00850%20-%20A%20Puni%20E7%20E30%20Corporal%20Dom%20Egstica%20de%20Crian%20E7as%20e%20Adolescentes.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2023.

QUINTERO, Pablo e MARÉCHAL, Clémentine. Populações Kaingang, processo de territorialização e capitalismo colonial/moderno no Alto Uruguai (1941-1977). **Horizontes antropológicos**, 58, Porto Alegre, 2020, p. 153-190.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde (SES). Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes**. Porto Alegre: SES/RS, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde (SES). Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS). Políticas de Promoção da Equidade em Saúde. **Boletim informativo Saúde Indígena**, v.1, nº 1. Porto Alegre: SES/RS, 2023. Disponível em: <https://admin.atencaoabasica.rs.gov.br/upload/arquivos/202404/19110543-boletim-informativo-saude-indigena.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde (SES). Portal Business Intelligence (BI): Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-RS)**. Porto Alegre: SES/RS, 2023a. Acesso em: 27 dez. 2023. Disponível em: <https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde (SES). Portal Business Intelligence (BI): Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Porto Alegre: SES/RS, 2023b. Acesso em: 27 dez. 2023b. Disponível em: <https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>.

SOUZA, Ronaldo Santhiago Bonfim de et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, e58. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.58>. Acesso em: 29 dez. 2023.

8. CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO SUJEITOS DE DIREITOS E O ACESSO AO ABORTO LEGAL

Angela Ester Ruschel

Gisleine Lima da Silva

Maura Carolina Belomé da Silva

Rosângela Machado Moreira

Simone Medianeira Scremin

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os direitos de crianças e adolescentes atravessaram mudanças históricas e paradigmáticas. Foi a partir da Constituição Cidadã de 1988 que a Doutrina da Proteção Integral foi instituída no país, sendo posteriormente regulamentada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) — Lei Federal nº 8.069/90 (Leite, 2006). Essa doutrina confere, a crianças e adolescentes, a condição de sujeitos, e estabelece prioridade absoluta às ações destinadas a eles, tendo em vista que, embora sejam reconhecidos como sujeitos de direitos, encontram-se em situação peculiar de desenvolvimento (Brasil, 1990). Assim, são necessárias priorização e garantia dos seus direitos em todas as esferas, delegando a efetivação dessas prerrogativas à família, às autoridades, aos agentes públicos e à sociedade em geral. Segundo o ECA (Brasil, 1990), consideram-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente entre doze e dezoito anos.

Na esteira dessa visão, há o reconhecimento de que crianças e adolescentes devem ter seus direitos sexuais e reprodutivos protegidos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), a saúde sexual abrange o bem-estar físico, emocional, mental e social ligados à sexualidade. O exercício saudável da sexualidade está “intimamente relacionado ao respeito, proteção e cumprimento de direitos humanos como o direito à não discriminação, à privacidade e à confidencialidade, a não sofrer violência e coerção, assim como o direito pleno à educação, informação e ao acesso a serviços de saúde” (OMS, 2020, p. 10).

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos de adolescentes são reconhecidos como direitos humanos em documentos nacionais e internacionais e, de acordo com o

Ministério da Saúde (Brasil, 2016, p. 6), “o acesso à informação de qualidade e às oportunidades para o exercício desses direitos individuais, sem discriminação, coerção ou violência, baseia decisões livres e responsáveis sobre a vida sexual e a vida reprodutiva”. E, conforme o Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (PEEVSCA) (Rio Grande do Sul, 2019), os direitos sexuais e reprodutivos desse público devem ser compreendidos na sua macrodimensão, na perspectiva do desenvolvimento saudável da sexualidade e não restritiva à genitalidade.

Pretende-se, com esse texto, refletir sobre os direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes, a partir da perspectiva dos direitos humanos fundamentais, preconizados pela Constituição Federal e sua intersecção com o aborto previsto em lei. Acredita-se, assim como descrito no PEEVSCA, que é preciso assegurar a proteção das crianças e adolescentes contra toda e qualquer ação/agressão que interfira no desenvolvimento sadio da sua sexualidade, bem como que possamos garantir a segurança de seus corpos e de seus limites e, assim, protegê-los de qualquer atividade sexual incompatível para a idade ou que possa causar danos ao seu bem-estar psicológico, cognitivo e emocional (Rio Grande do Sul, 2019).

Nessa perspectiva, será apresentado um panorama histórico-legal relacionado à construção de políticas e ações voltadas à saúde reprodutiva, e discutiremos a dinâmica social que envolve a responsabilidade pelo acontecimento de uma gestação, que recai sobre meninas e mulheres, pontuando aspectos, principalmente, do estupro de vulnerável e do direito à interrupção legal da gestação. Em publicação sobre o tema, o Ministério da Saúde (Brasil, 2013) reconheceu as dificuldades enfrentadas pelos(as) profissionais de saúde em abordar os aspectos relacionados à saúde sexual, sendo apontadas como uma questão que levanta polêmicas na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus.

Ao final, serão analisados alguns dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Saúde (SINAN) (Brasil, 2023), da Secretaria de Segurança Pública (SSP/RS) (Rio Grande do Sul, 2024) e do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) (Brasil, 2023a). Essas informações serão discutidas a partir do desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes e sua sexualidade, da ocorrência de gestações precoces e da possibilidade de realização do aborto dentro dos permissivos legais brasileiros.

2 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NA PERSPECTIVA DE DIREITOS HUMANOS

Os direitos sexuais e reprodutivos são parte fundamental dos direitos humanos, abrangendo um conjunto relacionado à sexualidade e à reprodução das pessoas. Esses direitos são reconhecidos internacionalmente e têm, como base, princípios fundamentais, incluindo autonomia, igualdade, não discriminação e direito à saúde.

A sexualidade, como manifestação de pensamentos, desejos, atitudes e comportamentos, é influenciada por diversos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. A Declaração dos Direitos Sexuais (WAS, 2014) destaca a necessidade de igualdade e não discriminação para proteger esses direitos contra distinções baseadas em critérios como raça, gênero, religião, orientação sexual, identidade de gênero e estado de saúde.

Silva *et al.* (2019) ressaltam o papel central do feminismo na formulação dos conceitos de direitos reprodutivos, enquanto os direitos sexuais são moldados por uma colaboração mais ampla de movimentos sociais, incluindo movimentos LGBTQIA+ e feministas. De acordo com os autores, a autonomia na esfera reprodutiva é vinculada aos direitos reprodutivos, enquanto a liberdade no exercício da sexualidade está relacionada aos direitos sexuais.

A importância de considerar os direitos sexuais e reprodutivos como áreas separadas é defendida para assegurar a independência entre eles e permitir conexões com outras esferas sociais. Essa abordagem reconhece razões históricas, como a defesa da liberdade sexual das mulheres para garantir autonomia nas decisões reprodutivas, representando uma resistência contra uma moral conservadora (Silva *et al.*, 2019).

Gomes (2021) destaca que, embora os direitos sexuais e reprodutivos compartilhem sobreposições, suas ênfases e focos são distintos. A sexualidade pode ser separada da reprodução, evidenciada no uso de contraceptivos, em relações entre pessoas do mesmo sexo e em situações em que a concepção não é possível. Direitos como acesso a métodos contraceptivos e ao aborto encontram-se na interseção entre esses conjuntos.

É inegável o avanço na conquista do direito ao respeito e na decisão sobre os corpos de meninas e mulheres, a partir da luta dos movimentos feministas, mas a autonomia sexual e reprodutiva ainda é campo de desafios e de disputas acirradas nas esferas social, judicial e parlamentar. São inúmeros os projetos de lei apresentados pelo legislativo, tramitando nas diversas esferas de governo, que ferem princípios e acordos internacionais relacionados aos direitos sexuais e re-

produtivos, o que demonstra que a autonomia reprodutiva é relativa e perpassada pelos movimentos da sociedade e sua cultura.

A discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos, gênero e sexualidade é crucial em todas as esferas públicas e faixas etárias, especialmente para crianças e adolescentes em fase de desenvolvimento. A necessidade de abordar essas questões de maneira acessível, informativa e respeitosa é vital para a capacidade de tomar decisões informadas, compreender a importância do respeito à diversidade e de promover relacionamentos saudáveis.

Brabo, Silva e Maciel (2020) analisaram as políticas educacionais no Brasil, enfocando direitos sexuais e reprodutivos de jovens e adolescentes. Apesar do reconhecimento legal de seus direitos, persistem os obstáculos à participação ativa desses grupos. As escolas têm um papel crucial, integrando currículos inclusivos e criando ambientes seguros para discussões e expressão livre de identidade e orientação de gênero.

A promoção da educação sexual e do respeito à diversidade ajuda a combater estereótipos prejudiciais, preconceitos e discriminação, contribuindo para o desenvolvimento de jovens mais conscientes e respeitosos. O diálogo e a educação ativa sobre gênero e sexualidade são ferramentas essenciais na construção de sociedades mais inclusivas e igualitárias, onde todos os indivíduos, independentemente de sua identidade de gênero ou orientação sexual, possam desfrutar de igualdade de direitos e oportunidades.

Além disso, ressalta-se a importância da educação sexual entre os adolescentes como uma ferramenta de proteção contra a violência sexual. A inclusão de temas relacionados à sexualidade nos currículos escolares contribui para a formação de jovens informados e capacitados a compreender seus direitos, reconhecer situações de abuso e buscar ajuda quando necessário.

Organismos internacionais de direitos humanos têm enfatizado a importância dos Estados fornecerem educação e informações relacionadas à sexualidade para adultos(as) e adolescentes (OMS, 2020). Além disso, não deve haver censura nem restrições a informações sobre saúde sexual com respaldo científico.

3 ESTUPRO DE VULNERÁVEL – UM PANORAMA HISTÓRICO-LEGAL

Crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, que gozam de todas as proteções da pessoa humana, contudo, diferente de outros ciclos de vida, estão em “condição peculiar de pessoas em desenvolvimento”, de acordo com o art. 6º do ECA (Brasil, 1990). Isso significa que há especificidades dessa população que exigem prioridade de investimento das políticas públicas e que as colocam em condição de vulnerabilidade.

Até 2009, o Código Penal brasileiro estabelecia a regra de presunção de violência: se a vítima não fosse maior de 14 anos; se fosse alienada ou débil mental e se o agente conhecesse esta circunstância; ou se essa não podia, por qualquer outra causa, oferecer resistência (art. 224, alíneas “a” a “c”). A revogação do artigo 224 do Código Penal, pela Lei nº 12.015/2009, extinguiu a regra de presunção de violência e criou uma nova tipificação penal que define o estupro de vulnerável (art. 217-A) como “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos” (Brasil, 2009). É considerada, também, como vulnerável, aquela pessoa que, por enfermidade ou deficiência mental, não tenha o necessário discernimento para a prática do ato ou que, por qualquer outra causa, não possa oferecer resistência (§ 1º).

Ao tratar desse tema, a Lei nº 13.431/2017 (Brasil, 2017) tipificou, como abuso sexual, qualquer ação que “se utiliza de uma criança ou adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado presencialmente ou por meio eletrônico, com fins de estimulação sexual do agente ou de terceiro”. Crianças e adolescentes também podem ser vítimas de exploração sexual quando são expostas a atividades sexuais em troca de remuneração ou outra forma de compensação. Muitas vezes, essas situações são crônicas e levam anos para serem reveladas, e os agressores comumente são pessoas próximas ou familiares, como pais e padrastos (Ribeiro; Ferriani; Reis, 2004).

Para o Superior Tribunal de Justiça (STJ), o objetivo da lei que tipifica o estupro de vulnerável é proteger a liberdade sexual de pessoas com menos de 14 anos, pois essas ainda não atingiram a maturidade necessária para assumir todas as consequências de suas ações (Brasil, 2017a). Além disso, a Lei nº 13.718/2018 acrescentou o parágrafo 5º ao art. 217-A, estabelecendo que “as penas previstas no caput e nos §§ 1º, 3º e 4º deste artigo aplicam-se independentemente do consentimento da vítima ou do fato de ela ter mantido relações sexuais anteriormente ao crime” (Brasil, 2018).

A Lei Penal estabelece um limite objetivo para o reconhecimento da voluntariedade do ato sexual, considerando que crianças e adolescentes com menos de 14

anos possuem um incompleto desenvolvimento físico e psíquico. Conforme o STJ (Brasil, 2017a), situação similar é a estabelecida no Novo Código Civil Brasileiro, que considera os menores de dezesseis anos absolutamente incapazes para exercer os atos da vida civil, ficando proibidos de se casarem, senão com autorização de seus representantes legais (art. 3º, inciso I; e art. 1.517).

Em 2022, o Ministério Público do Rio Grande do Sul (MPRS) lançou uma cartilha intitulada “Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: Orientações a Conselheiros e Conselheiras Tutelares” (Rio Grande do Sul, 2022). O MPRS orienta que toda a criança ou adolescente gestante com menos de 14 anos (estupro de vulnerável) deve ser encaminhada a um serviço de referência para o abortamento legal, onde terá acesso às informações acerca dos seus direitos: interromper a gravidez; seguir em acompanhamento em programa de pré-natal de alto risco; e/ou optar pela entrega responsável do recém-nascido após o parto. Esses serviços possuem equipes especializadas e com conhecimento técnico para ajudar a criança ou adolescente e seus familiares no processo decisório sobre o seguimento ou não da gestação. Além disso, o documento ressalta que o boletim de ocorrência policial ou a autorização judicial não são obrigatórios para a realização dos procedimentos de interrupção da gravidez nos casos de estupro, inclusive quando se tratar de criança ou adolescente.

4 VIOLÊNCIA, GRAVIDEZ E O ABORTO LEGAL: IMPACTOS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Apesar do avanço legislativo, ainda presenciamos, no Brasil, diversas situações de violação de direitos de crianças e adolescentes em relação à temática da violência sexual e à interrupção da gestação. Pesquisas recentes mostram dados alarmantes relacionados à violência sexual no Brasil. Foram 74.930 casos de estupro em 2022, nos quais a maioria das vítimas eram mulheres (87,5%), e o maior número de registros (61,4%) foi na faixa etária abaixo dos 13 anos de idade (FBSP, 2023). Contudo, uma pesquisa de 2023, apresentada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), estima que somente 8,5% dos casos de estupro no Brasil são oficialmente comunicados às autoridades policiais, e que apenas 4,2% são registrados nos sistemas de informações de saúde (Ferreira *et al.*, 2023).

Entre os agravos resultantes dessa violência, a gravidez não intencional é uma das consequências mais impactantes para a saúde física e mental das meninas, sendo que muitas são impedidas de interrompê-la devido a diversas barreiras, que vão des-

de a falta de informação até a dificuldade dos (das) profissionais de saúde em identificar e encaminhar corretamente essas situações. Apesar de ser criminalizado, o aborto é permitido no Brasil em três situações: anencefalia fetal (Brasil, 2012); quando a gravidez causa risco à vida da mulher; ou é quando a gravidez é decorrente de violência sexual, não havendo indicativo que limite a que tempo isso possa ser feito (Brasil, 1940). Como já discorrido anteriormente, a lei entende que qualquer relação sexual com pessoa menor de 14 anos é um estupro de vulnerável, baseado no entendimento de que, nessa idade, o indivíduo ainda não tem maturidade plena para fazer escolhas e tomar decisões. Mesmo que tenha havido consentimento, isso é legalmente irrelevante para a tipificação penal (Brasil, 2018). Nesse contexto, é importante ressaltar que o aborto é um direito e que todas as meninas atendidas pelos (as) profissionais, bem como seus familiares, devem ser orientadas quanto a essa possibilidade.

Ainda hoje há pouca informação sobre isso, apesar do longo período transcorrido desde a sua previsão legal. O aborto, em casos de violência sexual, foi incluído como um cuidado de saúde dentro de uma política pública pelo estado brasileiro apenas em 1999, mesmo sancionado em lei desde 1940. A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes trouxe diretrizes e protocolos para o atendimento emergencial de pessoas vitimadas, tanto no âmbito da saúde física e mental quanto em relação à realização do aborto legal nos casos de gravidez (Brasil, 1999). Essa normativa teve sua última revisão em 2012, quando foi agregada a importância da atenção humanizada, do registro de informações e da coleta de vestígios. Apesar dessa normativa propor “a articulação e integração dos serviços e do atendimento de forma a evitar a revitimização destas mulheres e, acima de tudo, oferecer o atendimento humanizado e integral” (Brasil, 2012, p. 8), existem, atualmente, diversos aspectos que exigem atualizações, devido aos avanços científicos e às novas diretrizes apresentadas pela OMS que a Norma Técnica não contempla.

Cabe ainda ressaltar que a gravidez de meninas em idade precoce poderia ser enquadrada em outro permissivo legal, que é o de risco de vida, pois trata-se de um corpo em processo de desenvolvimento e sem condições plenas de gestar. Há um risco aumentado de complicações obstétricas, como anemia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional e parto prematuro. Além disso, a frequência de complicações neonatais e de baixo peso do recém-nascido é maior, e as taxas de mortalidade infantil também são mais altas. As taxas de mortalidade materna entre gestantes menores

de 14 anos chegam a ser 5 vezes maiores do que entre gestantes entre 20 e 24 anos (Conde-Agudelo; Belizán; Lammers, 2005).

Os números apresentados pelo Ministério da Saúde, em relação a meninas entre 10 e 14 anos que foram submetidas ao parto ou cesariana, são estarrecedores. Entre os anos de 2015 e 2019, foram mais de 110 mil casos, e, em 2020, foram mais de 19 mil bebês nascidos de mães com até 14 anos de idade no Brasil (Brasil, 2020). De acordo com os dados do IBGE (2015), a cada 10 meninas grávidas ou com filhos, 7 são negras e 6 não trabalham e não estudam, o que revela um aumento da vulnerabilidade na interseccionalidade racial e de classe social. Os efeitos psicossociais para essas meninas são intensos, tais como a baixa autoestima, a alta porcentagem de abandono escolar e o abuso de álcool e outras drogas (Azevedo *et al.*, 2015).

5 DIFICULDADES NO ACESSO AO ABORTO LEGAL NO RS

Dentre as violências que vitimizam as mulheres, a sexual é, sem dúvidas, a mais silenciada. Pouco ainda se fala sobre esse dilema que afeta tantas mulheres e meninas no Brasil e no mundo e que atinge uma em cada 5 meninas durante a infância (OMS, 2014). Em torno de 7% das situações de violência sexual resultam em gravidez (Cerqueira; Coelho, 2014), o que é, muitas vezes, o motivo da revelação das agressões sofridas. Segundo Giugliani *et al.* (2021), a condição de indivíduo ainda em desenvolvimento e o conhecimento insuficiente sobre o funcionamento de seus corpos, somados à confusão emocional de estar submetida a um abuso que, na maioria das vezes, é perpetrado por uma pessoa de suas relações de afeto, prejudica não somente a detecção e o entendimento da gravidez em curso, mas também a sua revelação e denúncia. É comum, portanto, que, nessas situações, meninas grávidas de uma violência sexual demorem para chegar ao serviço de saúde ou a outro serviço da rede de proteção.

O silêncio que envolve uma gestação decorrente de violência sexual é carregado de sentimentos de vergonha, medo e impotência, além de receios em relação ao julgamento moral. A vítima sente-se culpada pelo ocorrido e também por toda a desorganização familiar e social que a revelação da situação acarreta. Acrescido a isso, o que também impacta negativamente a possibilidade de buscar ajuda e que retarda a chegada aos serviços de meninas grávidas após uma violência sexual é a falta de informação (Ruschel, 2022). A maioria das mulheres e meninas não sabe que existe o direito ao aborto, visto que esse é um procedimento criminalizado no país,

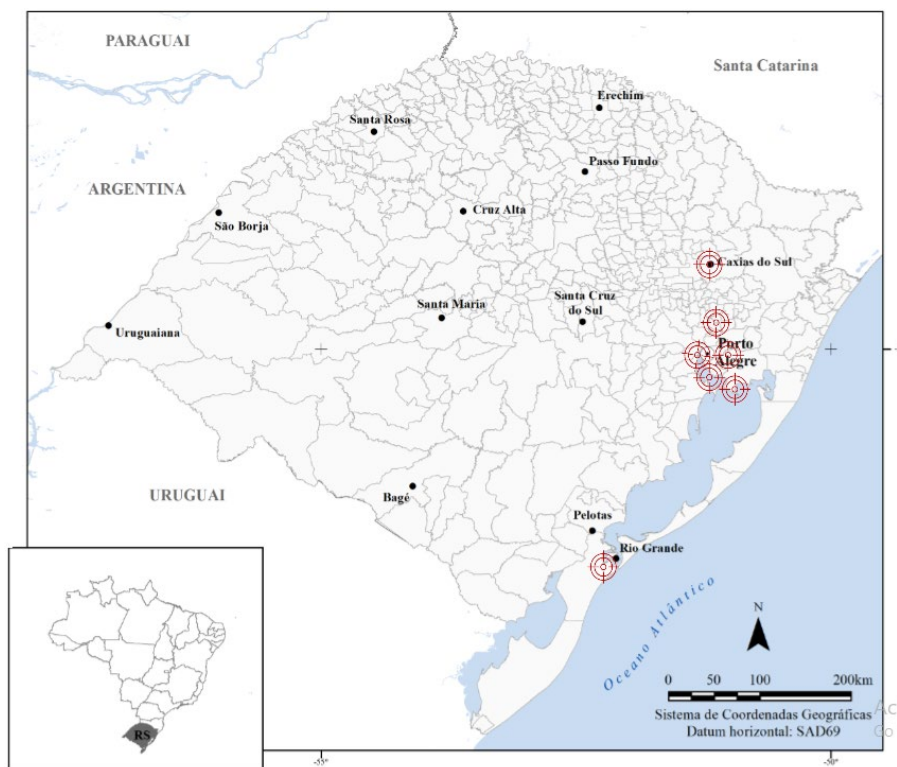
tampouco conseguem descobrir qual a forma de acesso aos serviços que realizam o procedimento. O fato de o Brasil ter uma legislação muito restritiva em relação ao aborto aumenta a desinformação sobre a previsão legal de interromper uma gestação decorrente de estupro e, conseqüentemente, traz mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Blake, 2015).

Além disso, as adolescentes grávidas de uma violência sexual têm menor chance de realizar um aborto decorrente de violência sexual, por terem pouca autonomia e porque, muitas vezes, é o familiar ou responsável que percebe a gravidez. Esse é outro motivo que retarda a chegada aos serviços, criando uma maior exposição a complicações decorrentes do procedimento (Pedroso, 2010).

Há uma clara dificuldade em falar sobre o tema aborto, que, assim como a violência sexual, mostra-se um tabu no Brasil (Giugliani, 2021). Inclusive, um grande número de profissionais da saúde, da educação e da segurança pública desconhece o direito ao aborto legal e, quando conhece, não sabe sobre os fluxos de encaminhamento nem identifica os serviços de referência na sua região.

Outro ponto crítico para o acesso ao aborto legal é a escassez de serviços, o que pode exigir longos deslocamentos até grandes centros urbanos, onde os poucos serviços de referência estão localizados. No Rio Grande do Sul (RS), há 7 serviços cadastrados no Ministério da Saúde para interrupção legal e voluntária da gestação: Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Fêmina, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Miguel Riet de Rio Grande e Hospital Universitário de Canoas. Comparado com outros estados brasileiros, isso pode ser visto como uma boa capacidade instalada, mas não é suficiente ou adequado para atender a toda a demanda existente e/ou para diminuir as dificuldades impostas a meninas nessa condição.

Figura 1 – Mapa com os serviços de referência ao aborto legal cadastrados no RS, 2024



Fonte: Fundação de Economia e Estatística (FEE) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2024).

Quando dispomos, no mapa do estado do RS, conforme exemplificado na Figura 1(CNES, 2024), a localização desses serviços, observa-se que algumas regiões apresentam grande vazio assistencial, o que gera desassistência e impõe uma verdadeira peregrinação geográfica que, muitas vezes, impede o acesso ao direito. Nessa situação, a revitimização das meninas, obrigadas a seguir com uma gestação indesejada, é decorrente da negligência do Estado em oferecer serviços adequados.

Outra barreira institucional que se apresenta nessa rota crítica de acesso ao aborto previsto em lei é a alegação de objeção de consciência por parte dos(as) profissionais, principalmente da área médica. Essa prerrogativa está prevista no Código de Ética Médica e assegura o direito à recusa de atendimento baseado em crenças religiosas, morais, filosóficas ou éticas. Esse direito é comumente alegado nos casos

de necessidade de aborto, prejudicando a assistência às mulheres e criando um impeditivo de acesso a um direito legal. A objeção de consciência não pode se sobrepor ao direito das pacientes, e não pode ser usada caso não haja outro profissional da mesma área que assuma o cuidado em saúde (CFM, 2019). Além disso, o(a) profissional tem o direito à objeção de consciência, mas a instituição não, devendo amparar e garantir o direito dessas meninas e mulheres.

O limite de idade gestacional para a realização do aborto legal também é um aspecto que tem causado debate. A legislação brasileira não restringe o direito, e o entendimento jurídico, a partir da jurisprudência, é de que a interrupção legal pode ocorrer a qualquer tempo. No entanto, os serviços de referência, em sua maioria, ainda não atualizaram os protocolos de atendimento. Além disso, ainda não houve a revisão da Norma Técnica do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), que estabelece o limite de 22 semanas e o peso fetal de até 500g para o aborto. Isso pode dificultar o exercício do direito de meninas e mulheres com idade gestacional avançada.

Ressalte-se que as diretrizes publicadas pela OMS em 2022 orientam que a gravidez pode ser interrompida com segurança em qualquer momento, embora os métodos de aborto possam variar de acordo com a idade gestacional. A restrição ao aborto legal, portanto, refere-se ao método utilizado e não ao período em que se encontra a gravidez. De acordo com essa diretriz, os Estados são orientados a revisar suas leis e protocolos, de forma a garantir que mulheres e meninas tenham acesso ao aborto seguro, preservando-as de recorrer a práticas clandestinas e que coloquem em risco sua saúde (OMS, 2022). Em âmbito nacional, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendou, aos(as) médicos(as) ginecologistas, especialmente àqueles(as) que atuam em serviços de referência de aborto legal, a adequação dos protocolos às normativas internacionais da OMS e da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que não limitam a assistência a meninas e mulheres em situação de aborto legal à idade gestacional (FEBRASGO, 2022).

6 DADOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E DE NASCIDOS VIVOS DE PARTURIENTES ADOLESCENTES

A Pesquisa Nascer no Brasil, de 2012 (Fundação Oswaldo Cruz, 2012), aponta que 55,4% das gestações no país são não intencionais. Em adolescentes, esse número sobe para 66%, sendo que, desse percentual, 30% não são desejadas. Esse cenário,

aliado aos permissivos legais restritivos para a interrupção da gestação vigentes no país, contribui para a alta prevalência de abortos inseguros e de riscos de danos à saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres, impactando também na razão de óbitos maternos decorrentes de aborto inseguro.

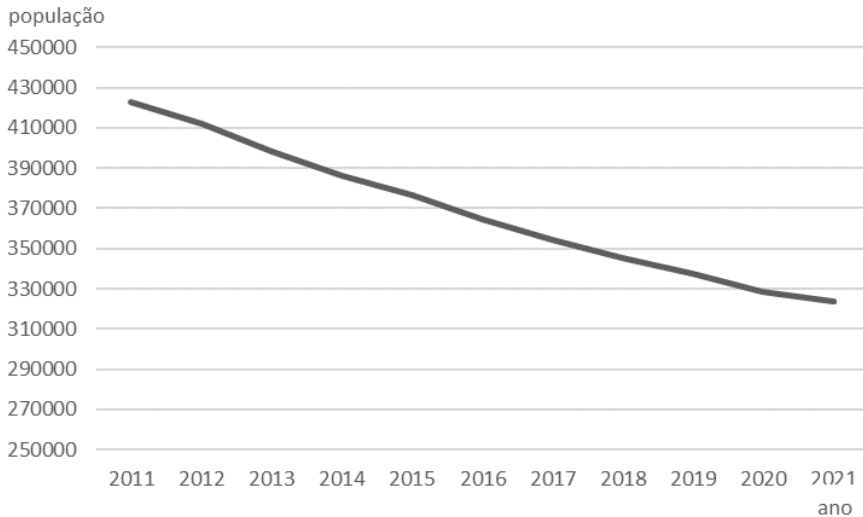
O mapeamento da rede de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes no RS, realizado pelo Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (CEEVSCA) em 2022, identificou que 40,2% dos municípios (115 respondentes de um total de 288) não referenciaram ou não souberam responder se as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, com suspeita ou confirmação de gravidez, foram informadas sobre seu direito e/ou encaminhadas a um dos hospitais de referência para interrupção legal da gravidez. Ademais, 38,5% (111) dos municípios respondentes afirmaram não haver registro de criança ou adolescente nessa situação (Rio Grande do Sul, 2022).

Esses dados corroboram a prática evidenciada empiricamente pela gestão estadual no acompanhamento e apoio aos municípios e maternidades do RS, que percebe uma dificuldade de identificação dos casos, além da naturalização da situação de violência, muitas vezes mascarada pelo discurso do consentimento, principalmente se a criança ou adolescente estiver em uma “relação conjugal” ou “de namoro”. Além disso, percebe-se um comportamento investigativo por parte dos(das) profissionais, buscando a confirmação da situação de violência em detrimento do cuidado e proteção. Há uma tendência à culpabilização dessas meninas, o que cria processos de revitimização.

Esta é uma realidade que se acirra no contexto de vulnerabilidade e de desigualdade social brasileiro. A insuficiência de investimentos nas políticas sociais ancoradas no direito ao acesso às necessidades básicas expõe crianças e adolescentes a situações de miserabilidade, violações, abusos e de exploração sexual.

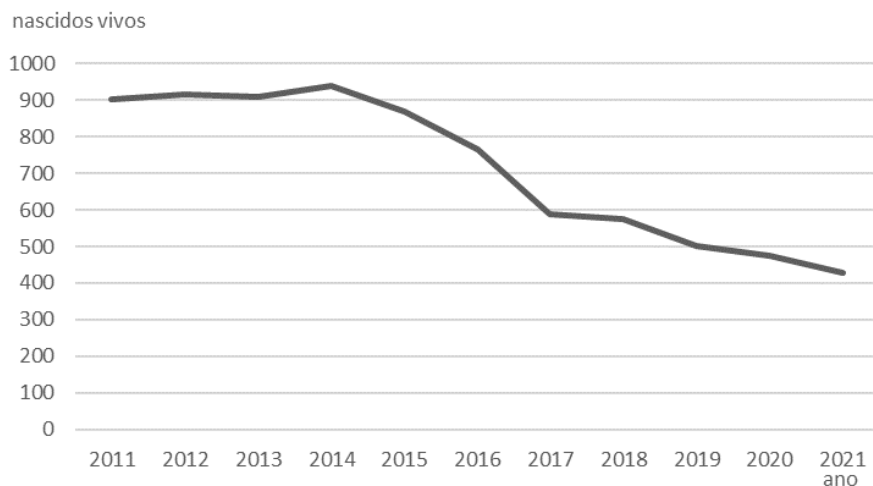
No estado do RS, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e conforme projeção realizada pelo Ministério da Saúde, a população de meninas na faixa-etária de 10 a 14 anos⁴ vem diminuindo. Conforme pode ser observado na Figura 2, temos totais de 422.959 meninas, em 2011, e de 323.512, em 2021: uma redução de 99.447 no período de 11 anos (IBGE, 2010; Brasil, 2024).

4 Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de ampliar o espectro da prevenção de agravos e da promoção à saúde, o período da adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos. Além disso, há abordagens diferenciadas às faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, devido à diversidade, vulnerabilidade e subjetividade desses grupos populacionais nos seus contextos sócio-históricos e culturais.

Figura 2 — População de meninas entre 10 e 14 anos, RS, 2011-2021

Fonte: Brasil, 2024.

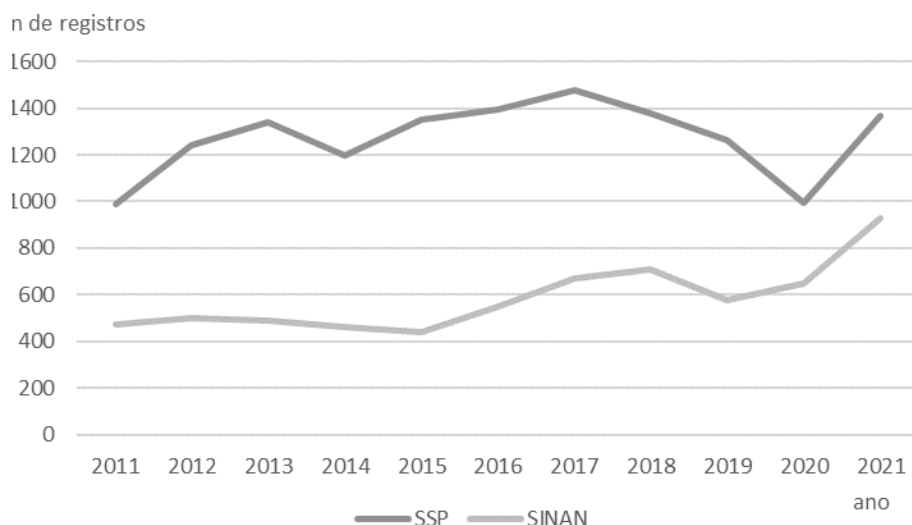
No período de 2011 a 2021, o estado computou o total de 7.867 registros de nascidos vivos cujas parturientes eram meninas entre 10 e 14 anos. A série histórica desses casos vem diminuindo conforme podemos observar na Figura 3. De acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2011, foram 903 nascimentos e, em 2021, foram 427 (Brasil, 2023a). Considerando a população dessa faixa-etária, os valores citados representam taxas de 2,1/1000 hab. e 1,3/1000 hab. Isso significa que, em 2011, a cada 1.000 meninas entre 10-14 anos, um pouco mais de duas engravidaram. Já em 2021, esse valor diminuiu para 1,3. Desta forma, é possível analisar que, mesmo com a redução da população de meninas de 2011 a 2021, conforme sinalizado na Figura 2, houve a diminuição do quantitativo de mães nessa faixa-etária.

Figura 3 – Número de nascidos vivos entre meninas de 10 a 14 anos, RS, 2011-2021

Fonte: Brasil, 2023.

No entanto, ao se compararem os casos de estupro, observa-se que houve um aumento nos registros na Figura 4, tanto pela Secretaria de Segurança Pública (SSP/RS) quanto pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Saúde (SINAN). Em 2011, a SSP/RS registrou 989 denúncias de estupro nessa faixa etária, e esse valor aumentou para 1.369 em 2021. Considerando a população de adolescentes, esses números representam taxas de 2,3/1.000 hab e de 4,2/1.000 hab, respectivamente. No mesmo período, as notificações da saúde apresentaram os seguintes quantitativos: 472 (taxa de 1,1) em 2011 e 928 (taxa de 2,9) em 2021. Observa-se que as notificações da saúde são realizadas com menor frequência do que os registros da SSP/RS. Contudo, o aumento da violência sexual entre meninas de 10 e 14 anos é percebido nos dois sistemas de informação.

Figura 4 – Série histórica dos registros de estupro de meninas entre 10 e 14 anos, pelos sistemas da SSP e do SINAN, RS, 2011-2021



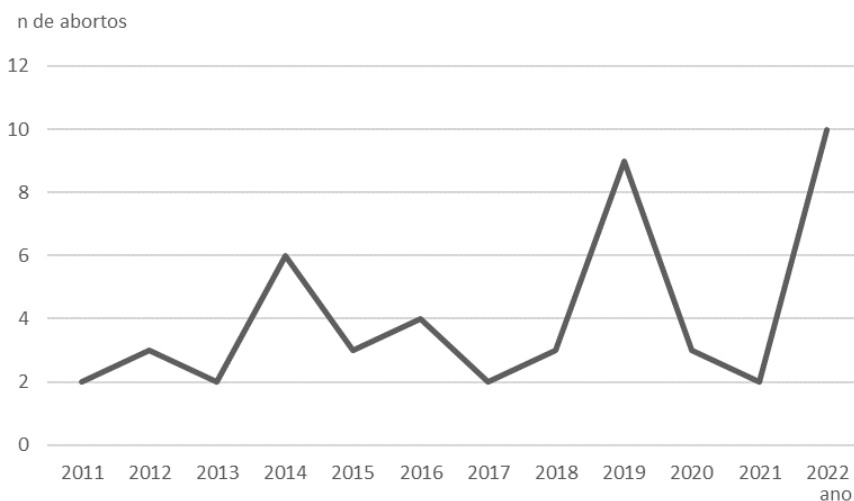
Fonte: Brasil, 2023; Rio Grande do Sul, 2024.

Nota-se também um período de queda do número de registros em 2019, pelos dados do SINAN, e em 2020, pelos dados da SSP/RS, sendo que, após 2021, há um novo aumento nas duas formas de registros. Esses resultados são semelhantes aos achados nacionais no mesmo período. O relatório do Fórum Brasileiro de Segurança Pública aponta que, entre 2019 e 2020, houve uma queda de 12,1% nos registros de estupro de mulheres no país, e que, entre 2020 e 2021, verificou-se crescimento de 3,7% no número de casos (FBSP, 2023). O mesmo documento mostra que o mês de abril de 2020 marca o menor número de registros de estupro de mulheres em todo o período. Trata-se do mês de intensificação das medidas de isolamento social na maior parte dos estados brasileiros, o que sugere que a redução dos casos está relacionada a uma maior dificuldade de acesso das mulheres às delegacias para registro de boletins de ocorrência devido à pandemia de covid-19 (FBSP, 2023).

De modo geral, os dados analisados trazem a constatação do aumento no número de registros de estupro no estado. Além disso, é importante ressaltar que todas as meninas grávidas com até 14 anos incompletos enquadram-se na tipificação penal do estupro de vulnerável e, portanto, têm direito ao aborto legal. No entanto, o que se observa nos registros do SINAN para essa faixa etária é um número muito baixo de

procedimentos de abortos legal. A Figura 5 demonstra que esse quantitativo varia de um total de 2, no ano de 2011, até, no máximo, 10, em 2022. Ao calcular a proporção de abortos por nascimentos de mães entre 10 e 14 anos, revelam-se razões de 2,2 abortos legais por cem nascimentos, em 2011, e de 4,7, em 2022. Isso significa que menos de 5% das gestantes entre 10 e 14 anos realizaram o aborto previsto em lei, o que, por sua vez, sugere que ainda há muita desinformação sobre o tema, o que causa uma importante falha nos encaminhamentos de saúde e no acesso a esse direito.

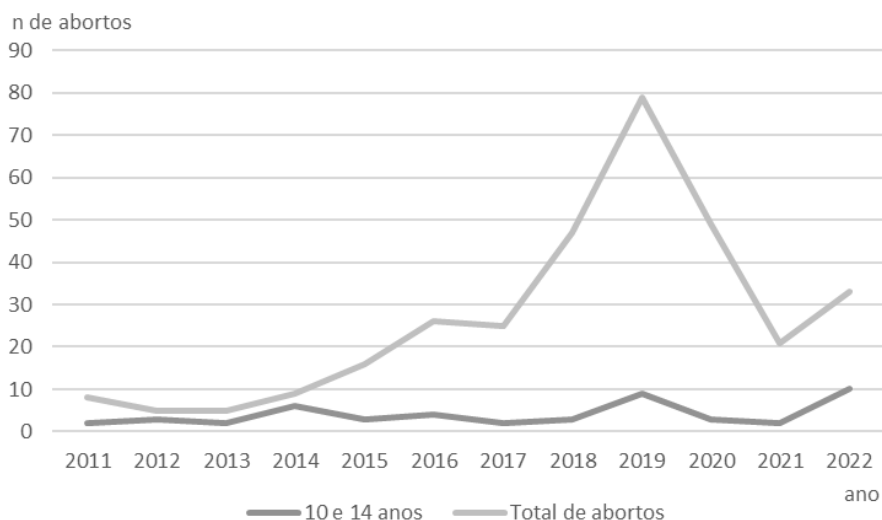
Figura 5 – Número de abortos previstos em lei realizados em meninas entre 10 e 14 anos, RS, 2011-2022



Fonte: Brasil, 2023.

É possível observar a grande discrepância entre os valores relacionados à violência sexual e ao aborto legal quando se comparam, por exemplo, os resultados de 2021. No ano citado, considerando a faixa etária em questão, houve 1.338 registros de estupros pela SSP/RS e 648 pelo SINAN. Contudo, foram registrados apenas dois casos de aborto previsto em lei. Aliás, em toda a série histórica estudada, os registros não ultrapassam 10 casos por ano, sendo os maiores valores em 2022 e 2019, com 10 e 9 registros, respectivamente.

Figura 6 — Número total de abortos previstos em lei e o quantitativo do mesmo procedimento realizado em meninas entre 10 e 14 anos, RS, 2011-2022



Fonte: Brasil, 2023.

Quando se compara o quantitativo de aborto decorrente de violência sexual em meninas entre 10 e 14 anos com o total de abortos legais realizados (Figura 6), percebe-se que o volume de ambos sempre foi muito baixo. Entre 2011 e 2022, constam 323 registros de abortos legais no SINAN, sendo que, desses, 49 (15%) ocorreram em meninas entre 10 e 14 anos.

A análise dos dados indica que o número de abortos previstos em lei em meninas entre 10 e 14 anos é muito pequeno quando comparado ao número de nascimentos de filhos de meninas na mesma faixa etária. Assim, torna-se urgente a qualificação das práticas envolvendo a assistência à saúde de crianças e adolescentes nesse contexto, para que se abranja toda a rede de proteção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar de aborto legal, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes, exige uma reflexão sobre a dinâmica da violência sexual e também sobre a forma como essa violência vem sendo naturalizada em nossa sociedade, na medida em que atinge majoritariamente mulheres e meninas. Os índices de

violência sexual discutidos neste capítulo revelam os efeitos da desigualdade social, de raça/cor e de gênero e de uma sociedade predominantemente machista, de raízes patriarcais, sobre a vida de mulheres e meninas.

Em face da complexidade e da sensibilidade envolvidas na discussão sobre o tema, principalmente para as meninas entre 10 e 14 anos, é fundamental considerar a Doutrina da Proteção Integral, que confere a crianças e adolescentes a condição de sujeitos de direitos. A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, sob a ótica dos direitos humanos fundamentais, visa a protegê-los/las de possíveis interferências no desenvolvimento sadio de sua sexualidade. Contudo, ainda há grande dificuldade para a identificação dos casos de violência sexual e para a compreensão de que qualquer relação sexual com menores de 14 anos é, segundo a lei, estupro de vulnerável. Dessa forma, destaca-se a importância de abordar questões relacionadas à sexualidade e ao aborto de maneira acessível, informativa e respeitosa.

O paradoxo entre a diminuição da população adolescente, o aumento de casos de violência sexual e o baixo percentual de abortos legais realizados demonstra a discrepância alarmante entre os números. Desse modo, devemos nos questionar: por que esses valores são tão baixos? Como a nossa sociedade cuida dos direitos sexuais e reprodutivos dessas meninas? Onde estamos falhando?

Por fim, ressalta-se que as barreiras de acesso ao aborto legal para meninas com menos de 14 anos são múltiplas e complexas. Questões como: não autonomia de crianças e adolescentes, escassez de serviços, idade gestacional avançada, objeção de consciência e desconhecimento dos direitos, além de fatores sociais, ideológicos, culturais e políticos, contribuem para a ampliação dessas barreiras.

A superação desses obstáculos requer uma abordagem integrada, que inclua a capacitação de profissionais, a conscientização da sociedade e a implementação de políticas públicas que assegurem o acesso a serviços de qualidade e que respeitem os direitos fundamentais das meninas, promovendo, assim, uma discussão aberta e informada sobre o direito ao aborto legal nos casos de estupro. A implementação das políticas públicas deve ser norteadas pela compreensão da heterogeneidade do país e dos territórios e seus marcadores sociais. Além disso, deve-se compreender que somente mudanças estruturais que atuem para a diminuição das iniquidades de gênero, raça e de desigualdades socioeconômicas podem efetivamente mitigar a violência sofrida por crianças e adolescentes e evitar as decorrentes gestações não intencionais que ocorrem todos os anos no nosso estado e no país.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO W. F., DINIZ M. B., FONSECA E. S., AZEVEDO L. M., EVANGELISTA C. B. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. Oct-Dec; v.13(4) p.618-26. **Einstein**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26061075>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- BLAKE M. D., DREZETT J., MACHI G. S., PEREIRA V. X., RAIMUNDO R. D., OLIVEIRA F.R. et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. **International Archives of Medicine**. v. 8, p.41-2, 2015. Disponível em: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1004>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- BRABO, T. S. A. M.; SILVA, M. E. F. da; MACIEL, T. S. Gênero, sexualidades e educação: cenário das políticas educacionais sobre os direitos sexuais e reprodutivos de jovens e adolescentes. **Práxis Educativa**, [S. l.], v. 15, p. 1-21, 2020. DOI: 10.5212/PraxEduc.v15.13397.003. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/13397>. Acesso em: 1 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília, DF: Departamento de Informática do SUS (DATASUS), [2024]. Disponível em: <https://brasil.sus.gov.br/estados/43/municipios/00/compartimentos/00/terceiros/00/servicos/165/classificacao/006>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE**. Brasília, DF: 2024.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, DF: 1999.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. 3ª edição ampliada e revisada. Brasília, DF: Ministério Público, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 1 dez. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 19 out. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 19 out. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidência da República, Secretaria-Geral, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm. Acesso em: 1 dez. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Brasília, DF: Presidência da República, Secretaria-Geral, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13718.htm. Acesso em: 19 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília, DF: Departamento de Informática do SUS (DATASUS), [2023a]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sinasc/>. Acesso em: 19 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Brasília, DF: Departamento de Informática do SUS (DATASUS), [2023]. Disponível em: http://sinanet.saude.gov.br/sinan_net/.

Acesso em: 19 out. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Requerimento nº 200, de 2008**. Requerem, em conformidade com o art. 145 do Regimento Interno do Senado Federal, conjugado com o art. 58 da Constituição Federal, a criação de uma comissão parlamentar de inquérito, composta de 7 membros e igual número de suplentes, com o objetivo de investigar e apurar a utilização da internet para a prática de crimes de “pedofilia” [...]. Brasília, DF: 2008. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/84094/pdf>. Acesso em: 19 out. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Acórdão na Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54**. Relator: MELLO, M. A. de. Publicado no DJ de 12/04/2012, p.433. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2012. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpup/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 593**. O crime de estupro de vulnerável se configura com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente. Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça, [2017a]. Disponível em: https://www.stj.jus.br/docs_internet/revista/electronica/stj-revista-sumulas-2017_46_capSumulas593-600.pdf. Acesso em: 1 dez. 2023.

CERQUEIRA D, COELHO D. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2014.

CONDE-AGUDELO A., BELIZÁN J.M., LAMMERS C. **Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study**. v.192(2), p. 342-9. Am J Obstet Gynecol. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217. (2018, 27 de setembro), modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em 20 dez 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Comissão Nacional Especializada (CNE) de Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei. **Nota informativa aos tocoginecologistas brasileiros sobre o aborto legal na gestação decorrente de estupro de vulnerável**. São Paulo: FEBRASGO, 2022. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/1470-nota-informativa-aos-tocoginecologistas-brasileiros-sobre-o-aborto-legal-na-gestacao-decorrente-de-estupro-de-vulneravel>. Acesso em: 26 dez. 2023.

FERREIRA, H.; COELHO, D.S.C.; CERQUEIRA, D.; ALVES, P.; SEMENTE, M. **Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados**. Rio de Janeiro: Ipea, maio, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11814>. Acesso em: 12 jan. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário brasileiro de segurança pública**. São Paulo: FBSP, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nascer no Brasil**. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 03 nov. 2023.

GIUGLIANI, C.; RUSCHEL, A.E.; PATUZZI, G.C.; SILVA, M.C.B. **Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões**. Temas em Saúde. RJ: Editora Fiocruz, 2021.

GOMES, J. C. A. Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. **Revista Direito GV**, v. 17, n. 3, p. e. 2136, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6172202136>. Acesso em: 1 dez. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censos Demográficos**: Estimativas populacionais. Brasil, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde/DAENT/CGIAE, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos do período reprodutivo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, DF: Ipea, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods5.html>. Acesso em: 19 out. 2023.

LEITE, C. C. Da Doutrina da Situação Irregular à Doutrina da Proteção Integral: aspectos históricos e mudanças paradigmáticas. **Revista do Ministério Público** (Rio de Janeiro), v. 23, p. 93-107, 2006.

LEITE, V.J. **Sexualidade adolescente como direito? A visão de formuladores de políticas públicas**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.btdt.uerj.br:8443/handle/1/4156>. Acesso em: 19 out. 2023.

NERY JUNIOR, N.; NERY, R. M. A. **Constituição Federal Comentada e Legislação Constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo**. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355465/9789240051447-por.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. Tradução Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2014. 288 p. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde sexual, direitos humanos e a lei** [E-book]. Tradução de Daniel Canavese de Oliveira e Maurício Polidoro (Coordenadores). Porto Alegre: UFRGS, 2020. 88 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

PEDROSO, DANIELA. **Estudo de Fatores Relacionados ao Abortamento Previsto em Lei em Situações de Violência Sexual**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Programa de Saúde Materno-Infantil, Universidade de Santo Amaro, 2010.

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

RIO GRANDE DO SUL. Ministério Público do Rio Grande do Sul. **Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**: Linhas de cuidado em saúde para casos de gestação. Orientações a Conselheiros e Conselheiras Tutelares. Porto Alegre: Ministério Público, 2022. Disponível em: <https://www.mprs.mp.br/media/areas/infancia/arquivos/2022cuidadossaudecriancaadolescente.pdf>. Acesso em: 19 out. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. **Plano Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://social.rs.gov.br/upload/arquivos/202201/24113833-28121437-plano-estadual-ceedvsca-decenio-2019-2029.pdf>. Acesso em: 19 out. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. **Relatório preliminar do mapeamento da rede de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes no RS**. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://social.rs.gov.br/upload/arquivos/202212/20152538-relatorio-preliminar-mapeamento-ceedvsca-01dez22.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Segurança Pública. **Indicadores da Violência Contra a Mulher**. Porto Alegre, [2024]. Disponível em: <https://www.ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contra-a-mulher>. Acesso em: 15 jan. 2024.

RUSCHEL, A. E. et al. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 10, nov., 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2022.v38n10/e00105022/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SILVA, J.G.R.; BRANCO, J. G. DE O.; VIEIRA, L. J. E. DE S.; BRILHANTE, A. V. M. & SILVA, R. M. DA. Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência?1. **Saúde E Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 187-200, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180309>. Acesso em: 15 jan. 2024.

WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH (WAS). **Declaration of Sexual Rights**, 2014. Disponível em: <https://worldsexualhealth.net/was-declaration-of-sexual-rights-2014/>. Acesso em 01 dez. 2023.

9. A IMPLANTAÇÃO DA LEI DA ESCUTA PROTEGIDA E O REGISTRO DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

*Ana Luisa Campos Moro
André Coutinho Augustin
Beatriz Raffi Lerm
Daiane Boelhouver Menezes
Eduardo Viegas da Silva
Rosângela Machado Moreira*

1 INTRODUÇÃO: O QUE É A LEI DA ESCUTA PROTEGIDA

A Lei Federal nº 13.431, de 4 de abril de 2017, conhecida como Lei da Escuta Protegida (Brasil, 2017), é considerada um dos maiores avanços na proteção da infância e da juventude no Brasil. Trata do estabelecimento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.

Antes da lei, ao buscar o atendimento para as violências sofridas, as vítimas eram ouvidas por diferentes órgãos responsáveis pela garantia de direitos, como os conselhos tutelares, os órgãos da educação, os serviços de saúde e de assistência social e as delegacias. Eram atendidas, muitas vezes, por profissionais não capacitados para a temática de violência. Como consequência, crianças e adolescentes passavam por um processo de revitimização, precisando relatar novamente o ocorrido nos diferentes espaços e por meio de intervenções muitas vezes inadequadas.

A lei inovou ao indicar uma organização dos serviços através da construção e da pactuação local de um fluxo de atendimento nos diferentes serviços, visando à interação efetiva, ágil e complementar por parte dos órgãos. A criança ou o adolescente deve ser ouvido em local apropriado e acolhedor, com infraestrutura e espaço físico que garantam a sua privacidade. Há dois procedimentos previstos na Lei 13.431/2017 para a escuta de crianças e adolescentes em situação de violência: a escuta especializada e o depoimento especial.

A escuta especializada é o procedimento realizado pelos órgãos da rede de proteção, tais como saúde, assistência social, conselho tutelar e educação. O objetivo

é acolher a criança ou adolescente vítima e encaminhá-la para os outros serviços que se fizerem necessários. Este procedimento não tem o objetivo de produzir provas. O depoimento especial, por sua vez, é o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária, por meio de profissional capacitado, mediante protocolo de oitiva (arts. 8 e 10 ao 12, da Lei nº 13.431/2017, e 22 a 27, do Decreto nº 9.603/18).

Com a promulgação da lei e o estabelecimento do fluxo de escuta especializada e de depoimento especial, espera-se que tanto o sistema de segurança pública quanto o de saúde tenham uma ampliação dos registros de violência sexual contra crianças e adolescentes (ou seja, uma maior sensibilidade para captar e notificar estes casos), em consequência da maior articulação entre os diversos órgãos para o compartilhamento de informações.

A violência sexual é uma das cinco formas de violência descritas pela Lei nº 13.431/2017 e é considerada uma das piores formas de violação. Conforme dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2023), o estupro, que integra a violência sexual, é o tipo de crime com maior número de registros contra crianças e adolescentes do Brasil, com 51.971 casos em 2022.

Desde a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 1 de julho de 1990 (Brasil, 1990), há a determinação de que toda a violência contra a criança ou adolescente deve ser comunicada ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais. Mais recentemente, há a contribuição de novas leis que alteram o ECA, com o objetivo de aumentar a proteção de crianças e adolescentes.

A Lei nº 13.431/2017 (Lei da Escuta Protegida) trouxe o dever de comunicação da violência contra crianças e adolescentes ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao Conselho Tutelar ou à autoridade policial (art. 13). Objetivando a implementação da Lei da Escuta Protegida, o Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018 orienta, dentre outros, a instituição dos comitês de gestão colegiada da rede de cuidado e de proteção social das crianças e dos adolescentes vítimas ou testemunhas de violência instituídos junto aos Conselhos de Direitos das Crianças e Adolescentes, de maneira preferencial. Tais comitês devem atuar articulando, mobilizando, planejando, acompanhando e avaliando ações da rede intersetorial de atendimento, colaborando, também, na construção de fluxos de atendimento e de aperfeiçoamento da integração da rede (Rio Grande do Sul, 2022).

O Decreto nº 9.603/2018 estabelece, ainda, a necessidade de registrar e de compartilhar informações sobre os atendimentos prestados a crianças e adolescentes

vítimas ou testemunhas de violência entre os órgãos integrantes do SGDCA (Brasil, 2018). Tal previsão legal procura evitar que as informações fiquem restritas a determinado órgão, prevenindo, sobretudo, a revitimização de crianças e de adolescentes.

A escuta com profissional capacitado, em espaço acolhedor, e o incentivo ao compartilhamento de informações entre os vários órgãos que compõem o SGC podem tornar o processo de registro menos penoso. Assim, é possível que mais crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência acessem o atendimento de saúde e de outros órgãos da rede de proteção e que seja realizado o registro de boletim de ocorrência.

Em 2022, a Lei nº 14.344, conhecida como Lei Henry Borel, reitera, no seu art. 23, o dever de comunicação da violência doméstica e familiar contra criança e adolescente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias ao Disque 100 da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos do atual Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, ao Conselho Tutelar ou à autoridade policial. Esta Lei também tipifica o crime de omissão para a pessoa que deixar de comunicar a violência contra criança ou adolescente que for do seu conhecimento (Brasil, 2022).

As formas como as notificações são realizadas, tanto por parte da saúde quanto da segurança pública, são expostas nas duas seções a seguir. A escuta especializada supõe a não revitimização pelos órgãos de proteção. Após, é exposto o método utilizado para avaliar se os municípios que, de fato, adotaram o fluxo da escuta especializada tiveram um maior aumento no número de notificações nos dois setores (saúde e segurança), o que indicaria uma associação positiva entre isso e a sensibilidade da rede para registro dos casos. Por fim, os resultados dos modelos de análise são apresentados e interpretados.

2 NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A notificação dos casos de violência sexual é um elemento-chave na atenção integral às pessoas vítimas de violência e tem, como objetivos: 1) intervir nos cuidados em saúde e prevenir a violência de repetição; 2) proteger e garantir direitos, por meio da articulação das redes de atenção e de proteção; 3) conhecer a magnitude e a gravidade das violências, retirando os casos da invisibilidade; e 4) subsidiar as políticas públicas para prevenção e atenção às situações de violência, indicando prioridades e permitindo a avaliação das intervenções (Rio Grande do Sul, 2019).

Em 2009, a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada passou a integrar o SINAN. O processo de implantação ocorreu de modo gradual (Brasil, 2016a). Em 2011, a Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro (Brasil, 2011), incluiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional (Brasil, 2011). Em 2014, a Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho, tornou imediata (no prazo de 24h) a notificação de violência sexual, tendo em vista a necessidade de uma tomada rápida de decisão.

Conforme a Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, a notificação é obrigatória para profissionais de saúde e responsáveis por serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência em saúde. A comunicação de doença, agravo ou evento de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também deve ser realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa (Brasil, 2016b).

Além disso, a ficha de notificação possibilita que outras unidades, como Conselho Tutelar, assistência social, centro especializado de atendimento à mulher e unidades de saúde indígena, façam a notificação. Nos casos de preenchimento por serviço da rede intersetorial, a ficha deve ser enviada para uma unidade de saúde que seja referência no território, e a pessoa em situação de violência deve ser encaminhada para acompanhamento pela rede de saúde (Brasil, 2016a).

3 REGISTROS DE CRIMES SEXUAIS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA SEGURANÇA PÚBLICA

A segurança pública, principalmente por meio das delegacias de polícia, insere-se no Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA). No Rio Grande do Sul, destaca-se a atuação da Divisão Especial da Criança e do Adolescente (DECA) e das Delegacias de Polícia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCAs) espalhadas pelo estado¹. Conforme o Regimento Interno da Polícia Civil (Rio Grande do Sul, 2021), as DPCAs possuem, como atribuição, a atuação nos crimes tipificados

¹ Existem DPCAs em 14 municípios do RS: Porto Alegre, Canoas, Passo Fundo, Rio Grande, Cachoeira do Sul, Pelotas, Santa Maria, Caxias do Sul, Santo Ângelo, Uruguaiana, Santa Cruz do Sul, Carazinho, São Luiz Gonzaga e Vacaria.

na Lei Federal nº 8.069/1990 — Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) —, ou seja, em crimes em que a criança e o adolescente sejam enquadrados como vítima.

Ao partir dessa perspectiva, em consonância com o SGDCA, conforme previsto na Lei da Escuta Protegida, entendem-se as DPCAs como órgãos de papel protetivo de seus usuários (Correa; Hohendorff, 2020), e não somente como locais para realização do depoimento especial, investigação criminal e juntada de provas.

É necessário que os cidadãos ao acionarem os serviços dos órgãos policiais possam se sentir seguros de serem atendidos por profissionais qualificados, com capacidade para compreender a complexidade da violência sofrida e dispostos a realizar a promoção, não somente, da responsabilização, como todas as necessidades que proporcionem o resgate da dignidade da vítima, ofendida pela prática do crime (Melo, 2014 apud Magalhães, 2021, p.10-11).

Além da atuação das DPCAs e da DECA com vítimas, familiares e agressores, ressalta-se o trabalho de compilação de dados estatísticos sobre crimes sexuais contra crianças e adolescentes. Tais informações são importantes para: análises estaduais, regionais ou municipais; elaboração e monitoramento de políticas públicas; e direcionamento de operações e de atuações específicas do SGDCA, entre outros. Os dados sobre crimes sexuais contra crianças e adolescentes são extraídos de boletins de ocorrência, ou seja, podem-se avaliar a realidade (local ou estadual) e a incidência desses crimes a partir desses registros, mas sempre considerando que tais números são passíveis de subnotificação.

4 COLETA E FONTES DE DADOS

Em 2022, foi realizada uma pesquisa por questionário virtual, o qual continha 41 questões, com os municípios do Rio Grande do Sul (RS), com o intuito de mapear a rede de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes². Primeiramente, foi realizado um piloto, com o seu envio para os municípios de uma das 18 coordenadorias regionais de saúde do estado e, posteriormente, para as demais. Para ampliar o número de respondentes, a pesquisa foi enviada também pela Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS), pelo Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS)

² Os principais resultados da pesquisa são apresentados no endereço eletrônico: <https://social.rs.gov.br/upload/arquivos/202212/20152538-relatorio-preliminar-mapeamento-ce-vsca-01dez22.pdf>.

e pela Secretaria de Igualdade, Cidadania, Direitos Humanos e Assistência Social³. Ao todo, 288 municípios responderam ao questionário. Entre eles, 150 municípios responderam que “a rede de proteção municipal realiza o procedimento de escuta especializada da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência”. Abaixo da pergunta respondida pelos municípios, estava o conceito de escuta especializada, conforme o art. 7º da Lei nº 13.431/17 e arts. 19, 20, 21 e 27 e parágrafo único do Decreto nº 9.603/18:

Escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção (nos campos da educação, da saúde, da assistência social, da segurança pública e dos direitos humanos), limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade e realizado por profissional capacitado, a partir da sua esfera de atuação e seguindo as orientações técnicas da política na qual está inserido.

Para executar a presente avaliação, realizou-se uma nova consulta em 2023, perguntando a esses 150 municípios em qual ano a escuta especializada foi iniciada por cada um deles. Entre as 62 respostas obtidas, diversos municípios responderam que a primeira resposta havia sido equivocada; citaram anos prévios à publicação do Decreto 9.603/2018, que regulamentou a Lei da Escuta Protegida, como o ano de implantação; ou informaram que haviam compreendido a escuta especializada de forma diferente da definição legal, atribuindo, por exemplo, o papel da escuta especializada ao poder judiciário. É possível que, nesses casos, os municípios, de fato, não tenham implantado o procedimento de escuta especializada, ou que os respondentes na pesquisa de 2022 e/ou na de 2023 não tivessem conhecimento do grau de implantação no município, dentre outras possíveis situações não mapeadas. Ao se considerar as respostas obtidas no ano de 2023, houve confirmação do ano de implantação do procedimento de escuta especializada para 31 municípios.

Nas respostas de 2022, não havia uma correlação clara entre a população do município e a realização da escuta especializada. Com a confirmação realizada em 2023, entretanto, percebe-se que esse procedimento é mais frequente nos municípios maiores, pelo menos entre aqueles que participaram da pesquisa, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 — Respostas, por tamanho de município

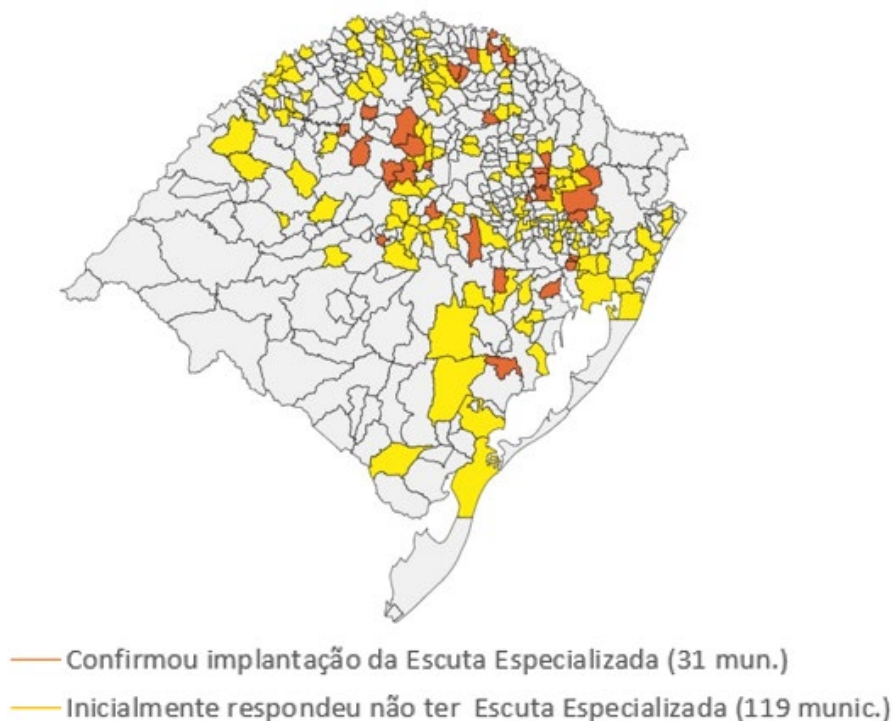
3 Atualmente, Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos.

População conforme o Censo 2022	Municípios que responderam à pesquisa de 2022 (A)	Responderam, em 2022, que realizam escuta especializada (B)	B/A	Confirmaram, em 2023, que realizam escuta especializada (C)	C/A
Até 5.000	138	69	50%	14	10%
De 5.001 a 10.000	42	23	55%	7	17%
De 10.001 a 20.000	30	7	23%	0	0%
De 20.001 a 50.000	43	27	63%	3	7%
De 50.001 a 100.000	20	17	85%	2	10%
De 100.001 a 250.000	10	4	40%	3	30%
Maior que 250.001	5	3	60%	2	40%
Total	288	150	52%	31	11%

Fonte: Rio Grande do Sul, 2022.

O mapa da Figura 1 apresenta a distribuição espacial dos municípios dos grupos intervenção e controle.

Figura 1 – Distribuição espacial dos 31 municípios que confirmaram realizar escuta especializada (grupo intervenção) e dos 119 municípios que responderam não realizar (grupo controle)



Fonte: Rio Grande do Sul, 2022.

5 ANÁLISES DESCRITIVAS

Foram analisadas as notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de idade registradas no SINAN e na segurança pública (SIP/PROCERGS), entre 01/01/2011 e 31/12/2023. As violências sexuais selecionadas da segurança pública foram: assédio sexual, estupro, estupro de vulnerável, exploração sexual infantojuvenil, pornografia infantojuvenil e importunação sexual. No SINAN, foram selecionadas todas as violências sexuais, tendo em vista que o sistema categoriza cinco tipos de violência sexual (assédio sexual, estupro, atentado violento ao pudor, pornografia infantil e exploração sexual) e que as demais são incluídas em “outros” (Brasil, 2016).

Para as análises, os municípios foram agrupados em três categorias: 1) os que afirmaram realizar a escuta especializada em resposta ao primeiro questionário em 2022 (N=150); 2) os que confirmaram na segunda consulta, em 2023, realizar a escuta especializada, informando um ano de implantação válido (N=31); e 3) os que responderam, em resposta ao primeiro questionário em 2022, que não realizavam a escuta especializada (N=119). Essas categorias foram definidas assim pois se compreende que, a partir da Lei 13.431/2017 e do Decreto 9.603/2018, a implantação da Lei da Escuta Protegida efetiva-se por meio de diversos mecanismos, como a realização da escuta especializada pela rede de proteção.

Foram tabuladas as frequências anuais de registros de crimes sexuais e de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes para os anos de 2011 a 2023, para os três grupos de municípios. Posteriormente, foram calculadas as taxas anuais por 100.000 habitantes de até 18 anos para cada grupo e gerados gráficos para inspeção visual das séries temporais. Para os denominadores das taxas, foi usada uma interpolação entre os Censos Demográficos de 2010 e 2022, sendo que, para o ano de 2023, foi adotado o mesmo valor do ano de 2022.

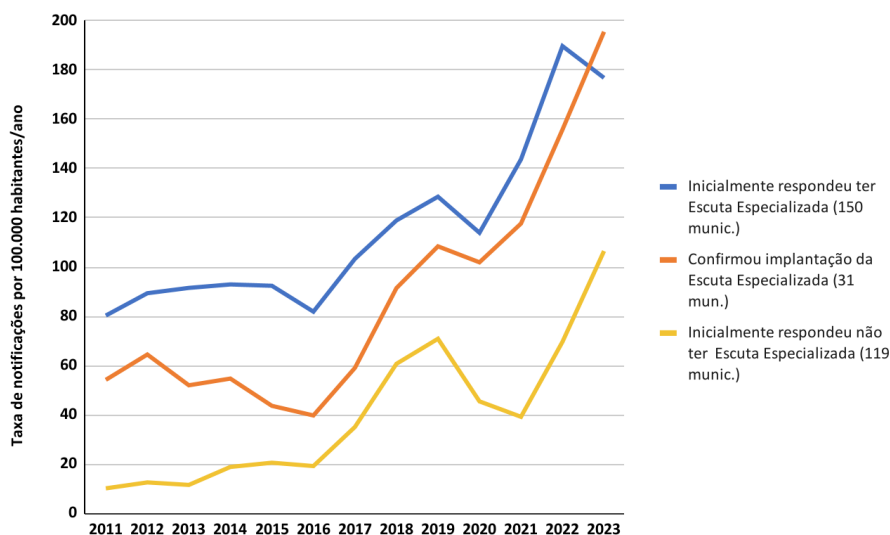
Entre o período de 2011 e 2023, foram notificados no SINAN 25.704 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes gaúchas. Desses, 21.572 (83,9% dos casos) eram oriundos dos 269⁴ municípios que responderam ao questionário da pesquisa original. Como se pode observar no gráfico a seguir, houve um incremento no número de notificações realizadas no período para os três grupos de municípios apresentados.

O período de 2016 a 2018 teve a promulgação de algumas normativas legais, como a Portaria MS/GM nº 204/2016 já citada anteriormente, que tornou obrigatória a notificação da violência no SINAN pelos profissionais da saúde e estabelecimentos educacionais, e a Lei da Escuta Protegida e o decreto que a regulamenta. Após esse período, a distância entre os grupos com escuta especializada e sem escuta especializada aumenta. A menor taxa de notificação em todos os anos foi a do grupo de municípios que respondeu inicialmente não realizar a escuta especializada. Ainda, esse grupo apresentou, em 2011, a menor taxa de notificação no período analisado, de 10,2 notificações/100.000 habitantes. Por outro lado, a maior taxa anual foi de 195,5 notificações/100.000 habitantes, referente a 2023, para os municípios que confirmaram realizar escuta especializada. Embora não tenha ocorrido um crescimento constante

4 Dezenove municípios não foram incluídos na análise por terem respondido “não sei” à pergunta inicial.

das taxas, pode-se observar que todos os grupos de municípios finalizaram o período observado com taxas consideravelmente maiores às registradas no início do período.

Gráfico 1 – Taxa de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no SINAN, por 100.000 habitantes/ano com até 18 anos de idade, por categoria de município em relação à implantação da escuta especializada no RS entre 2011-2023



Nota: habitantes de zero a 18 anos. Fonte: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2023.

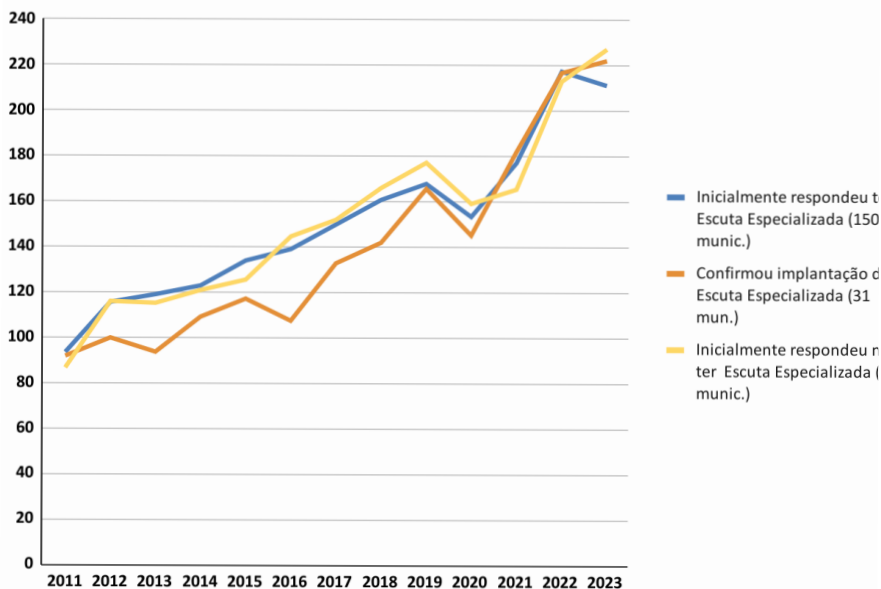
O Gráfico 1 também mostra que os municípios que afirmaram que não realizavam a escuta especializada sempre tiveram uma taxa de notificação mais baixa, o que pode indicar que já possuíam uma estrutura de atendimento da rede de proteção menos eficaz mesmo antes da lei. No entanto, esse grupo apresentava uma tendência de aumento nos registros de violência sexual contra crianças e adolescentes no SINAN, tendo passado de 10,2 notificações por 100 mil habitantes, em 2011, para 19,2, em 2016. O grupo dos municípios que confirmaram a realização da escuta especializada, por sua vez, apresentou uma tendência oposta antes da lei, com uma queda na taxa, que passou de 54,2, em 2011, para 39,8, em 2016.

Já a partir de 2017, ano de aprovação da Lei da Escuta Protegida (mas ainda antes da sua regulamentação), todos os grupos passaram a apresentar um grande crescimento. O aumento é interrompido temporariamente em 2020, muito provavelmente devido a adversidades associadas à pandemia de COVID-19. Contudo,

essa queda teve uma magnitude e uma duração maior no grupo dos municípios que afirmaram que não realizavam a escuta especializada.

Em relação aos dados da segurança pública, entre 2011 e 2023, foram registrados 51.009 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes gaúchas — praticamente o dobro das notificações registradas na saúde. Destes, 37.158 (72,8% dos casos) eram oriundos dos 269 municípios que responderam ao questionário da pesquisa original.

Gráfico 2 — Taxa de registros de violência sexual contra crianças e adolescentes na segurança pública por 100.000 habitantes/ano, de acordo com categorias de municípios, no RS entre 2011-2023



Nota: habitantes de zero a 18 anos. Fonte: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2023.

Observa-se que a taxa de registros apresenta uma tendência de crescimento em todos os grupos na série histórica avaliada (Gráfico 2), semelhante ao que ocorre com as notificações do SINAN. Igualmente, a menor taxa de registros em todos os anos foi de 86,7 registros/100.000 habitantes, referente à taxa de 2011 do grupo que respondeu não realizar escuta especializada. Entretanto, em contraponto aos dados

do SINAN, a maior taxa também foi referente ao grupo que respondeu não realizar a escuta especializada, correspondente a 2023 (227,3 registros/100.000 habitantes).

Há um decréscimo na taxa de notificações de todos os grupos em 2020, reflexo colateral da pandemia de covid-19, comportamento já identificado no gráfico que trata das notificações do SINAN. Do mesmo modo, a retomada dos registros em 2021 foi mais rápida nos municípios que responderam realizar escuta especializada. Embora não tenha ocorrido um crescimento linear das taxas, observa-se que todos os grupos de municípios tiveram um acréscimo na taxa de notificações no final do período em relação ao início.

6 ANÁLISE DE COMPARAÇÃO: DIFERENÇAS EM DIFERENÇAS

A inspeção visual dos gráficos anteriores indica uma possível influência da Lei da Escuta Protegida sobre o aumento no número de registros. No entanto, é insuficiente para medir a diferença entre os grupos de municípios, principalmente porque, em todos eles, houve um crescimento após a existência da lei, mesmo entre os que responderam que não realizavam a escuta especializada. Uma comparação entre os grupos que permita apontar possíveis efeitos da implantação da Lei da Escuta Protegida sobre o aumento nas taxas de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes feitas ao sistema de saúde, assim como de registro de boletins de ocorrência nas delegacias, pode ser feita com o método estatístico diferenças em diferenças (DID).

Assim, com o objetivo de estimar o efeito da implantação da escuta especializada sobre as taxas de registro de violência sexual contra crianças e adolescentes na saúde e na segurança pública, foram definidos dois grupos de municípios para comparação: 1) grupo intervenção — 31 municípios que responderam realizar a escuta especializada e informaram um ano de implantação válido, ou seja, posterior à regulamentação da Lei da Escuta Protegida; e 2) grupo controle — 119 municípios que responderam não realizar a escuta especializada. Nas análises de diferenças em diferenças, o grupo controle representa a contrafactualidade, ou seja, o que teria acontecido com o grupo intervenção caso o procedimento de escuta especializada não fosse implantado.

Foi considerado, como período anterior à implantação da escuta especializada (pré-intervenção), o intervalo de 2011 a 2017 — nenhum município declarou ter iniciado o procedimento já em 2017. Em relação ao período posterior à implantação da escuta especializada (pós-intervenção), para os 119 municípios do grupo controle,

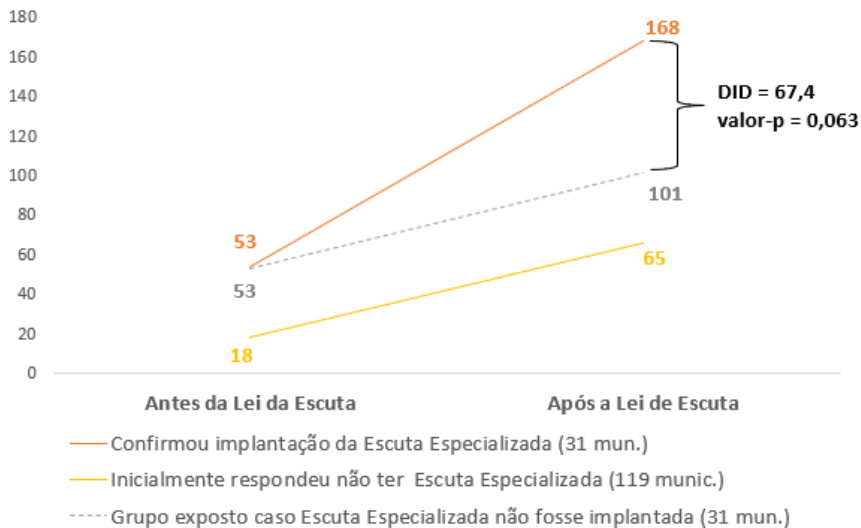
foi considerado o período completo de 2018 a 2023. Para cada um dos 31 municípios do grupo intervenção, foi considerado o período a partir do ano exato no qual cada município informou ter implantado o procedimento de escuta especializada (que variou de 2018 a 2022 entre os municípios) até 2023.

Para cada município dos grupos intervenção e controle, foi calculada a taxa média anual de notificações. Primeiro, para cada ano, foi calculada a taxa para cada município (número de notificações/população com até 18 anos * 100.000 habitantes). Após, para cada município, foi calculada a média das suas taxas anuais para o período pré-intervenção e para o período pós-intervenção, separadamente. Após, com emprego de regressão linear com termo de interação entre a situação da “intervenção” (grupo intervenção ou controle) e o “tempo” (pré-intervenção ou pós-intervenção), em que as taxas médias de cada município foram ponderadas pela respectiva população do município (já que interessa o impacto agregado do conjunto de municípios que tiveram a implementação do procedimento), foi estimada a diferença entre os crescimentos das taxas dos dois grupos em comparação, em termos absolutos. As análises foram realizadas no *software* Stata 15.0.

No Gráfico 3, a linha laranja representa a mudança na taxa média anual dos municípios do grupo intervenção ocorrida após a implantação do procedimento de escuta especializada. A linha amarela representa a mudança na taxa média anual dos municípios do grupo controle (que não implantaram o procedimento de escuta especializada) ocorrida após o ano em que a Lei da Escuta Protegida passou a ser implementada em todo o território nacional. A linha tracejada cinza é hipotética, ou seja, representa, com base no comportamento do grupo controle, o que teria acontecido com o grupo intervenção caso seus municípios não implantassem o procedimento de escuta especializada (contrafactual).

Gráfico 3 – Estimativa do efeito de implantação do procedimento de escuta especializada sobre a taxa média anual* de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no SINAN**, no RS

Estimativa do efeito da Implantação da Escuta Especializada sobre a Taxa* de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no SINAN** no RS



* Taxas anuais de notificação por 100.000 habitantes

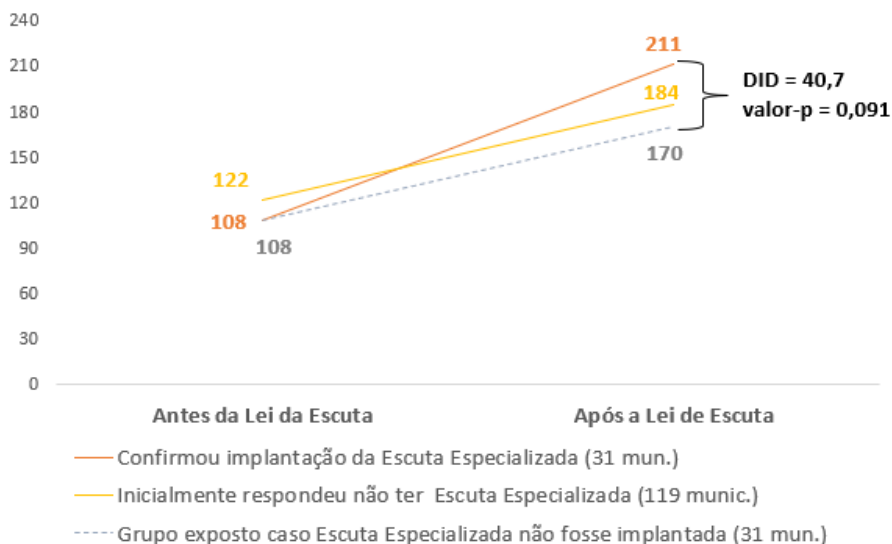
** Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Ministério da Saúde, acesso em 21/12/2023

Fonte: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2023.

Foi observado um aumento nas taxas de notificação no SINAN ao longo do tempo, tanto para o grupo intervenção quanto para o grupo controle. Entretanto, o crescimento absoluto das taxas foi substancialmente diferente entre os grupos no período. O aumento da taxa foi maior no grupo intervenção (53 para 168 ao ano; aumento de 115 por 100.000 habitantes/ano) em comparação com o aumento observado no grupo controle (18 para 65 ao ano; aumento de 47 por 100.000 habitantes/ano). Esta diferença entre os crescimentos (diferença em diferenças) representou um aumento associado à implantação do procedimento de escuta especializada, da ordem de 67 notificações ao ano (por 100.000 crianças/adolescentes) a mais no sistema de saúde. A estimativa do impacto da implantação da Lei da Escuta Protegida sobre o aumento nas taxas de registros de crimes de violência sexual contra crianças e adolescentes no sistema de segurança pública também foi avaliada com o método diferenças em diferenças e é apresentada no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Estimativa do efeito de implantação do procedimento de escuta especializada sobre a taxa média anual* de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes na segurança pública, no RS

Estimativa do efeito da Implantação da Escuta Especializada sobre a Taxa* de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes na Segurança Pública** no RS



* Taxas anuais de notificação por 100.000 habitantes

*Nota: taxas anuais de notificação por 100.000 habitantes. Fonte: Observatório Estadual de Segurança Pública (OESP/SSP), com dados extraídos do SIP/PROCERGS em 29/12/2023 e 30/01/2024.

Foi observado um aumento nas taxas de registro ao longo do tempo, tanto para o grupo intervenção quanto para o grupo controle. Entretanto, o crescimento absoluto das taxas foi substancialmente diferente entre os grupos no período. O aumento da taxa foi maior no grupo intervenção (108 para 211 ao ano; aumento de 103 por 100.000 habitantes/ano) em comparação com o aumento observado no grupo controle (122 para 184 ao ano; aumento de 62 por 100.000 habitantes/ano). Esta diferença entre os crescimentos (diferença em diferenças) representou um aumento associado à implantação do procedimento de escuta especializada, da ordem de 41 registros ao ano (por 100.000 crianças/adolescentes) a mais no sistema de segurança pública.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se um aumento significativo, ao longo dos anos, nos registros de violência sexual contra crianças e adolescentes em todos os grupos de municípios do Rio Grande do Sul avaliados, tanto na segurança pública quanto na saúde. Apenas durante a pandemia de covid-19 houve momentânea diminuição dos registros nas duas bases de dados, corroborando fenômeno previamente descrito na literatura (Levandowski *et al.*, 2021). A comparação entre os municípios que implantaram a escuta especializada e outros que não implantaram revelou que realizar o procedimento esteve associado com um aumento de magnitude relevante nas taxas de notificação, indicando melhoria na sensibilidade da rede para registrar os casos ocorridos no território.

A associação encontrada entre a implantação da escuta especializada e o maior aumento das notificações ao longo do tempo é interpretada como uma consequência do fortalecimento da articulação e do compartilhamento de informações dos casos de violência entre os órgãos envolvidos no seu acolhimento e nos encaminhamentos subsequentes. Tal organização do fluxo de atendimento nos diferentes serviços, em torno do objetivo principal de não revitimizar a criança ou a/o adolescente que sofreu violência, teve um efeito sobre o aumento do registro de casos tanto pela saúde quanto pela segurança pública, contribuindo para a qualificação dos seus sistemas de informação. O fato de que os municípios que contam com escuta especializada apresentarem uma queda menor no registro dos casos durante a pandemia de covid-19 corrobora a interpretação de que houve um avanço na capacidade de captação e registro dos casos pela rede de serviços desses territórios.

A tendência de aumento dos registros de violência sexual contra crianças e adolescentes observada nesse estudo pode indicar, entre outros fatores, a importância da promulgação de leis para ampliar a proteção das crianças e dos adolescentes, como a Lei 13.431/2017 (Gomes; Herbele, 2022). Também se ressalta a importância de campanhas de prevenção e da inclusão dessa pauta nas políticas públicas direcionadas a crianças e adolescentes, fortalecendo a sua proteção integral, a disseminação de informações e o incentivo ao reconhecimento e à denúncia de casos (Bezerra; Piana, 2019). Apesar disso, enfatiza-se a subnotificação dos registros, fenômeno de grande recorrência na violência sexual, principalmente contra crianças e adolescentes, postulando um grande desafio para o SGDCA em todos os municípios.

Acerca da subnotificação, ressalta-se a diferença de registros entre a segurança pública e a saúde, com a primeira tendo cerca do dobro das notificações registradas na saúde. Esses resultados estão em consonância com uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada que indica que, no Brasil, são realizados mais registros de estupro pela SSP em comparação às notificações no SINAN. O estudo aponta que somente 8,5% dos casos de estupro são comunicados às autoridades policiais e que metade (4,2%) é registrada nos sistemas de informações de saúde (Ferreira *et al.*, 2023).

Os resultados encontrados neste estudo ressaltam a importância da implementação da Lei 13.431/2017 para o fortalecimento da proteção integral de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. Observa-se, dessa forma, a necessidade da promulgação de normas legais que complementem o Estatuto da Criança e do Adolescente e que contribuam para a efetivação dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, M. S.; PIANA, M. C. 18 de maio é todo dia: a violência sexual contra criança e adolescente no Brasil. **Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”. Brasília, out./nov. 2019. Disponível em: <https://brosaguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1255>. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRASIL, **Decreto nº 9.603 de 10 de dezembro de 2018**. BRASIL. **Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018**. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decreto/2018/decreto-9603-10-dezembro-2018-787431-publicacaooriginal-156922-pe.html>. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069/90. São Paulo, Atlas, 1991.

BRASIL. **Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRASIL, **Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022**. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente [...]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14344.htm. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) [...]. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prto104_25_01_2011.html. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prto204_17_02_2016.html#:~:text=PORTARIA%20No%20-%20204%2C%20DE%2017%20DE%20FEVEREIRO,nos%20termos%20do%20anexo%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 12 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada, [2016a] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**.

Brasília, DF: Departamento de Informática do SUS (DATASUS), [2023]. Disponível em: <http://sinannet.saude.gov.br/SINANnet/>. Acesso em: 19 out. 2023.

FERREIRA, H.; COELHO, D.S.C.; CERQUEIRA, D.; ALVES, P.; SEMENTE, M. **Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados**. Rio de Janeiro: IPEA, maio, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11814>. Acesso em: 12 jan. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

GOMES, C. B. DE O., HERBELE, R. L. (2021). A lei 13.431/2017 como importante instrumento de proteção infantojuvenil. **Brazilian Journal of Development**, 7(1), 2114–2134. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-144>. Acesso em: 26 abr. 2024.

LEVANDOWSKI, M. L.; STAHNKE, D. N.; MUNHOZ, T. N.; HOHENDORFF, J. V.; SALVADOR-SILVA, R.. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública (Online)**; 37(1): e00140020, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140020>. Acesso em: 15 jan. 2024.

MAGALHÃES, Natasha. **A Escuta Especializada de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em uma delegacia de polícia**. Dissertação. Universidade Federal do Pará. Belém, 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 56.157**, de 25 de Outubro de 2021. Acesso em 28 fev. 2024. Altera o Decreto nº 54.406, de 13 de dezembro de 2018, que aprova o Regimento Interno da Polícia Civil. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rs/decreto-n-56157-2021-rio-grande-do-sul-altera-o-decreto-no-54-406-de-13-de-dezembro-de-2018-que-aprova-o-regimento-interno-da-policia-civil>. Acesso em: 15 jan. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. **Orientações para a Implantação da Lei Federal nº 13.431/2017**, regulamentada pelo Decreto nº 9.603/2018. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://social.rs.gov.br/upload/arquivos/202212/26134118-orientacoes-implantacao-da-lei-da-escuta-protetida-26dez22.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Segurança Pública. **Indicadores da Violência Contra a Mulher**. Porto Alegre, 2024. Disponível em: <https://www.ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contra-a-mulher>. Acesso em: 15 jan. 2024.

10. ROTA CRÍTICA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: A PSICOLOGIA NA REDE

*Júlia Cenci Martinotto
Clarissa De Antoni*

1 INTRODUÇÃO

Em 1990 foi promulgada no Brasil a Lei nº 8.069, a qual institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e estabelece os direitos dessa população, dispondo sobre a proteção integral de crianças e adolescentes e reforçando, em seu artigo 3º, que devem ser garantidas todas as condições necessárias para o seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade. A lei também salienta que devem ser desenvolvidos serviços de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão, bem como a garantia de proteção jurídico-social à infância e à adolescência por entidades de defesa de direitos (Brasil, 1990). Assim, a partir do surgimento do ECA, foram criadas e instituídas políticas de atendimento em prol da proteção integral de crianças e adolescentes.

O ECA propôs que essas políticas fossem estabelecidas por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, de forma descentralizada e com atuação em rede. Além disso, em 2017, foi instituída a Lei Federal 13.431/2017, que normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, estabelecendo mecanismos e princípios que possibilitam a integração dos serviços de atendimento (Brasil, 2017). Logo, como forma de atender, cuidar e proteger integralmente crianças e adolescentes, tem-se a união de diversos setores e profissionais trabalhando de forma conjunta, incluindo profissionais de psicologia, serviço social, direito, medicina, dentre outros.

Dentro das políticas de garantia de direitos preconizadas pelo ECA, estão o enfrentamento e a prevenção à violência contra crianças e adolescentes. Esse tipo de violência apresenta particularidades, visto que não somente envolve ameaças diretas à saúde das vítimas e à sua sobrevivência, desenvolvimento e dignidade,

mas também denuncia uma falha grave de pessoas e instituições que deveriam proteger e zelar pelo cuidado das crianças e adolescentes (Krug, 2002). Para que seja possível minimizar os efeitos da violência, o foco das políticas de proteção deve estar na atuação conectada e efetiva. Assim, é necessário que a rede consiga: acolher a narrativa da criança ou do adolescente; protegê-la/o do agressor; prevenir novos episódios de violência; denunciar a ocorrência; oferecer suporte para a vítima e sua família; e garantir o acompanhamento médico, psicológico, social e jurídico necessário em cada caso (Nunes; Moraes, 2021). Dessa forma, é essencial que todos os profissionais e instituições compreendam o papel que possuem nesse emaranhado, atuando de forma comunicativa e relacionada dentro de seu escopo (Ferreira *et al.*, 2007; Faraj; Siqueira; Arpini, 2016; Nunes; Moraes, 2021). Assim, este capítulo busca ilustrar a rota percorrida por crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, em especial o contato que possuem com os profissionais da psicologia.

2 A REDE DE ATENDIMENTO

São garantidas diferentes portas de entrada para os serviços que compõem a rede de proteção integral a partir da notificação da violência, como o Canal Disque 100, a polícia civil, a polícia militar e os serviços de saúde e educação. Soma-se a isso a obrigatoriedade, instituída pelo artigo 70 do ECA (Brasil, 1990), de que sejam feitas a comunicação e a notificação de situações de violação de direitos ou suspeita de violações por parte de profissionais que atuem com crianças e adolescentes, garantindo punição legal aos que não as realizarem.

A comunicação deve ser feita aos órgãos competentes (geralmente o Conselho Tutelar, as delegacias especializadas ou o Ministério Público), para que a rede tenha ciência do caso e inicie os procedimentos de proteção à criança ou ao adolescente. Já a notificação deve ser realizada por meio de uma ficha específica do SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação), que será processada por serviços de vigilância em saúde. Esse sistema, criado em 2011, além de padronizar a notificação em todo o território nacional, também possibilitou a unificação dos dados sobre o fenômeno, trazendo maior visibilidade para a questão e permitindo realização de planejamento específico para intervir e prevenir (Brasil, 2011; Rolim *et al.*, 2014). É somente a partir da notificação, comunicação ou denúncia que o ciclo de violência pode ser rompido.

Para a elucidação da rota crítica percorrida pela criança ou adolescente e seu contato com profissionais de psicologia, serão apresentados os serviços geralmente

envolvidos nos encaminhamentos realizados após a notificação de violência sexual contra crianças e adolescentes (VScA) chegar ao Conselho Tutelar. Explicita-se que, devido à interlocução de todas as esferas governamentais e de serviços não governamentais na rede de proteção, não é possível estabelecer uma estrutura padronizada para todo o território nacional. Portanto, será apresentado um fluxo de serviços generalista, buscando-se contemplar, de forma ampla, as possibilidades de atuação do psicólogo na rede de proteção à violência sexual na infância e adolescência no Brasil.

3 NO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

O SUAS foi consolidado pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que unifica e rege os serviços da assistência social, dividindo-os em níveis de complexidade. Esses níveis são a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE), sendo que essa é dividida em média e alta complexidade (Brasil, 1993). A PSE é a responsável por atender situações nas quais há violação de direitos, atuando na defesa desses e na reconstrução dos vínculos familiares e comunitários rompidos ou fragilizados, e é responsabilidade dos equipamentos que compõem o atendimento e o acolhimento dos casos de VScA. A PSE articula-se junto ao poder judiciário, ao Ministério Público e aos Conselhos Tutelares, além de contar com um profissional de psicologia como membro mínimo nas equipes em todos os níveis de proteção (Brasil, 2006; Brasil, 2014; Lima; Schneider, 2018; Martins; Santos, 2022).

Na média complexidade, representada pelos Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), há a presença obrigatória de psicólogos, assistentes sociais e advogados nas equipes de nível superior. Os CREAS geralmente recebem os casos de VScA mediante encaminhamento de outros serviços. Porém, também pode ocorrer uma busca espontânea por parte da família (Martins; Santos, 2022). Nos CREAS, é ofertado o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), que fornece apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou de violação de direitos (Brasil, 2014), por meio do qual é realizado o atendimento psicossocial da criança ou do adolescente vítima de violência sexual e de sua família (Lima; Schneider, 2018). Por meio de ações e atividades específicas, buscam-se promover a superação da violação vivenciada, a garantia de direitos, a autonomia dos indivíduos afetados e, quando possível, o fortalecimento da função protetiva da família (CPF, 2009; Silva; César, 2013; Romeu; Elias; Silva, 2014). Dessa forma, nos CREAS devem ser oferecidos acolhimento e escuta qua-

lificada, atendimento psicossocial e jurídico e acompanhamento individual, familiar e/ou grupal, juntamente de ações que visem à promoção da superação da situação de violência (Brasil, 2014; Martins; Santos, 2022).

Assim, por meio do atendimento psicossocial, deve-se focar nos contextos produtores de vulnerabilidade, com atuação nos âmbitos familiar, social e comunitário. Busca-se identificar o que os influenciam e gerar a mudança dessas condições, sendo necessários olhar interdisciplinar e ações focadas no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e na emancipação da pessoa (Lima; Schneider, 2018). De acordo com as orientações técnicas do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2009) quanto a essa prática, especificamente no que tange à VSc, a atuação é centrada na redução de danos e na busca por mudanças subjetivas, que contribuam para a alteração da dinâmica abusiva, devendo-se pensar, junto à família, formas de superar a situação violenta e de garantir os direitos da vítima, evitando a sua revitimização. O atendimento psicossocial do CREAS é realizado tanto por psicólogos quanto por assistentes sociais e pode ser resumido em algumas etapas: acolhimento e triagem, elaboração do plano de atendimento, encaminhamentos, acompanhamento e encerramento (Romeu; Elias; Silva, 2014).

O trabalho psicossocial permite que a criança ou adolescente e sua família sejam vistos em suas relações afetivas, seus papéis na dinâmica familiar e na dinâmica da violência, seus comportamentos e em seus sentimentos. A atividade de acolhida refere-se ao contato inicial com a criança ou o adolescente e sua família, sendo um momento crucial para compreender a demanda e a forma como o serviço pode auxiliá-los, também esclarecendo seu funcionamento e estabelecendo o vínculo com os usuários (CFP, 2009). O vínculo com os profissionais e os serviços tem um papel importante na proteção e na garantia de direitos das crianças e dos adolescentes, visto que permite que as vítimas e as suas famílias confiem nos procedimentos, tenham adesão ao atendimento e aos encaminhamentos propostos e que busquem a superação da violação com o amparo ao qual têm direito (Silva; César, 2013; Martins; Santos, 2022).

Assim, o contato da vítima e sua família com os psicólogos inseridos nos CREAS pode ser bastante diverso, sendo que algumas das funções compartilhadas por esses profissionais são: acolhida, escuta, atendimentos individuais, atendimentos familiares, grupos, oficinas, reuniões com outros serviços da rede de proteção, elaboração de Plano de Atendimento Individual ou Familiar, visitas domiciliares, acompanhamento dos usuários em serviços do sistema judiciário, elaboração de

relatórios, ações integradas com a rede, atividades psicoeducativas para a população em geral, estudos de caso, acompanhamento de medidas socioeducativas, orientações e encaminhamentos para outras políticas públicas (CFP, 2012; Silva; Cézar, 2013). Também são relatadas atuações de psicoterapia nos CREAS, atividade esta que vai contra as diretrizes do serviço e do CFP e que reflete a falha da rede de suprir essa demanda nos setores responsáveis inseridos no sistema de saúde (CFP, 2012; Faraj; Siqueira, 2012; Silva; Cézar, 2013; Lima; Schneider, 2018).

Para que o trabalho interdisciplinar seja eficaz, é necessário que todos os profissionais tenham ciência da sua função e das suas responsabilidades dentro dos serviços, bem como das dos demais envolvidos, para que seja possível realizar articulações e encaminhamentos de forma plena (Martins; Santos, 2022). Porém, os profissionais relatam não haver um referencial claro que delimite a função de cada um dentro da equipe do CREAS (Silva; Cézar, 2013). Isso mostra-se problemático, pois a violência é um problema complexo, cujas demandas que acarreta não são supridas por uma atuação isolada e desarticulada. Ademais, ao não conseguirem atuar de forma efetiva, os profissionais e os serviços correm o risco de causar revitimização pela atuação falha (Faraj; Siqueira; Arpini, 2016; Vieira, 2017; Lima; Schneider, 2018; Martins; Santos, 2022).

Observa-se, portanto, a fragilidade na rede de atendimento, tendo em vista o desconhecimento dos papéis das instituições e dos profissionais envolvidos (CFP, 2012), a desarticulação da rede (Faraj; Siqueira, 2012; Faraj; Siqueira; Arpini, 2016; Martins; Santos, 2022) e o descaso da gestão e do Estado, que não garantem a atuação plena desses serviços (Vieira, 2017; Martins; Santos, 2022). Tudo isso também contribui para o adoecimento dos profissionais, visto que gera desgaste emocional, estresse e sensações de impotência frente às situações atendidas (Martins; Santos, 2022). Além disso, o contato diário com situações de sofrimento decorrente da violência — as quais já demandam muito emocional e tecnicamente — pode despertar sentimentos negativos nos profissionais, como medo, raiva e inquietação (Faraj; Siqueira, 2012; Florentino, 2014; Nunes; Moraes, 2021; Martins; Santos, 2022).

Apesar de preconizados pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (Brasil, 2006), estudos apontam que não é comum a realização de capacitações acerca da prática no que tange à VSc para os profissionais que atuam nos CREAS (Nunes; Moraes, 2021). Além disso, a instrumentalização sobre a atuação dos psicólogos nas políticas públicas com violência sexual não é algo percebido pelas pesquisas com esses profissionais, sendo que muitos acabam por buscar formações com-

plementares de forma individual ou, ainda, basear suas práticas somente pelos documentos oriundos do CFP (Silva; Cézar, 2013; Hohendorff; Habigzang; Koller, 2015; Lima; Schneider, 2018; Nunes; Morais, 2021; Martins; Santos, 2022).

Os serviços de proteção de alta complexidade são os responsáveis por garantir a proteção integral para famílias e indivíduos que se encontram em situação de ameaça e que necessitam ser afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitário, o que pode ser o caso de crianças e adolescentes em situação de VScA (Hohendorff; Habigzang; Koller, 2015). Os abrigos institucionais são instituições chave deste nível de complexidade.

O ECA prevê o acolhimento institucional com caráter transitório, oferecendo proteção integral ao remover o indivíduo do contexto violento, e só deve ser realizado após se esgotarem todas as possibilidades de a criança ou o adolescente permanecer com sua família de origem ou extensa ou na comunidade, visto o direito de convivência familiar (Parra; Oliveira; Maturana, 2019). A intenção do acolhimento é proteger o indivíduo ao mesmo tempo em que permite que a família, mediante apoio da proteção social e demais políticas públicas necessárias, reorganize-se para a superação das fragilidades, retomando seu caráter protetor. Caso isso não seja possível, ocorre a destituição do poder familiar, com acolhimento por tempo indeterminado, culminando em processos de adoção ou inserção em família substituta (Parra; Oliveira; Maturana, 2019).

No acolhimento institucional, deve-se propiciar um ambiente afetivo para a criança ou o adolescente, atuando de forma interdisciplinar no auxílio da reinserção destes ao seu lar (Aguiar; Carrero; Rondina, 2007). O ambiente do abrigo deve promover o desenvolvimento dos indivíduos e a promoção de vínculos seguros, apresentando-se como um local de acolhimento, socialização e proteção integral, levando em consideração a individualidade de cada indivíduo e o seu contexto sociocultural (Parra; Oliveira; Maturana, 2019). As crianças e adolescentes inseridos nos abrigos terão contato com os psicólogos por meio de intervenções individuais e grupais, bem como suas famílias, que são acompanhados de perto para receber apoio e orientação para que consigam se reorganizar para cumprir as condições necessárias para a recuperação dos vínculos rompidos e para a reinserção da criança ou do adolescente no núcleo familiar de origem (Aguiar; Carrero; Rondina, 2007).

É possível compreender que, de forma geral, o contato de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias com profissionais de psicologia no SUAS é relacionado com auxílio e suporte para a reorganização e reestruturação do núcleo familiar após episódios de violência. Como os equipamentos desses serviços terem

função de acolhimento, escuta e encaminhamento para demais serviços da ampla rede de proteção instituída no Brasil, possuem papel essencial para viabilizar o amparo a esse público e a aplicação das leis e procedimentos protetivos, desde a denúncia até o acompanhamento posterior das vítimas e suas famílias.

4 NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi promulgado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e, assim como o SUAS, é dividido em níveis de atenção à saúde, sendo eles a atenção básica/primária, a atenção especializada e a atenção de alta complexidade. De acordo com a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) e com o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (CONANDA, 2013), a orientação para o atendimento de casos de VScA é de que seja realizado atendimento clínico, farmacológico e psicossocial pela rede intersetorial. Além disso, é pontuada a importância da avaliação de risco da vítima, do atendimento multidisciplinar e do acompanhamento com equipe de saúde mental sempre que necessário, sendo responsabilidade do Ministério da Saúde a garantia desses atendimentos (CONANDA, 2013). Dessa forma, compreende-se que é dever dos serviços de saúde absorver a demanda de prover atenção em saúde mental para crianças e adolescentes vítimas de VScA.

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2014b), é na atenção primária que devem ser ofertadas ações de promoção de saúde mental e prevenção e cuidado aos transtornos mentais. Devido à proximidade das equipes desses serviços com famílias, escolas e outros ambientes que a criança ou o adolescente frequenta, a sua atuação é vista como privilegiada para a formação de vínculo com os usuários e para a efetividade do trabalho psicossocial (Brasil, 2014b), bem como para a identificação e o enfrentamento da VScA (Rolim; Moreira; Corrêa; Vieira, 2014; Setti; Trindade; Hohendorff, 2022). Apesar de a sua atuação não ser obrigatória nos serviços de saúde, não é incomum haver psicólogos nesses locais atuando em ações como atendimento individual, grupos terapêuticos, atendimento familiar, atividades de psicoeducação, dentre outras (Furtado; Carvalho, 2015).

Entretanto, profissionais que trabalham na atenção primária de serviços de saúde relatam dificuldade em atender esses casos devido à falta de protocolo para as equipes e de capacitação para manejo e comunicação efetiva na rede de atendimento

à saúde. Dessa forma, o procedimento padrão parece ser o encaminhamento para o serviço de psicologia e o tratamento médico na própria unidade, com pouco diálogo com o restante da equipe e demais níveis de atendimento, refletindo uma atuação isolada (Setti; Trindade; Hohendorff, 2022) que vai contra o indicado para o cuidado e a intervenção com vítimas de VScA.

Os serviços de psicologia e saúde mental que compõem as equipes multiprofissionais da atenção especializada e de alta complexidade, como hospitais, serviços de urgência e emergência e Unidades de Pronto Atendimento, também podem receber essa população em situação de crise; todavia, seu serviço é pontual e breve. Nesses locais, o atendimento é voltado para a classificação de risco e o acolhimento, com posterior encaminhamento para outro serviço da rede para o acompanhamento continuado. Assim, nos hospitais devem ser realizados acolhimento psicológico e avaliação de risco quando recebem casos de VScA, sendo essencial a atuação multiprofissional neste primeiro contato para que seja oferecido o melhor manejo possível. Além disso, é comum que a comunicação e os encaminhamentos para os demais níveis de atenção e serviços da rede ocorram nesses locais (Serra; Carvalho; Magalhães, 2014).

Compreende-se, portanto, que apesar de a garantia de cuidado em saúde mental às vítimas de VScA constar nos manuais e nas orientações dos serviços de saúde, não há um local específico de referência para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de VScA. Isso mostra-se preocupante, visto que a experiência da violência é um fator de risco para diversos sintomas e psicopatologias. Na literatura são mais comumente relatados quadros de ansiedade, raiva, dissociação, problemas interpessoais, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, depressão, transtornos alimentares, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de personalidade borderline (Hohendorff; Habigzang; Koller, 2015; Hohendorff; Patias, 2017). Assim, pontua-se que o Brasil, de forma geral, não conta com serviços de psicoterapia e saúde mental voltados para essa população, apesar do conhecimento científico acerca do risco de desenvolvimento de transtornos e da potencialidade da psicoterapia como ferramenta preventiva e de tratamento (Hohendorff; Habigzang; Koller, 2015; Hohendorff; Patias, 2017; Fuchs; Carrion; De Antoni, 2021).

Assim, essa demanda recai para os governos estaduais e municipais principalmente, que, além da organização dos serviços já mencionados, muitas vezes, realizam parcerias com instituições de ensino, por meio de serviços-escola e estágios, cursos de residência e serviços da rede privada (como clínicas de formação profissional) para

tentar suprir essa demanda (Hohendorff; Habigzang; Koller, 2015). Assim, compreende-se que há locais de atendimento com organização limitada à sua região de atuação e à sua disponibilidade, não sendo o suficiente para suprir toda a demanda que há. Além disso, percebe-se pouco registro documental de encaminhamentos para tais serviços, e, quando existe, geralmente não é indicado, no prontuário, qual o serviço responsável por essa oferta, o que dificulta um mapeamento completo de como se dá esse tipo de atenção atualmente e prejudica o próprio funcionamento da rede de proteção (Hohendorff; Habigzang; Koller, 2015) que, além de estar defasada, não está conectada.

Por meio da análise realizada, é possível inferir que a demanda de saúde mental para essa população é grande e acaba recaindo principalmente sobre os serviços da atenção básica à saúde, que não possuem serviço especializado para casos de VScas nem contam com equipes de saúde mental como quadro mínimo funcional, o que torna essa demanda uma tarefa complexa para os gestores. Assim, da mesma forma como apontam os autores Hohendorff, Koller e Habigzang (2015), pode-se analisar que há uma grande lacuna entre o que se espera dos serviços e o que eles realmente conseguem oferecer. Ademais, o trabalho dos psicólogos atuantes na atenção básica em situações de VScas não ocorre de forma específica, não sendo possível apontar a aplicação de projetos qualificados para lidar com a complexidade do fenômeno, demonstrando outra lacuna entre atuação e demanda.

5 NO SISTEMA JUDICIÁRIO

A partir do ECA, tornou-se obrigatória a presença de diversos profissionais de áreas distintas, como psicólogos, no sistema de justiça, devido à implementação das equipes interdisciplinares nos serviços que o compõem (CFP, 2019). No sistema judiciário, o contato das vítimas de VScas e suas famílias com profissionais de psicologia pode ser resumido em dois momentos distintos: na perícia psicológica e no depoimento especial (Aznar-Blefari *et al.*, 2020). A perícia costuma ocorrer durante a fase do inquérito policial, conjuntamente com demais exames periciais solicitados para a elucidação dos fatos (Schaefer; Miele; Rios, 2022). Já o depoimento especial pode ocorrer em diferentes momentos da investigação do caso, inclusive pela demanda da delegacia ou durante a fase processual (Aznar-Blefari *et al.*, 2020).

A atuação do psicólogo na perícia baseia-se na busca por uma resposta por meio de procedimentos técnicos (CFP, 2012; Gava; Pelisoli; Dell'Aglio, 2013). No caso da VScas, a questão costuma ser se ocorreu ou não a violação e os demais detalhes es-

pecíficos para cada caso. Essa prática é comumente realizada nos Institutos Médicos Legais (IML) ou, caso a região os possua, nos centros de atendimento integral a essa população e nos hospitais materno infantis, locais nos quais também são feitas as perícias físicas (Gava; Dell’Aglio, 2013).

A perícia psicológica mostra-se uma tarefa complexa, visto que não há um único quadro sintomatológico associado à VS e que são necessárias diferentes formas de manejo de acordo com a fase de desenvolvimento da vítima (Gava; Pelisoli; Dell’Aglio, 2013). Dessa forma, o perito deve fazer uma análise completa, para além da sintomatologia, contemplando de forma detalhada: testemunho — por meio de entrevistas com a vítima e seus familiares —, anamnese, avaliação cognitiva e emocional da criança ou adolescente, testes psicológicos, análise dos documentos já produzidos no caso, laudos médicos, relatórios de outros serviços, visitas domiciliares e demais atividades que ofereçam subsídios à produção de prova do caso por meio de confirmação e exclusão de hipóteses (Gava; Pelisoli; Dell’Aglio, 2013; Pelisoli; Dell’Aglio, 2013; Aznar-Blefari *et al.*, 2020; Schaefer; Miele; Rios, 2022).

Para tanto, os profissionais devem lançar mão de uma série de práticas, específicas da psicologia ou não, para que se obtenha o maior número de informações que auxiliem na tomada de decisão para a elaboração do laudo psicológico, mas com o menor dano possível à vítima (Aznar-Blefari *et al.*, 2020). A perícia pode ser gravada, de forma a ser utilizada para responder novos questionamentos que possam vir a surgir ao longo do processo (Schaefer; Miele; Rios, 2022). Assim, como parte da perícia psicológica, apesar de não haver um consenso mundial e tampouco nacional de como essa deve ser realizada, é comum que sejam aplicadas técnicas de entrevista que permitam ao perito avaliar as condições do periciado quanto à credibilidade do relato e à sua capacidade de afirmar ou negar os fatos. Ademais, o profissional deve atentar-se à sugestionabilidade de seus questionamentos, bem como deve utilizar técnicas que sejam condizentes com a capacidade da vítima de responder, levando em consideração sua fase de desenvolvimento (Ribeiro; Alves Jr; Maciel, 2014).

Já o depoimento especial (DE), anteriormente intitulado depoimento sem dano, foi instituído pela Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, sendo o procedimento padrão de oitiva para crianças e adolescentes no sistema de justiça brasileiro (Aznar-Blefari *et al.*, 2020). O depoimento da vítima pode ser dispensado pelas autoridades caso as demais provas existentes sejam consideradas o suficiente para o andamento do processo, tendo em vista a preservação da criança ou do adolescente (Schaefer; Miele; Rios, 2022). A lei não estabelece quais profissionais podem realizar o DE, mas é im-

prescindível que se tenha, para a realização desse serviço: conhecimento pleno sobre o desenvolvimento humano e o fenômeno da violência; capacitação para o manejo de crianças e adolescentes fragilizados; e conhecimento de técnicas de entrevista adequadas. De acordo com as normas sobre essa prática, a atuação deve sempre se pautar na proteção da criança ou do adolescente e na sua possível revitimização, sendo papel do profissional limitar o relato apenas para o que for estritamente necessário para cumprir sua finalidade (Aznar-Blefari *et al.*, 2020). Também deve ser prioridade uma realização única do depoimento, que deverá ser gravado para utilização no lugar de novos procedimentos, tendo em vista que a repetição dos fatos, além de causar revitimização, também diminui a qualidade do relato (Santos, 2014; Schaefer; Miele; Rios, 2022).

Quando realizado no momento da audiência, o DE ocorre em uma sala secundária e mais receptiva para crianças e adolescentes, sendo, além de gravado para uso posterior, transmitido em tempo real para a sala de audiências. O profissional que colhe o depoimento utiliza um ponto eletrônico para escutar os questionamentos e repassá-los à criança ou ao adolescente (Aznar-Blefari *et al.*, 2020), com liberdade para reformular as perguntas de acordo com o seu próprio entendimento técnico-científico acerca da capacidade e do bem-estar da vítima, mas tendo em vista a necessidade de conseguir respostas (Sanson; Hohendorff, 2021). Essa prática foi implementada visando à redução de danos à vítima, à prevenção e à proteção com um cuidado especial para a revitimização e à garantia do direito de ser ouvida e ter suas palavras valorizadas, além da melhoria da produção de provas. Assim como na perícia, técnicas embasadas em entrevista devem ser utilizadas para atingir os objetivos, e os mesmos cuidados com a formulação de perguntas e a sugestibilidade devem ser feitos, tendo em vista a condição do sujeito em desenvolvimento e o consequente direito de proteção das vítimas (Cézar, 2014).

A prática é vista pelos trabalhadores envolvidos como algo importante tanto para uma produção de prova de qualidade quanto para a maior proteção da vítima (Pelisoli; Dell'aglio, 2013; Pelisoli; Dell'aglio, 2016; Sanson; Hohendorff, 2021). Os atores da prática do DE também relatam a necessidade de a rede ser mais articulada, de forma que seja possível um único relato por parte da vítima, sem necessidade de contá-lo em diversos serviços e passar por revitimizações, bem como a importância da agilidade desse tipo de procedimento, visto que deve ser feito o mais breve possível após a notificação (Aznar Blefari *et al.*, 2020; Sanson; Hohendorff, 2021). Além disso, as próprias depoentes também revelam a importância de um espaço seguro e acolhedor

e a necessidade de informações mais detalhadas sobre o protocolo antes do DE para amenizar os sentimentos ansiogênicos gerados pela situação (Ramos; De Antoni, 2023).

A prática de psicólogos como peritos é regulamentada pela Resolução nº 017/2012 do CFP, enquanto a sua atuação em oitivas é alvo de críticas do conselho devido à ambiguidade da prática como algo que possa ferir os preceitos éticos da profissão, porém é permitida com ressalvas. Ademais, a capacitação para essa atuação é imprescindível, visto que, para além dos conhecimentos do desenvolvimento humano apreendidos na graduação, o profissional deve: saber aplicar técnicas e protocolos de entrevista tendo em vista as diferenças de faixa etária; estar a par dos procedimentos e dos protocolos próprios do direito e do formato da rede de proteção para além do sistema de justiça; ter conhecimentos específicos acerca da violência sexual contra crianças e adolescentes e suas especificidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresentou a rota percorrida pela criança ou adolescente vítima de violência sexual, tendo, como ponto de partida, os locais de atuação de psicólogos e as práticas realizadas por esses profissionais. Em todas as seções, aponta-se para a necessidade da formação profissional especializada e da capacitação de forma continuada acerca do próprio trabalho, da atuação dos demais profissionais com quem atuam e do fenômeno de violência sexual contra crianças e adolescentes em si. Além disso, foi possível perceber a importância da atuação em rede, algo que aparece de forma intensa em todas as avaliações dos serviços envolvidos, e que permite a realização plena da política de proteção integral, sendo que, com o incentivo dos gestores, podem ser realizadas melhorias nessa comunicação e no fluxo de encaminhamentos da criança ou do adolescente e da sua família, o que auxilia no processo de reconstrução e superação da violência ao longo do percurso por que caminham após a descoberta e a comunicação da violência sexual a algum serviço.

Observa-se o fato de que os serviços analisados possuem muitas particularidades regionais devido à interlocução das esferas governamentais em sua organização. Portanto, cada município ou estado tem suas peculiaridades. Ademais, é importante conhecer e mapear a rota de enfrentamento e proteção à violência sexual infantojuvenil e o fluxo de encaminhamentos existentes, a fim de verificar se há consonância com a legislação vigente.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, O.; CARRERO, M. L. C.; RONDINA, R. DE C. Casa abrigo: possibilidade de atuação para o psicólogo. **Revista científica eletrônica de psicologia**, n. 9, set. 2007.
- AZNAR-BLEFARI, C.; SCHAEFER, L. S.; PELISOLI, C. L.; HABIGZANG, L. F. Atuação de Psicólogos em Alegações de Violência Sexual: Boas Práticas nas Entrevistas de Crianças e Adolescentes. **Psico-USF**, v. 25, n. 4, p. 625-635, 2020.
- BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Lei Orgânica da Assistência Social**, Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria nacional de assistência social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS - NOB-RH/SUAS**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria nacional de assistência social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Reimpressão. ed. Brasília: [s. n.], 2014. 64 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: MS, 2014b. 62 p. ISBN 978-85-334-2162-2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Norma técnica, 3a ed. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**, Brasília: Editora MS, 2012.
- CÉZAR, J. A. D. A atenção à criança e ao adolescente no judiciário: práticas tradicionais em cotejo com práticas não revitimizantes (depoimento especial). In: DOS SANTOS, Benedito Rodrigues; GONÇALVES, I. B.; VASCONCELOS, G. (org.). **Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos**. Brasília: EdUCB, 2014. cap. 16, p. 259-271. ISBN 978-85-60485-70-3.
- CONSELHO NACIONAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (Conanda). **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF: Conanda, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para Prática de Psicólogos(os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012. 58 p. ISBN: 978-85-89208-56-7.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para atuação de psicólogos (os) em varas de família**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. 2019. 112 p. 2a ed. ISBN: 978-65-5069-002-1.
- FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C. O atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente vítima de violência sexual na perspectiva dos profissionais do CREAS. **Barbarói**, p. 67-87, 2012.
- FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M. Rede de proteção: o olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 727-741, 2016.
- FERREIRA, A. L.; MOURA, A. T. M. S.; MORGADO, R.; GRYNER, S.; BRANCO, V. M. C. Crianças e adolescentes em situação de violência. Em: NJAINE, K. et al. (Eds.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 127-148.
- FLORENTINO, B. R. B. Abuso sexual, crianças e adolescentes: reflexões para o psicólogo que trabalha no CREAS. **Fractal: Revista de psicologia**, v. 26, n. 1, p. 59-70, 2014.
- FUCHS, H.; CARRION, A. J. Z. M.; DE ANTONI, C. Violência sexual infantojuvenil em meninas: intervenções psicológicas e psicoeducacionais. In: OLIVEIRA, W. P. S. et al, (coord.). **A quebra do silêncio e as vertentes do abuso sexual: Manual de prevenção e intervenção**. Curitiba: Editora CRV, 2021. cap. 8, p. 141-160. ISBN 978-65-5868-973-7.
- FURTADO, M. E. M. F.; CARVALHO, L. B. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, 2015.
- GAVA, L. L.; PELISOLI, C.; DELL'AGLIO, D. D. A perícia psicológica em casos de suspeita de abuso sexual infanto-juvenil. **Revista Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 2, p. 137-145, 2013.
- GAVA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Percepções de psicólogos sobre a perícia nos Institutos Médico-Legais do Brasil. **Estudos de psicologia**, v. 18, n. 4, p. 609-617, 2013.
- HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Psicoterapia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual

no Sistema Público: Panorama e Alternativas de Atendimento. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, p. 182–198, 2015.

HOHENDORFF, J. V.; PATIAS, N. D. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. **Barbarói**, n. 49, p. 239–257, 2017.

LIMA, F. C.; SCHNEIDER, D. R. Características da Atuação do Psicólogo na Proteção Social Especial em Santa Catarina. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 38, n. 2, p. 347–362, 2018.

MARTINS, J. S.; SANTOS, D. K. DOS. atendimentos Psicossociais a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual: Percepções de Psicólogas de um Creas/Paeft. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 42, 2022.

NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. DE. Práticas Profissionais relacionadas às Demandas de Violência Sexual: Revisão da Literatura Nacional. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 41, 2021.

KRUG, E. G. (ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização mundial da saúde, 2002. 380 p. ISBN 92-4-154561-5.

PARRA, A. C. DE O.; OLIVEIRA, J. A. DE.; MATURANA, A. P. M. O Paradoxo da Institucionalização Infantil: Proteção ou Risco?. **Psicologia em Revista**, v. 25, n. 1, p. 155–175, 2019.

PELISOLI, C.; DELL'AGLIO, D. D. A Humanização do Sistema de Justiça por meio do Depoimento Especial: Experiências e Desafios. **Psico-USF**, v. 21, n. 2, p. 409–421, 2016.

PELISOLI, C.; DELL'AGLIO, D. D. Psicologia jurídica em situações de abuso sexual: possibilidades e desafios. **Boletim de Psicologia**, v. 63, n. 139, p. 175–192, 2013.

RAMOS, M. DA S.; DE ANTONI, C. A experiência do depoimento especial a partir da perspectiva de meninas adolescentes vítimas de abuso sexual. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 9, n. 2, p. 535–554, 2023.

RIBEIRO, M. L.; ALVES JR., R. T.; MACIEL, S. B. Procedimentos éticos e protocolares na entrevista com crianças e adolescentes. In: DOS SANTOS, Benedito Rodrigues.; GONÇALVES, I. B.; VASCONCELOS, G (org.). **Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual**: aspectos teóricos e metodológicos. Brasília: EdUCB, 2014. cap. 18, p. 285-304. ISBN 978-85-60485-70-3.

ROLIM, A. C. A.; MOREIRA, G. A. R.; CORRÊA, C. R. S.; VIEIRA, L. J. E. DE S. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, 2014.

ROMEU, A. P. S.; ELIAS, A. D. N. S.; SILVA, E. G. P. O. A atenção a crianças e a adolescentes vítimas de violência sexual nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas). In: DOS SANTOS, Benedito Rodrigues.; GONÇALVES, I. B.; VASCONCELOS, G (org.). **Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual**: aspectos teóricos e metodológicos. Brasília: EdUCB, 2014. cap. 9, p. 167-182. ISBN 978-85-60485-70-3.

SANSON, J. A. DA S.; HOHENDORFF, J. V. Depoimento Especial a partir de Opiniões de Psicólogos Brasileiros Atuantes nessa Prática. **Psico-USF**, v. 26, n. 1, p. 27–39, 2021.

SCHAEFER, L. S.; MIELE, A.; RIOS, A. A entrevista forense com crianças vítimas de violência sexual no contexto da perícia criminal oficial. **Cadernos jurídicos**, São Paulo, ano 23, n. 63, p. 11-22, 2022.

SERRA, A. S. L.; CARVALHO, L. C.; MAGALHÃES, M. L. Atenção integral à saúde de crianças e de adolescentes em situação de violência sexual, em linhas de cuidado. In: DOS SANTOS, Benedito Rodrigues.; GONÇALVES, I. B.; VASCONCELOS, G (org.). **Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual**: aspectos teóricos e metodológicos. Brasília: EdUCB, 2014. cap. 8, p. 147-166. ISBN 978-85-60485-70-3.

SETTI, S. M.; TRINDADE, A. D. A.; HOHENDORFF, J. V. Atuação da Estratégia Saúde da Família em Casos de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 105–124, 2022.

SILVA, R. B.; CÉZAR, P. C. N. Atuação do psicólogo no CREAS em municípios de pequeno porte. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 80, 2013.

VIEIRA, M. S. Em busca da Intergralidade no Atendimento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: Reflexões a partir da Realidade dos CREAS Tocantinsenses. **Revista Sociais e Humanas**, v. 30, n. 3, 2017.

PARTE II

Ações intersetoriais
de enfrentamento
às violências contra
crianças e
adolescentes

11. RODAS DE CONVERSA SOBRE AS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA 1ª CRS: SEMENTES QUE PROTEGEM

*Camila Rodrigues de Oliveira
Karina Alida Guisso Vitória
Lisângela Franciscato Campo
Patrícia Ligocki Silva*

“Na vida somos todos semeadores,
ninguém vive sem semear.
Felizes são aqueles que, por onde passam,
deixam sementes de amor, bondade e afeto.
Que possamos continuar nossa semeadura juntos
em prol de nossas crianças”.

Divaldo Franco, adaptado pela
equipe PIM/Criança Feliz,
(Capela de Santana)

1 INTRODUÇÃO

Apresenta-se a seguir um relato de experiência acerca da implantação de rodas de conversa sobre as violências contra crianças e adolescentes, no âmbito da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (1ª CRS), pertencente à Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), realizadas de outubro de 2022 a agosto de 2023. O objetivo dessa atividade foi sensibilizar e apoiar os trabalhadores de saúde dos municípios no que tange às ações de promoção da vida, de prevenção das violências e de atenção integral às crianças e aos adolescentes vítimas ou testemunhas de violências e suas famílias.

Rodas de conversa são diálogos que proporcionam a circulação de ideias convergentes e divergentes capazes de fazer a diferença, despertando em corações e mentes, a partir da vivência nos territórios, ideias sobre o que é possível fazer e a maneira como pode ser feito (Souza; Mendes, 2009 *apud* Brasil, 2011a, p. 26). Nesse sentido, im(plantar) espaços de aprendizado mútuo e de aproximação entre os

trabalhadores, nos quais houvesse o compartilhamento de experiências, de anseios, de estratégias de enfrentamento, de dificuldades e potencialidades, foi um desafio e uma necessidade na 1ª CRS.

2 RECONHECENDO O TERRENO

As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) são instâncias administrativas da SES/RS responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde (Rio Grande do Sul, 2020, p. 20). Desta maneira, na 1ª CRS, que tem como sede o município de Porto Alegre, realiza-se o apoio aos gestores e trabalhadores de saúde de 67 municípios, organizados em cinco Regiões de Saúde¹, na implantação e implementação das políticas públicas do SUS.

É importante salientar que o conjunto dos municípios da 1ª CRS representa cerca de 40% da população do estado. Entre eles, há diversos portes populacionais, que vão desde aqueles de pequeno porte, com menos de 3 mil habitantes, passando por municípios maiores da Região Metropolitana (Alvorada, Canoas, Viamão, Gravataí, Novo Hamburgo, entre outros), até a capital do Estado, Porto Alegre, com mais de 1,3 milhão de habitantes.

Na 1ª CRS, em 2022, foram notificados no SINAN 8.420 casos de violência interpessoal/autoprovocada. Em relação aos tipos de violência, aqueles com maior frequência foram a lesão autoprovocada, seguida da violência sexual e da violência física. Durante aquele ano, 6.354 notificações foram de pessoas do sexo feminino. As mulheres apresentaram quantitativo de notificações que ultrapassava o dobro daquelas observadas entre os homens. Essa diferença chegou a 4,7 vezes na faixa etária dos 10 aos 14 anos. Para o sexo masculino, a faixa etária com o maior quantitativo de notificações foi a entre 5 e 9 anos; para o sexo feminino, o pico deu-se na faixa etária dos 10 aos 14 anos (Rio Grande do Sul, 2023).

¹ “Região de Saúde — espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 03 jan. 2024.

A residência foi o local de ocorrência em 6.381 notificações, seguida da via pública, com 467. Quanto ao provável autor da violência, os casos em que foi a própria pessoa (2.608) referiram-se, naturalmente, à lesão autoprovocada. Já nas situações de violência interpessoal, o pai apareceu em primeiro lugar, seguido da mãe. No período retratado, 85% dos municípios da 1ª CRS realizaram alguma notificação sendo, em sua maioria, por meio dos serviços de atenção terciária (64%) e de Atenção Secundária (23%). Em 10% dos casos, a notificação foi realizada na atenção primária.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017a):

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017a).

Assim, em relação às violências contra crianças e adolescentes, tornava-se necessário o conhecimento sobre as ações de promoção da vida e da cultura de paz, de prevenção do agravo e o atendimento efetivo das vítimas ou testemunhas de violências nos municípios da 1ª CRS. Principalmente, as práticas exercidas no âmbito da atenção básica/atenção primária à saúde (APS), considerando ser esse o primeiro contato entre os usuários e o sistema público de saúde, bem como o campo prioritário de práticas voltadas ao território. Então, a partir da pergunta: *Violências: como estamos cuidando de crianças, adolescentes e suas famílias em nossos municípios?*, a roda de conversa promoveu diálogo sobre os processos de trabalho executados à luz das diretrizes dos programas e políticas de saúde e da legislação vigente no país sobre esta temática.

Compreender melhor a atuação do setor de saúde foi a primeira intenção da ação. Contudo, identificar como a saúde estava integrada aos outros setores, como a educação e a assistência social, também foi foco de interesse. Vale salientar que, para alguns programas da saúde, como, por exemplo, o Primeira Infância Melhor (PIM) e o Programa Saúde na Escola (PSE), a diretriz de atuação é a articulação intersetorial.

A partir disso, iniciou-se um percurso de contato direto com os trabalhadores dos municípios. Foi proporcionada a abertura de um espaço no qual houvesse reflexão, fala, escuta e compartilhamento das realidades locais, com vistas ao fortalecimento das práticas nos territórios. Ao mesmo tempo, esse mesmo movimento promoveu um melhor entendimento das necessidades, fragilidades e potencialidades de cada

município, oportunizando a qualificação das ações de apoio institucional ofertadas pela 1ª CRS.

3 IDENTIFICANDO VULNERABILIDADES E POSSIBILIDADES

O projeto em questão começou a partir de uma notícia veiculada amplamente nos meios de comunicação sobre a morte de uma menina de três anos, ocorrida em um dos municípios da coordenadoria. A vítima sofreu diversas violências provocadas no ambiente doméstico e, à medida que as primeiras informações eram noticiadas, soube-se que a criança havia sido submetida a frequentes agressões, ferimentos, privação de banho e de comida, conforme Viesseri (2022). Esse triste acontecimento causou o questionamento sobre como as equipes de saúde daquele município estavam lidando e sentindo a situação, uma vez que as primeiras averiguações da polícia civil apontavam “falhas na rede”.

Nesse mesmo momento, chegou até a 1ª CRS, por diversas vias, uma demanda referente ao Mapeamento da Rede de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes no Rio Grande do Sul. A solicitação foi a de que a coordenadoria encaminhasse, por email, aos municípios o Questionário-Mapeamento-2022, organizado pelo Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes — CEEVSCA/RS, com outros colegiados e órgãos. O objetivo apontado pelo Comitê Estadual era a produção de um diagnóstico amplo da rede de proteção, o qual pudesse contribuir para o planejamento de ações e a destinação de recursos públicos.

A orientação para o retorno dos municípios ao questionário foi de que houvesse uma resposta única, através da discussão conjunta feita pelos diversos órgãos locais do Sistema de Garantias dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGD) de cada município. Perante o exposto, uma primeira fragilidade surgiu — os processos de trabalho na 1ª CRS frente a essa pauta: não havia um movimento integrado entre as políticas/programas de saúde que estivesse atuando de perto em relação às violências contra crianças e adolescentes. Como seria possível, assim, fomentar esta articulação nos municípios?

Então, buscou-se aproximar, minimamente, as ações da APS, PIM, PSE e Saúde de Adolescentes, para os primeiros passos com vistas à integração e ao reconhecimento das interfaces de cada política/programa em relação às violências. Partiu-se rumo à ideia de desenvolver uma ação que permitisse estar em contato próximo aos municípios, compreendendo suas realidades. Esperava-se o desenvolvimento de um proces-

so de trabalho promotor de cuidado, apoio mútuo, escuta e produção de conhecimento junto aos trabalhadores de saúde.

O mapeamento da rede de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes foi o disparador deste movimento. Além disso, permitiu outra constatação: era preciso apropriar-se das legislações e normativas vigentes, em relação às violências contra crianças e adolescentes, e que constavam no referido questionário. Entendeu-se, naquele momento, a necessidade de estudar, realizar leituras, buscar materiais de apoio e articular ideias. Fundamental para este processo de aprendizado foi a realização do curso EAD “A Lei 13.431/2017 e a implantação dos Centros de Referência ao Atendimento Infantojuvenil (CRAI’s)” (Rio Grande do Sul, 2022), promovido pelo Grupo de Trabalho para a Regionalização dos Centros de Referência ao Atendimento Infantojuvenil (CRAI), no estado do Rio Grande do Sul, junto com a Escola de Governo do RS (Egov/SPGG/RS) e diversas outras instituições.

4 PREPARANDO O SOLO

Aos poucos, foi organizada uma metodologia de trabalho, conforme ilustra o Quadro 1, que pareceu ser a mais apropriada para a realização de trocas e a construção de conhecimento junto aos trabalhadores. Levando em conta o elevado número de municípios da 1ª CRS — ponto que representava o tamanho do desafio — decidiu-se realizar rodas de conversa por região de saúde.

Ao olhar para o território da 1ª CRS, foi identificado que as regiões de saúde que continham mais de 10 municípios precisavam ser subdivididas em microrregiões. O objetivo era estabelecer um diálogo com os participantes e, caso houvesse um grupo composto por muitas pessoas, essa troca talvez não fosse possível.

Quadro 1 — Rodas de conversa por regiões de saúde/microrregião

Região de Saúde	Microrregião	Roda de Conversa	Data	Município sede	Municípios convidados
10	-	1º encontro	06/10/22	Porto Alegre	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
6	-	1º encontro	21/10/22	Porto Alegre	Cambará do Sul, Igrejinha, Riozinho, Rolante, Parobé, São Francisco de Paula, Taquara e Três Coroas

9	Grupo 1	1º encontro	08/11/22	Guaíba	Barra do Ribeiro, Eldorado do Sul, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul e Sertão Santana
9	Grupo 2	1º encontro	25/11/22	Minas do Leão	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
9	Grupo 1	2º encontro	13/12/22	Guaíba	Barra do Ribeiro, Eldorado do Sul, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul e Sertão Santana
10	-	2º encontro	21/03/23	Alvorada	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
9	Grupo 3	1º encontro	28/03/23	Tapes	Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Eldorado do Sul, Dom Feliciano, Sentinela do Sul e Tapes
6	-	2º encontro	05/04/23	Rolante	Cambará do Sul, Igrejinha, Riozinho, Rolante, Parobé, São Francisco de Paula, Taquara e Três Coroas
7	Grupo 1	1º encontro	14/04/23	Sapiranga	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Santa Maria do Herval e Sapiranga
9	Grupo 2	2º encontro	18/04/23	Arroio dos Ratos	Arroio dos Ratos, Butiá, Barão do Triunfo, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
7	Grupo 2	1º encontro	25/04/23	Estância Velha	Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Portão, Presidente Lucena, São José Do Hortêncio e São Leopoldo
8	Grupo 1	1º encontro	02/05/23	São Sebastião do Caí	Capela de Santana, Canoas, Esteio, Harmonia, Nova Santa Rita, Pareci Novo, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul e Tupandi
8	Grupo 2	1º encontro	26/05/23	Montenegro	Barão, Brochier, Maratá, Montenegro, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, Tabai e Triunfo
10	-	3º encontro	30/05/23	Gravataí	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão

9	Grupo 3	2º encontro	22/06/23	Camaquã	Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, Sentinela do Sul e Tapes
7	Grupo 1	2º encontro	10/07/23	Novo Hamburgo	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Morro Reuter, Novo Hamburgo, Nova Hartz, Santa Maria do Herval e Sapiranga
7	Grupo 2	2º encontro	14/07/23	São Leopoldo	Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Portão, Presidente Lucena, São José Do Hortêncio e São Leopoldo
8	Grupo 2	2º encontro	11/08/23	Tabaí	Barão, Brochier, Maratá, Montenegro, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, Tabaí e Triunfo
8	Grupo 1	2º encontro	15/08/23	Capela de Santana	Canoas, Capela de Santana, Esteio, Harmonia, Nova Santa Rita, Pareci Novo, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul e Tupandi
6	-	3º encontro	29/08/23	Parobé	Cambará do Sul, Igrejinha, Riozinho, Rolante, Parobé, São Francisco de Paula, Taquara e Três Coroas

Fonte: elaborado pelas autoras.

No planejamento, cada região ou microrregião seria contemplada com dois encontros subsequentes. Além disso, os encontros foram organizados de forma descentralizada. Haveria o deslocamento da equipe técnica da 1ª CRS, de Porto Alegre até algum município que fosse de fácil acesso aos demais da mesma região/microrregião, de forma a facilitar a presença de todos.

Para cada encontro, foram convidados a participar até três trabalhadores de cada município que tivessem afinidade com o tema e que estivessem atuando nas seguintes políticas/programas: APS, PSE, PIM, Saúde Mental, Saúde da Criança e Saúde de Adolescentes. Essa delimitação do número de participantes ocorreu pela possibilidade de manter o formato de uma conversa.

O direcionamento do convite aos profissionais que atuam na saúde deu-se pela relação direta entre a coordenadoria e os municípios, no âmbito do SUS, pois buscava-se compreender, como já referido, de que forma o enfrentamento às violências estava sendo realizado por esse setor, considerando as práticas desde a APS. Outra definição para a execução deste trabalho foi que este não seria apenas de “repasso de conteúdos”,

caso não fosse oportunizada a escuta dos trabalhadores. Pretendia-se compartilhar, dialogar e construir conjuntamente o conhecimento.

Ao mencionar no convite *“profissionais que tivessem afinidade com o tema e que estivessem atuando nas políticas/programas citados”*, o propósito era que participassem aqueles trabalhadores inseridos, efetivamente, na rede de proteção municipal. Assim, ao retornarem para as equipes e municípios, os(as) profissionais poderiam disparar processos de atenção e cuidado que incidem no dia a dia do trabalho das políticas públicas. Junto ao convite, foram disponibilizados materiais de apoio para serem acessados previamente ao encontro, a saber: a Lei da Escuta Protegida (nº 13.431/2017), o Decreto (nº 9.603/2018) e um *link* de acesso para o vídeo intitulado “A Saúde e a Lei da Escuta Protegida” (Childhood Brasil, 2021).

5 SEMEANDO A TERRA

O primeiro encontro em cada região de saúde ou microrregião teve por objetivo proporcionar um momento para que os trabalhadores de saúde pudessem falar sobre como estavam as ações de promoção e prevenção às violências, bem como sobre os fluxos de atendimento destas situações em cada município. Iniciou-se propondo aos participantes que se sentassem em roda, dispondo as cadeiras de forma que todos estivessem em uma posição de horizontalidade e, assim, acontecia a apresentação de cada um dos presentes.

Após explicitar o objetivo do encontro e salientar a importância de se estar abrindo um espaço dentro da correria do dia a dia para falar de um tema tão difícil, realizou-se uma apresentação de material que continha apontamentos relativos à legislação e às normativas vigentes, aos quais serão descritos a seguir. Esclareceu-se a todos que o objetivo da abordagem destes conteúdos era de que estes servissem de apoio para a conversa e que ajudassem na reflexão sobre o cotidiano de trabalho.

Através da leitura pausada da pergunta *“Violências: como estamos cuidando de crianças, adolescentes e suas famílias em nossos municípios?”*, chamou-se a atenção para a mensagem a ser transmitida. Ao enfatizar o *“como estamos cuidando”*, foi feita referência ao modo como os processos de trabalho estavam sendo realizados, os que estavam sendo possíveis ou os que não estavam e, ainda, os que poderiam ser qualificados. Colocando-se em uma posição de busca por conhecer cada realidade de cada município, houve o distanciamento de uma posição de julgamento e/ou

constrangimento frente às dificuldades enfrentadas por trabalhadores, gestores e equipes diante do fenômeno das violências.

Fundamental também foi dar destaque ao cuidado às “*famílias*” que, necessariamente, precisavam estar incluídas, como centro da atenção dos serviços e dos atores da comunidade mobilizados na garantia dos direitos da infância e da adolescência. Ao final, a referência ao trecho “*em nossos municípios*”, enfatizando que as ações frente às violências não poderiam ser desenvolvidas de forma isolada e fragmentada. Neste sentido, destacou-se o trabalho multiprofissional e a corresponsabilidade entre os setores, incluindo a atuação dos gestores municipais.

Seguindo a conversa, indagou-se aos participantes se conheciam a Lei da Escuta Protegida (nº 13.431/2017) e o decreto (nº 9.603/2018) que a regulamenta. Foi observado que, apesar de tanto a lei quanto o decreto terem sido enviados por e-mail, junto ao convite para a participação na roda de conversa, alguns dos trabalhadores afirmaram desconhecer esses marcos legais. Outros diziam conhecer pouco ou que já tinham ouvido falar. E também havia aqueles que manifestavam o conhecimento e atuação profissional baseada nesta legislação.

Como parte do encontro, reproduziu-se o vídeo intitulado “A Lei da Escuta Protegida”, produzido pela Childhood Brasil, em parceria com a UNICEF Brasil (2021). O filme apresenta, de modo lúdico e didático, a Lei da Escuta Protegida como uma conquista da sociedade brasileira, e discorre sobre os diferentes aspectos dessa legislação, como: a escuta especializada, o depoimento especial, a revitimização e os papéis de cada setor dentro do Sistema de Garantia de Direitos.

Após a apresentação do vídeo, alguns participantes mencionaram que desconheciam os aspectos apresentados ou que reconheciam em seus municípios falhas e dificuldades em realizar um trabalho integrado entre os atores da rede de proteção; já outros reconheciam práticas revitimizantes. Assim, a necessidade de fluxos de atendimento integrado que protejam crianças e adolescentes da revitimização foi reforçada, destacando-se a importância do atendimento humanizado e ágil, no qual cada setor compreenda claramente as suas atribuições e limites de atuação.

Em relação ao setor da saúde, foi apresentada a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências – orientação para gestores e profissionais de saúde, produzido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014), a qual destaca as dimensões do acolhimento, do atendimento, da notificação e do seguimento na rede de cuidado e de proteção social, como as ações necessárias para situações de suspeita ou identificação de violências. A abordagem da

Linha de Cuidado foi fundamental para jogar luz sobre as ações de promoção da saúde e de prevenção das violências, realizadas de forma coletiva na comunidade, através de parcerias fundamentais para a constituição de fatores protetivos, de educação em saúde e de redução dos riscos de violência nos territórios. Foram colocados como grandiosos fatores de proteção a promoção da saúde e a prevenção das violências como práticas intrínsecas das políticas/programas que se dão a partir da APS, ao serem realizadas com criatividade e estabelecimento de vínculo.

Como exemplo de práticas destacadas nas conversas, salienta-se: o apoio às famílias para práticas parentais positivas, os espaços de escuta às gestantes, as puérperas e suas parcerias, os espaços de brincar, jogar e conversar com crianças e adolescentes, bem como a construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) aos usuários sobre os quais já houvesse suspeita ou identificação de violação de direitos. De modo geral, muito foi conversado: em alguns encontros, deteve-se por bastante tempo nessa fundamental discussão.

Outro ponto de destaque da *Linha de Cuidado*, apresentada naquele primeiro encontro, foi a identificação das vulnerabilidades e potencialidades presentes nos territórios. Discutiu-se sobre a atenção aos diferentes contextos de vida social e cultural, identificando-se os fatores de risco e proteção, dando visibilidade às comunidades rurais, indígenas, quilombolas, à população negra, às pessoas com deficiência e às violências contra as mulheres, por exemplo. Por meio do debate, foi enfatizada a necessidade de conhecimento dos gestores e trabalhadores sobre os dados epidemiológicos e os indicadores sociais e da educação para a proposição de ações efetivas e condizentes com as realidades locais. O estabelecimento de parcerias com entidades, ONGs, projetos sociais, instituições de ensino, entre outros, foi apontado como essencial para o fortalecimento das práticas.

Seguindo a conversa, foram expostos alguns pontos da Lei da Escuta Protegida acerca dos tipos de violência interpessoal, com exemplos de cada um deles. Naquele momento, aproveitou-se para conversar sobre o conceito de violência institucional e de revitimização, que também já tinham sido abordados através do vídeo da Childhood Brasil.

Foi imprescindível dialogar sobre um dos principais fundamentos da Lei que consiste em considerar “as condições peculiares da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento, às quais o Estado, a família e a sociedade devem assegurar a fruição dos direitos fundamentais com absoluta prioridade” (Brasil, 2017b). Nesse sentido, abordou-se a importância da proteção à privacidade, bem

como a não realização de perguntas desnecessárias e com caráter investigativo, com exceção daquelas que fossem estritamente indispensáveis para o atendimento e encaminhamento da situação.

Também se dialogou sobre a observação atenta das equipes aos sinais e sintomas de violências contra crianças e adolescentes em momentos oportunos do cotidiano do trabalho, tais como: na recepção dos serviços, nas salas de vacina, nas consultas com diferentes membros da equipe e nas visitas domiciliares. No atendimento em saúde, a atitude do profissional (saber o que fazer e o que não fazer) foi abordada como fundamental para a não revitimização. Como exemplos, elencou-se não investigar e proteger a identidade das vítimas/testemunhas, que foram abordadas como práticas imperiosas e protetivas.

Naquele primeiro encontro, pontuaram-se os principais procedimentos para o atendimento em saúde da violência sexual, com destaque para a abordagem multiprofissional. Também foram pontuadas a consulta clínica, as medidas profiláticas contra as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a anticoncepção de emergência, os direitos legais diante da gravidez em decorrência da violência e o registro em prontuário.

No seguimento, abordou-se a obrigatoriedade da notificação ao SINAN, através do preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, acrescida sempre da comunicação ao Conselho Tutelar e/ou às Autoridades, diante da suspeita ou efetiva identificação de violência contra crianças e adolescentes. Conversou-se sobre o necessário estabelecimento de protocolos e fluxos que fossem de conhecimento de todos: trabalhadores, famílias e comunidade. Por fim, o destaque à educação permanente, como essencial ferramenta de sensibilização, produção do cuidado e qualificação dos trabalhadores sobre o tema das violências. Após a apresentação desses pontos, os participantes foram convidados a relatar como estava o cuidado em seus municípios. Cada um partilhou com os demais as vivências de trabalho, as dúvidas, as dificuldades e as boas experiências.

No seguimento dessa primeira circulação de falas, foi feita a proposta de construção de um cartaz, convidando a todos que identificassem potencialidades, fragilidades e necessidades que, naquele momento, julgavam ter para cada ponto do cuidado que havia sido apresentado, a saber: promoção da saúde e prevenção das violências; território; implantação da lei da escuta protegida; violência institucional; atendimento em saúde; notificação ao SINAN e comunicação ao Conselho Tutelar; rede de cuidados e fluxos; e educação permanente.

A partir dessa atividade simples, foi solicitado que os trabalhadores identificassem, com base em três *post-it* de cores diferentes, em quais ações estavam “bem” (*post-it* AZUL), em quais sentiam “dificuldades” (*post-it* LARANJA) e sobre quais gostariam de “aprender mais” (*post-it* ROSA). A intenção foi verificar quais os tópicos mais apareceriam na cor laranja, ou seja, “dificuldades”, para aprofundar a discussão no segundo encontro. Além disso, pretendia-se que os próprios participantes, ao disporem do cartaz e constatarem suas necessidades, pudessem fomentar ações em seus municípios. Importante ressaltar que, durante o percurso das rodas de conversa, não foi possível realizar a atividade do cartaz com todas as regiões/microrregiões de saúde, devido ao tempo pelo qual se estendeu uma ou outra discussão.

6 REGANDO AS SEMENTES

Ao considerar que um dos propósitos da primeira roda de conversa era impulsionar algum movimento nos municípios em relação à melhor organização da rede de proteção, iniciou-se uma segunda roda, escutando os trabalhadores sobre o retorno aos seus locais de trabalho após o primeiro encontro. Foi solicitado que relatassem livremente sobre ações iniciadas, reflexões e discussões em equipe ou junto aos gestores, por exemplo. Surpreenderam, positivamente, vários movimentos realizados pelos municípios, tais como: a construção de protocolos para atendimento, articulação de reuniões de equipe e de rede, educação permanente com trabalhadores, sensibilização da gestão, entre outros.

Além dessa escuta, foram retomados de forma breve alguns tópicos trabalhados no primeiro encontro, aprofundando a temática da notificação ao SINAN, já que esta ação de cuidado havia sido motivadora de muitas dúvidas, evidenciando dificuldades de atuação dos trabalhadores e/ou desconhecimento sobre a realidade local. Essa fragilidade apareceu em muitas regiões/microrregiões durante o primeiro encontro.

A fim de se realizar esta discussão no segundo encontro, foi essencial a aproximação com a Vigilância das Violências da 1ª CRS para o compartilhamento desta situação e a construção conjunta de uma estratégia de trabalho com os municípios. Ao considerar a importância do conhecimento dos dados referentes à notificação das violências de cada território, de forma a dar mais visibilidade a esta ação e à situação epidemiológica de cada um, compilou-se os dados referentes ao ano de 2022. Em outra ação, selecionou-se algumas variáveis presentes na Ficha de Notificação do SINAN,

tais como: sexo, raça, faixa etária, local de ocorrência, deficiência, entre outras, para serem disponibilizadas aos participantes.

Após a apresentação dos dados de cada município, houve surpresa de muitos ao depararem-se com seus registros. Alguns demonstravam desconhecimento em relação aos números expressos, outros apontavam a não correspondência entre os dados e a realidade e havia aqueles que constatarem a necessidade de maior apropriação da Ficha de Notificação e dos fluxos de trabalho dentro do setor da saúde.

Ficou evidente durante a conversa que desmistificar a notificação e qualificar a integração entre a APS e a vigilância epidemiológica era um avanço necessário. Buscando reforçar o lugar da notificação como uma das dimensões do cuidado, conforme apontado na Linha de Cuidado, foi utilizada como apoio à conversa a cartilha denominada *Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas* (Brasil, 2017c). Essa cartilha destaca que, no ato de notificar, há a exigência de uma postura ética e cuidadosa em relação aos usuários que vivenciam uma situação de violência, não devendo ser um ato meramente burocrático, devido à exigência legal.

Ao final desse encontro, houve a oportunidade para a divulgação de cursos e materiais de apoio sobre a temática e o reforço sobre a importância da continuidade nos municípios da articulação intersetorial para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Como o “cultivo” não poderia parar, seria necessário “regar” de forma sistemática, de acordo com as necessidades de cada território, as ações de cuidado.

7 GERMINANDO AS SEMENTES

Em duas das Regiões de Saúde houve um terceiro encontro. Na Região de Saúde 10, ao final do segundo encontro, os participantes propuseram um diálogo sobre gravidez na adolescência, enquanto o município de Porto Alegre manifestou a vontade de apresentar aos demais a sua Linha de Cuidado. Foi sugerido que cada município buscasse as informações sobre o indicador de “*Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (proporção de nascidos vivos de mulheres entre 10 e 19 anos)*”, disponibilizado pelo sistema BI (*Business Intelligence*) da SES/RS (Rio Grande do Sul, 2024a), no período de 2021 e 2022. Para o encontro, também foi organizada uma apresentação com os materiais de apoio para as ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de meninas e meninos, os cuidados na gestação, parto e puerpério, bem como a atenção às situações de violências.

Já na Região de Saúde 6 havia sido identificada a necessidade de dar continuidade à conversa sobre a possibilidade de implantação de um Centro de Referência ao Atendimento Infantojuvenil (CRAI) na Região, conforme a discussão feita pelos participantes no segundo encontro. A ocasião serviu para reiterar que, enquanto outro movimento não fosse disparado nesse sentido, o serviço de referência para os municípios da Região de Saúde 6 continuava a ser o CRAI Porto Alegre. Para isto, foi apresentado o Painel dos CRAIs (Rio Grande do Sul, 2024b), ferramenta *online* disponibilizada pela SES/RS, na qual os trabalhadores e gestores poderiam consultar, sem que houvesse dúvidas sobre os fluxos para o atendimento. Ao final, já que não havia sido realizado nos encontros anteriores a construção do cartaz de mapeamento dos pontos do cuidado, esta atividade foi desenvolvida.

8 UMA SEMENTE DESABROCHA

Após participarem dos dois encontros da sua microrregião, os(as) profissionais de Cerro Grande do Sul perceberam que a rede municipal estava fragilizada frente à pauta das violências, e solicitaram o apoio da 1ª CRS para que pudesse, por meio de um encontro presencial “*in loco*”, apresentar o tema e sensibilizar os trabalhadores da rede de proteção a atuarem de forma integrada. O convite partiu, especialmente, de um enfermeiro da APS que visualizou as dificuldades no entendimento e na prática diante das situações de violências. O profissional também identificou a falta de um fluxo de cuidado e proteção entre os setores.

A organização do local, a sensibilização e o convite aos trabalhadores das secretarias de saúde, educação e assistência social, assim como ao conselho tutelar, foram feitos por esse enfermeiro. A equipe técnica da coordenadoria elaborou uma apresentação de *slides* e propôs uma atividade prática, abordando a Lei da Escuta Protegida, a *Linha de Cuidado*, a notificação ao SINAN, os dados municipais e outras referências bibliográficas importantes para a atuação em nível local. Foi um momento bem aproveitado por todos os presentes.

Durante a atividade prática, os diferentes trabalhadores apresentaram ações que já contemplavam a pauta das violências, mas que eram isoladas e que nem todos conheciam ou participavam. Conforme a vontade manifestada na ocasião, os participantes pactuaram que iriam iniciar um movimento para a criação de um comitê, o qual pudesse atuar junto à rede de proteção.

9 SEMENTES QUE PROTEGEM

Ao final da realização das rodas de conversa, em agosto de 2023, momento no qual todas as regiões/microrregiões de saúde já haviam sido contempladas com um ou dois encontros, foi organizado um formulário eletrônico, intitulado “Rodas de Conversa da 1ª CRS: sementes que protegem!”, cujo objetivo era acompanhar o panorama e os movimentos realizados nos municípios, a partir das rodas.

Ao final do formulário, a questão: “A partir das rodas de conversa, sabemos que muitos de vocês desenvolvem ações relacionadas a pauta das violências (reflexões e multiplicação com colegas, compartilhamento com a gestão, contato com outros setores, instrumentalização e qualificação dos profissionais e dos programas, criação de projetos, realização de curso, seminário, mobilização social, entre outros). Nos conte: quais sementes foram plantadas aí?”. Destaca-se a seguir algumas respostas a essa pergunta:

Município 1. Relataram que, a partir da primeira roda de conversa que participaram, foi implantado um projeto contra a violência no seu território, o qual abordou os assuntos discutidos nas rodas, buscando qualificar a rede de atendimento para a atuação nos casos de violação de direitos. Destacaram que a ficha de notificação ao SINAN, que não era preenchida em nenhum local no município, começou a ser implementada. E, assim, referiram que uma caminhada foi iniciada.

Município 2. Contaram que foi planejada uma capacitação para os(as) profissionais das unidades de saúde, incluindo os(as) profissionais da saúde mental, sobre a escuta qualificada e o acolhimento das crianças e adolescentes vítimas de violências.

Município 3. Citaram a realização de reuniões de rede, a comunicação direta com Conselho Tutelar, rodas de conversas com profissionais de equipe, tais como agentes de saúde e visitadoras do PIM, para identificação dos casos a notificar. Relatam também as ações do Maio Laranja, nas quais foi feita divulgação para conselheiros tutelares e equipe do CRAS, com panfletagem na UBS em todo o município e caminhada Laranja.

Município 4. Referiram que foi definido que o Comitê Municipal de Enfrentamento à Violência Contra Crianças e Adolescentes organizaria um Seminário sobre a Lei da Escuta Protegida, assim como ficaria com a atribuição de discutir e propor fluxos de atendimento e notificações.

Município 5. Contaram que conseguiram abordar melhor o tema com diferentes profissionais da rede. Algumas equipes de saúde desenvolveram atividades lúdicas nas escolas e houve a sensibilização de alguns profissionais para a identificação das melhorias necessárias.

Município 6. Formaram grupos de pais e mães, com o tema “Educar com Amor”. Realizaram palestras sobre comunicação não violenta nos bairros com maior vulnerabilidade e buscaram formação para os(as) profissionais.

Município 7. Informaram estarem trabalhando com a ficha do SINAN junto à Secretaria da Educação para esclarecimento aos professores.

Além disto, ao longo das rodas de conversa, houve a oportunidade de conhecimento sobre a atuação de dois serviços municipais de referência ao atendimento à violência sexual, como também, em outro município, a grata surpresa da elaboração de protocolo de atendimento, que contou com a pactuação de diversos atores da rede municipal. Destaca-se que, durante as rodas de conversa, diversos municípios compartilharam as práticas de promoção da saúde e prevenção de violências que já vinham desenvolvendo, no âmbito do PSE e/ou através do PIM, suscitando aos demais o interesse de realizar trocas, em direção a uma cooperação horizontal.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS - RUMO À COLHEITA

A atividade realizada, enfim, apresentou uma verdadeira caminhada. Sente-se que muito ainda há para conversar, aprender e compartilhar, pois avançar na discussão coletiva sobre as violências é imperativo. A leitura de uma notícia de jornal, em 2022, a qual indica que *“a cada dia, 31 crianças e adolescentes são vítimas de violência em nosso estado”* (Matos, 2022), muito sensibiliza e impulsiona para o desenvolvimento de ações que garantam a atenção integral e os direitos da infância e da adolescência.

Assim, avalia-se que as rodas de conversa se constituíram na 1ª CRS como um potente dispositivo de visibilidade ao tema das violências contra crianças e adolescentes. Por ser um fenômeno tão complexo e multifacetado, presente em todos os contextos sociais, impacta a todos aqueles que se deparam com ele, gerando, por vezes, o não saber, medos e dúvidas sobre a correta atuação. Foi possível escutar tais fatos dos participantes e, com coragem, avançar rumo à qualificação do trabalho de todos, pois a escuta também foi sobre o interesse em aprender e qualificar as práticas.

Reconhece-se que “abrir espaço para conversar” foi fundamental para que se voltasse o olhar aos processos de trabalho e aos territórios de atuação. A partir disso, identificou-se nas situações vividas junto às crianças, aos adolescentes e às famílias, bem como nas condições de trabalho – que nem sempre favorecem a atenção integral e integrada da rede de proteção –, a possibilidade de uma ação mais protetiva e não revitimizante.

Nesse movimento das rodas de conversa, foram evidenciadas algumas fragilidades, das quais destacamos: ausência e/ou desconhecimento dos fluxos de atendimento entre os setores da rede municipal, dificuldades para a realização da notificação ao SINAN (tanto por parte dos trabalhadores da saúde, quanto dos demais setores que, muitas vezes, desconheciam esta possibilidade), desinformação sobre os dados epidemiológicos do território, identificação de dificuldades de atuação do Conselho Tutelar, falta de espaços de sensibilização e diálogo sobre as violências, reconhecimento de práticas revitimizantes, não apropriação das legislações e normativas vigentes, dificuldades de manejo frente a casos suspeitos, incerteza sobre o que fazer e não fazer, bem como sobre o procedimento da Escuta Protegida. Inclusive, salienta-se como uma fragilidade, a ausência de municípios da 1ª CRS, tanto no primeiro quanto no segundo encontro.

Mais especificamente quanto à saúde, identificaram-se algumas dificuldades gerais, tais como: pouca integração entre a APS e a Vigilância Epidemiológica municipal, medos e receios sobre o processo de notificação ao SINAN, necessidade de maior esclarecimento sobre os fluxos para os cuidados profiláticos e tratamento da violência sexual (exemplo: disponibilidade nos serviços da anticoncepção de emergência), desconhecimento sobre as alternativas legais frente à gravidez em decorrência de violência, bem como, dificuldades de compartilhamento do cuidado com os demais serviços da rede.

Um dos desdobramentos das rodas de conversa foi a realização, em 2023, de dois encontros com os municípios da 1ª CRS sobre a gestação e maternidade/paternidade de adolescentes menores de 14 anos. Ao serem identificados, nos anos de 2021, 2022 e 2023, um quantitativo de municípios que tiveram mães adolescentes menores de 14 anos, foi organizado um espaço de diálogo sobre as ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, o acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, bem como a atenção às situações de violências e as alternativas legais frente à gestação.

Consoante a isso, a atuação da SES/RS, através da estratégia “Vidas Alerta”, tem sensibilizado e mobilizado a rede de proteção para “olhar” as mães adolescentes

menores de 14 anos com todo o cuidado que essas situações requerem. No âmbito da 1ª CRS, o alerta aos municípios para a necessidade desse cuidado, objetiva que equipes direcionem seus esforços para acompanhar a adolescente na vivência da maternidade, minimizando agravos, protegendo e apoiando a construção de projetos de vida.

Desde setembro de 2023, a 1ª CRS vem acompanhando as equipes municipais para a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares dessas mães adolescentes, oportunizando um momento para conversar sobre elas, o que já se avalia como algo muito potente. Trata-se, portanto, de alertas que salvam vidas, resgatam da situação de invisibilidade e promovem o cuidado integral de mães adolescentes e seus bebês, pais adolescentes e famílias.

E, assim, o projeto continua a florescer. Previu-se a realização de um seminário, em 2024, que promovesse aprendizados e troca de saberes, bem como contemplasse uma mostra de experiências que inspirasse e incentivasse boas práticas. O desafio, após a realização das rodas de conversa, é dar seguimento ao processo de apoio, construção conjunta do conhecimento e compartilhamento de experiências, em direção à implantação e implementação da Lei da Escuta Protegida nos municípios da 1ª CRS. Entende-se, por fim, que ações contínuas de visibilidade ao tema das violências contra crianças e adolescentes são sementes que protegem e não podem parar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 03 jan. 2024.

BRASIL. **Decreto n. 9.603, de 10 de dezembro de 2018.** Regulamenta a Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/decreto/d9603.htm. Acesso em: 04 jan. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017.** Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidência da República, 2017b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 04 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas** [recurso eletrônico]. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).**

Brasília, DF: Departamento de Informática do SUS (DATASUS), [2023]. Disponível em: <http://SINANnet.saude.gov.br/SINANnet/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 jan. 2024.

CHILDHOOD BRASIL. **A Saúde e a Lei da Escuta Protegida**. YouTube, 31 ago. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rOgMocBaRQk>. Acesso em: 04 jan. 2024.

CHILDHOOD BRASIL. **A Lei da Escuta Protegida**. YouTube, 31 ago. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ipx7FAZKS8o&t=220s>. Acesso em: 04 jan. 2024.

MATOS, Eduardo. A cada dia, 31 crianças e adolescentes são vítimas de violência no RS. **GZH**, Porto Alegre, 01 dez. 2022. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/seguranca/noticia/2022/12/a-cada-dia-31-criancas-e-adolescentes-sao-vitimas-de-violencia-no-rs-clb5883jz0o3lo17oagzm59oi.html>. Acesso em: 04 jan. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Subsecretaria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas. **A Lei 13.431/2017 e a implantação dos Centros de Referência ao Atendimento Infantojuvenil (CRAIs)**. Porto Alegre: Escola de Governo RS, 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (GT PM&A-SES/RS). **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/31105430-plano-estadual-de-saude-2020-2023.pdf>. Acesso em 20 dez. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (proporção de nascidos vivos de mulheres entre 10 e 19 anos)**. Portal Business Intelligence (BI): Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, [2024a]. Disponível em: <https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>. Acesso em: 04 jan. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Painel dos Centros de Referência ao Atendimento Infantojuvenil (CRAIs)**. Porto Alegre: Infraestrutura Estadual de Dados Espaciais do Rio Grande do Sul (IEDE/RS), [2024b]. Disponível em: <https://iede.rs.gov.br/portal/apps/experiencebuilder/experience/?id=4ebc5a3focab4eb9b3c3db73f74c2792>. Acesso em: 04 jan. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - RS)**. RS/ NIS/DGTL. Porto Alegre: Departamento de Gestão de Tecnologias e Inovação, 2023.

VIESSERI, Bruna. “Foi submetida a um intenso sofrimento, é uma violência inominável”, diz delegada sobre menina de três anos morta em Alvorada. **GZH**, Porto Alegre, 22 jun., 2022. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/seguranca/noticia/2022/06/foi-submetida-a-um-intenso-sofrimento-e-uma-violencia-inominavel-diz-delegada-sobre-menina-de-tres-anos-morta-em-alvorada-cl4q3oen20o2fo19iigjobojw.html>. Acesso em: 04 jan. 2024.

12. O PAPEL DOS CENTROS INTEGRADOS NA PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CRAI PORTO ALEGRE

Angelita Machado Ferreira Rios

Caroline Goldbeck Dias

Denise Casanova Vilella

Maria de Fátima Fernandes Gêa

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual, por se tratar de uma das piores violações de direitos e por apresentar, na maioria das vezes, causas multifatoriais, requer muita atenção e cuidado no atendimento às vítimas, necessitando, portanto, de uma equipe multidisciplinar. Assim, este capítulo tem por objetivo apresentar a importância de um Centro Integrado no acolhimento dos pacientes, de forma a não revitimizá-los e a conscientizar os gestores para que, além da liberação de recursos para que o atendimento seja completo e qualificado, tenham a noção da dimensão desse agravo para a saúde e da gravidade das sequelas decorrentes dessa violência, considerando que elas impactam diretamente na qualidade de vida das pessoas.

Nesse sentido, segundo Villela, em 2001, a Corregedoria-Geral da Justiça do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, o Ministério Público do Rio Grande do Sul, a Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul e a organização não governamental Instituto Amigos de Lucas criaram o projeto do primeiro Centro Integrado para atendimento de vítimas de violência sexual em Porto Alegre. A Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Estadual de Justiça e Segurança, o Gabinete do Vice-Governador, a Subcomissão dos Direitos da Criança, do Adolescente e Famílias em situação de Vulnerabilidade Social, o Fórum da Criança e do Adolescente do Rio Grande do Sul, o Gabinete do Prefeito de Porto Alegre, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a Secretaria do Governo Municipal, a Coordenação dos Conselhos Tutelares de Porto Alegre, a Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, a Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, o Instituto dos Advogados do Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual

dos Direitos da Criança e Adolescente, o Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil, a ISPCAN (*International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect* — organização internacional) e o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas também participaram do projeto.

O Centro tinha por objetivo o atendimento ambulatorial qualificado a crianças e adolescentes vítimas de maus tratos ou de abuso sexual. O serviço passou a ser sediado no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. O grupo de trabalho era composto por uma equipe de saúde e um posto avançado da Polícia Civil. Naquele momento, o Departamento Médico Legal-DML não integrava o Serviço, e os peritos médico-legistas deslocavam-se até o CRAI quando havia a necessidade do exame médico pericial. Esses peritos passaram a fazer parte integral do grupo em 2003. Em 2008, agregou-se a perícia psíquica, composta por psicólogos e psiquiatras, no mesmo ano em que foi firmado o Convênio entre o Estado do Rio Grande do Sul e o Município de Porto Alegre. Esse convênio foi renovado em 2012 e, em 2016, já como Termo de Cooperação Técnica. Atualmente, está na fase final de uma nova renovação, a qual foi atrasada em virtude da Pandemia pelo Coronavírus.

A importância de todos os serviços estarem de forma integrada em um mesmo local é evitar o deslocamento das vítimas por diversos setores, proporcionando-se um atendimento completo, além das orientações quanto à proteção dos pacientes. A escolha do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas ocorreu para garantir o atendimento integral em saúde, com profilaxias contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), coleta de exames, internação nos casos indicados e até procedimentos cirúrgicos reparadores, quando necessário. Ainda, o Hospital conta com serviços de referência para a Interrupção Legal da Gestação, como o Serviço de Atenção Integral à Saúde Sexual (SAISS) para o pré-natal de alto risco, Programa de Atendimento Integral à Gestante Adolescente (PAIGA), no caso das adolescentes gestantes. Assim, conforme o tempo gestacional e/ou a vontade da vítima/ família, é possível encaminhar as pacientes para que possam realizar o pré-natal (PAIGA) ou interromper a gestação (SAISS).

2 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DO CRAI

Atualmente, o Serviço funciona como um ambulatório, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, sem fechar ao meio-dia. Realiza o atendimento de vítimas de situações agudas de violência, com ou sem o registro do Boletim de Ocorrência

Policial (BOP), bem como de todos os casos agudos ou crônicos de violência em que já foi realizado este registro, não importando o tempo transcorrido do fato. Além disso, no CRAI, os casos suspeitos são agendados por e-mail, por toda a rede que compõe os serviços de proteção, para avaliação integral pela equipe de saúde. Fora do horário de expediente, à noite e nos finais de semana, o Hospital recebe pacientes através da Emergência Pediátrica (dos 0 aos 14 anos incompletos) e do Centro Obstétrico (a partir dos 14 anos), garantindo um atendimento ininterrupto.

Os pacientes residentes em Porto Alegre são encaminhados ao CRAI, em sua maioria, pelo Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA) e pelos Conselhos Tutelares. Além dessas instituições, outros serviços, tais como escolas, Unidades Básicas de Saúde, Serviços de Assistência, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), encaminham pacientes para avaliação. Moradores de outros municípios do Estado, também são referenciados para o atendimento no CRAI.

Dessa forma, a partir da experiência de 21 anos de trabalho, construiu-se o atual fluxo de atendimento em saúde, que é composto pela entrevista da vítima por um psicólogo, do familiar responsável por uma assistente social e de ambos por um médico. Todos os casos são discutidos pela equipe que realizou o acolhimento e, após esta avaliação, são dados os encaminhamentos em saúde e proteção pertinentes a cada caso. O médico, além do primeiro atendimento, mantém o acompanhamento dos pacientes de acordo com o tipo de exposição à violência sofrida pela vítima, o que correspondeu, em 2023, a 3.003 atendimentos pela pediatria e a 383 pela ginecologia (Tabela 1). Após a avaliação dos casos, a equipe de saúde elabora um relatório do atendimento, chamado de Comunicado de Acolhida, que é enviado ao Conselho Tutelar e ao Ministério Público do Rio Grande do Sul.

Tabela 1 – Número de atendimentos do Centro de Referência em Assistência Infantojuvenil do HMIPV, por quadrimestre de 2023.

CRAI	Quadrimestre					
	3°		2°		1°	
	N	%	N	%	N	%
Acolhimento — POA	325	64,3	376	71,0	314	62,9
Acolhimento — interior	180	35,7	154	29,0	185	37,1
Total	505	100	530	100	499	100,0
Consultas de Psicologia	391	13,1	449	14,0	384	13,2
Consultas de Serviço Social	422	14,2	438	13,8	393	13,6
Pacientes de Ginecologia	130	4,4	141	4,4	112	3,9
Consultas de Pediatria	1.037	35,0	1.018	32,0	948	32,6
Perícias físicas	465	15,6	548	17,2	530	18,2
Perícias psíquicas	525	17,7	593	18,6	538	18,5
Total de atendimentos	2.970	100	3.187	100	2.905	100

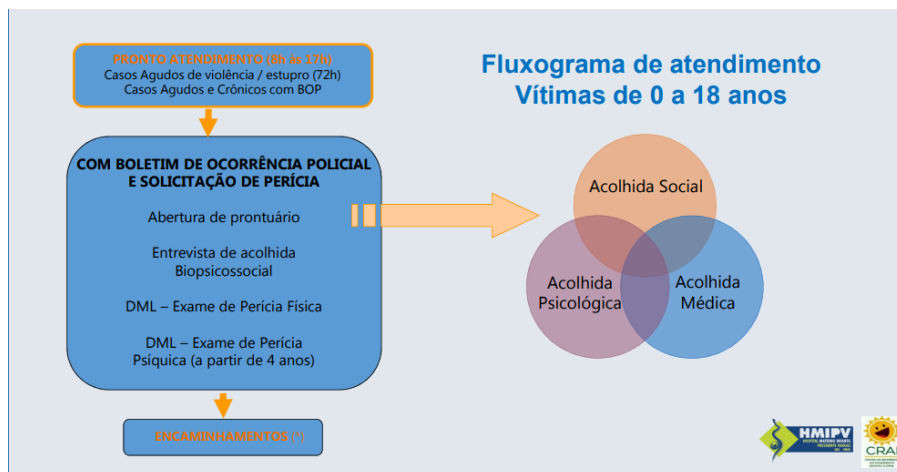
Fonte: Centro de Referência em Assistência Infantojuvenil do HMIPV, 2023.

As perícias físicas e psíquicas, realizadas pelos peritos do Departamento Médico Legal (DML), ocorrem nas dependências do CRAI durante o seu horário de funcionamento. Nos horários em que está fechado, os pacientes são encaminhados para a sede do DML. As provas coletadas pelo DML são utilizadas pela Polícia Civil, na instrução dos inquéritos policiais, e pelo Ministério Público, na área criminal, na instrução de procedimentos investigatórios criminais. Os registros de ocorrência policial, atualmente, são realizados no CRAI por meio de um sistema de sobreaviso, no qual um policial vai até o serviço sempre que houver a necessidade do registro, ou diretamente na Delegacia Especializada da Criança e do Adolescente (DECA).

Os Programas de Residência Médica em Pediatria e de Residência Multiprofissional vinculados ao HMIPV possibilitam que médicos pediatras, psicólogos e assistentes sociais realizem parte da sua formação no CRAI, expandindo seus conhecimentos e experiências no atendimento infantojuvenil. Tanto para garantir a integralidade do atendimento, quanto para promover o ensino adequado na área de atuação, são realizadas reuniões de equipes técnicas multiprofissionais e interdisciplinares nas quais são abordados os casos clínicos e também são discu-

tidos assuntos administrativos para melhorias nos processos de trabalho, buscando o aperfeiçoamento de fluxos e o melhor atendimento do paciente infantojuvenil vítima de violência. O Serviço mantém como referencial os protocolos do Ministério da Saúde, e promove atendimento clínico norteado pela medicina baseada em evidências, à luz da literatura vigente e segue as rotinas de notificação preconizadas.

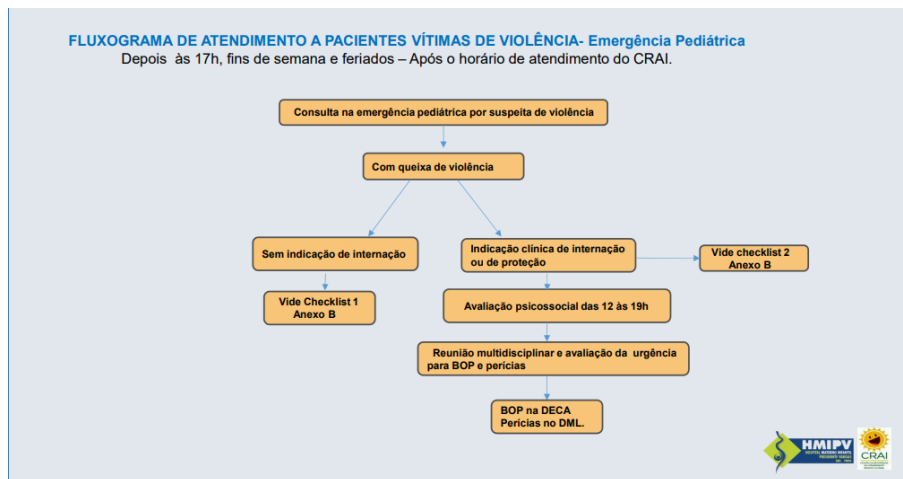
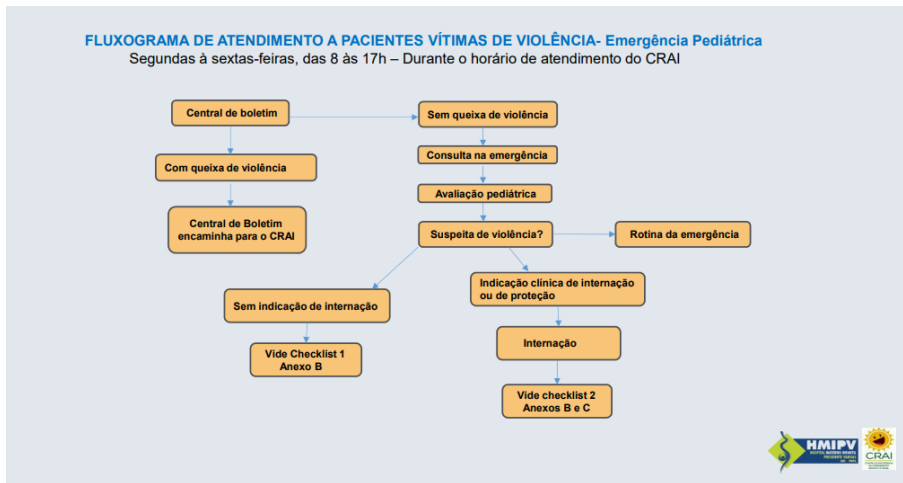
Figura 1 – Fluxograma do atendimento em saúde

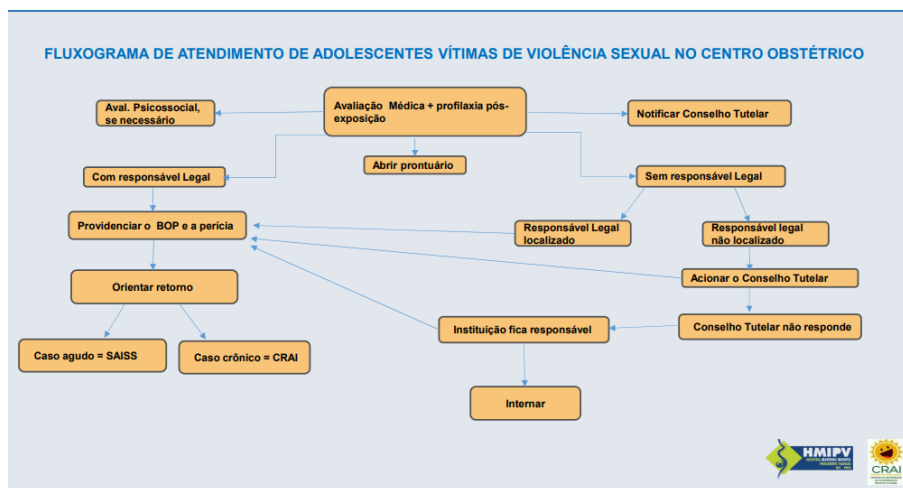


Fonte: CRAI/HMIPV/SMS, 2023.

Por o CRAI ser um serviço ambulatorial e por o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas também ser referência para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violências, seguem os fluxos da Emergência Pediátrica, a qual atende pacientes até 13 anos, 11 meses e 29 dias, e do Centro Obstétrico, que atende mulheres a partir dos 14 anos. Meninos de 14 a 18 anos vítimas de violências são atendidos pela Emergência Pediátrica, em atenção à Lei 12.845 de 1º de agosto de 2013 (Brasil, 2013), que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. A seguir, na Figura 2, é apresentado o fluxo de atendimento instituído para casos que chegam pela Emergência Pediátrica do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV).

Figura 2 – Fluxogramas de atendimento no HMIPV





Antes da Lei nº 13.431/17 (Brasil, 2017), não existia uma lei específica que pudesse ser utilizada exclusivamente para criação de centros integrados. Dessa forma, o CRAI, considerando suas características, na sua origem, teve como alicerce diversas legislações internacionais e nacionais que auxiliaram no seu surgimento como uma política pública.

3 MULTIDISCIPLINARIDADE DOS INTEGRANTES

Os Centros Integrados trazem uma peculiaridade que é a multidisciplinaridade de seus integrantes, o que auxilia na leitura da violência que está sendo avaliada. Esse predicado não passou despercebido pela legislação pátria, uma vez que tanto a Lei nº 13.431/17 (Lei da Escuta Protegida) como a Lei nº 14.344/22 (Brasil, 2022) enfatizam a criação de centros dessa natureza. O parágrafo único do artigo 16 da Lei nº 13.431/17 estabelece que o poder público poderá criar programas, serviços ou equipamentos que proporcionem atenção e atendimento integral e interinstitucional às crianças e aos adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. Segundo tal dispositivo legal, os programas, serviços ou equipamentos referidos serão compostos por equipes multidisciplinares especializadas e poderão contar com delegacias de polícia especializadas, serviços de saúde, perícia médico-legal, serviços socioassistenciais, varas judiciais especializadas, Ministério Público e Defensoria Pública, entre outros. No mesmo sentido, a Lei nº 14.344/22 (Lei Henry Borel), que cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o

adolescente, no seu artigo 6º, disciplina que a assistência à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos nas Leis nºs 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e 8.742/93 (Assistência Social), no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas de proteção. O inciso I do artigo 7º do mesmo diploma legal esclarece que a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios poderão criar e promover, para a criança e o adolescente em situação de violência doméstica e familiar, no limite das respectivas competências e de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente centros de atendimento integral e multidisciplinares.

Um dos objetivos do Centro Integrado é evitar a revitimização e a estigmatização da criança e do adolescente vítima de violações de direitos, promover a sua proteção integral e produzir a coleta de evidências, para a possível responsabilização do agressor. Nesse mesmo sentido, segue a orientação do Guia Prático para Implementação da Política de Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência, do Conselho Nacional do Ministério Público do Brasil (Brasil, 2019, p.19): “O objetivo do Centro Integrado é oferecer um atendimento humanizado sem a estigmatização e ‘revitimização’ das crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência que acessem o atendimento”. Continua o mesmo guia (Brasil, 2019, p.19): “Essas qualidades se caracterizam pelo fornecimento num mesmo local, de serviços multidisciplinares, evitando que a vítima tenha que percorrer diversas instituições para ter seu direito violado, restituído”.

O Centro Integrado tem por excelência o acolhimento da vítima, sua oitiva e tratamento emergencial, além da coleta da prova. Mas acima de tudo seu valor primordial está na articulação entre os atores do centro e com todos os demais integrantes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.

Uma das atividades do Centro Integrado é a realização da escuta especializada, já que o serviço integra a rede de proteção e o próprio Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. Segundo o artigo 7º da Lei nº 13.431/17, considera-se escuta especializada como o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade. Nesse sentido, é importante realçar que a escuta especializada tem por escopo buscar informações preliminares acerca do ocorrido a fim de apurar a existência de indícios da situação de violência que se mostrem indispensáveis ao planejamento de intervenções de

cunho protetivo e ao acionamento dos órgãos encarregados da responsabilização dos agressores. Assim, o procedimento de entrevista, no CRAI, é realizado pelas equipes de psicologia e assistência social do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

Pela legislação brasileira pertence ao Instituto Geral de Perícias/Departamento Médico Legal a atribuição da realização dos exames periciais e os cuidados com a cadeia de custódia da prova. Dessa forma, a coleta de evidências para fins de investigação policial e de provas capazes de serem utilizadas judicialmente, quer sejam elas destinadas à responsabilização criminal ou civil do agressor, ficam sob a responsabilidade da autoridade policial e do Departamento Médico Legal, por meio das investigações e das perícias médico-legais físicas e psíquicas. O objetivo nessa etapa é a produção de prova.

Nesse diapasão, o Centro de Referência ao Atendimento Infantil está perfeitamente alinhado com as legislações nacionais. Ademais, dentre os benefícios que os Centros Integrados proporcionam está a proteção da vítima no Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. Essa proteção se concretiza não apenas na busca de evitar a revitimização e a estigmatização do ofendido na rede de proteção, mas também na forma como são conduzidos os procedimentos administrativos e judiciais.

Um dos anseios sociais, especialmente para aqueles que sofrem violações de direitos, é ser atendido com respeito à sua dignidade humana e ter seus direitos restituídos. Em outras palavras, as vítimas anseiam por justiça. No entanto, para que ela ocorra, há necessidade da observância de algumas circunstâncias, como mencionou Villela (2016, p.36) ao escrever sobre a estruturação do CRAI de Porto Alegre. Como as descritas abaixo:

a. qualidade da prova produzida que instrui inquéritos policiais, procedimentos administrativos na proteção da infância, procedimentos investigatórios criminais pré-processuais, além de processos judiciais criminais e cíveis;

b. imparcialidade na condução da coleta da prova, uma vez que as perícias físicas e psíquicas são realizadas por profissionais do Departamento Médico-Legal (DML) ou do Instituto-Geral de Perícias (IGP) do Estado do Rio Grande do Sul, vinculados à Secretaria da Segurança Pública;

c. remessa imediata, pelo CRAI, da Ficha de Comunicação de Acolhida ao Conselho Tutelar e à Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Porto Alegre, fazendo com que as medidas de proteção sejam adotadas com maior agilidade na proteção das crianças e/ou adolescentes, que muitas vezes são vítimas de violência dentro do âmbito familiar. A proteção dá-se através da aplicação de medidas pro-

tativas pelo Conselho Tutelar nas áreas da saúde (tratamento médico ou psíquico), da educação e contraturno escolar, da assistência social, ou com ingresso de ações de Destituição/Suspensão do Poder Familiar e/ou afastamento do agressor, alteração de guarda, acolhimento institucional, alimentos, etc., pela Promotoria de Justiça da Infância e Juventude;

d. acolhida no CRAI, juntamente com as perícias físicas e psíquicas que, por ser um serviço especializado, auxiliam no esclarecimento de casos de alienação parental que tramitam junto às varas cíveis e de família;

e. elucidação dos fatos implementada pelo serviço, na esfera criminal, buscando a verdade real, podendo a prova coletada ser utilizada para afastar a existência do crime ou sua autoria, ou confirmá-los. Vestígios físicos em crimes sexuais contra crianças e adolescentes são raros, assim, apesar da perícia física auxiliar na constituição do contexto probatório, muitas vezes será necessária à realização da perícia psíquica para constatação dos danos emocionais das vítimas e autoria da agressão, e isso pode ser alcançado por meio da escuta qualificada, seguindo protocolo reconhecido internacionalmente, realizada pelos peritos psíquicos do Centro de Referência, pertencentes ao quadro funcional do IGP/DML;

f. estruturação do laudo pericial psíquico com a criação de sugestão de um rol de quesitos obtidos através de estudo e discussão realizados entre os agentes do Ministério Público, profissionais do Instituto Geral de Perícias (IGP) e Departamento Médico Legal (DML). Um dos quesitos diz respeito ao sofrimento emocional da criança, o qual deve ser aferido no momento da realização da perícia psíquica. Isso auxilia o Conselho Tutelar na aplicação das medidas de proteção às crianças e aos adolescentes, obrigando os genitores a vincularem seus filhos ao atendimento psicológico e/ou psiquiátrico, com posterior comprovação documental;

g. humanização e rapidez na prestação dos Serviços de Saúde, Segurança e Justiça trazidas pelo Centro;

h. busca da não revitimização da criança e/ou do adolescente vítima, evitando seu relato sobre a violência sexual sofrida, em diversas instâncias;

i. não estigmatização da criança e/ou do adolescente vítima de violência sexual, quando de seu acolhimento no serviço, eis que as vítimas são atendidas em ambiente de saúde hospitalar, onde podem realizar a profilaxia em relação às doenças sexualmente transmissíveis adquiridas e aborto, quando permitido por lei. Neste ambiente as vítimas são vistas como pacientes que necessitam atendimento em saúde e não apenas como crianças vitimadas sexualmente;

j. fortalecimento, oportunizado pelo Centro, do Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente, uma vez que o contato entre os entes da rede de proteção é constante;

k. respeito aos Princípios da Doutrina da Proteção Integral, Prioridade Absoluta e Melhor Interesse da Criança, prevista na Declaração Universal dos Direitos da Criança e do Adolescente (ONU), Constituição Federal e Estatuto da Criança e do Adolescente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os benefícios elencados estão hoje reconhecidos pelas legislações supervenientes ao Estatuto da Criança e do Adolescente, na medida em que estimulam a criação de Centros Integrados para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de violência.

Outra questão relevante que o CRAI nos apresenta são os recursos envolvidos para a sua constituição. Ao contrário de experiências que envolvem repasse de somas significativas de verbas, no caso do CRAI, como o serviço se concretizou a partir de um Termo de Cooperação Técnica ou Convênio, cada instituição formadora do Centro responsabiliza-se pelos custos de remuneração dos próprios profissionais e pelos equipamentos utilizados no desenvolvimento da atividade específica, não onerando demasiadamente os cofres de apenas um ente público.

Atualmente, o Centro de Referência no Atendimento Infantojuvenil é um serviço essencial na promoção e defesa dos direitos humanos das crianças e adolescentes, objetivando a proteção integral das vítimas e a responsabilização dos agressores, de forma a preservar a dignidade dos envolvidos e constituir prova técnica e científica idônea para efetiva persecução penal e responsabilização civil do agressor. O Centro também já se constitui em uma política pública efetiva na área da proteção integral no nosso país.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Guia prático para implementação da política de atendimento de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. Brasília: CNMP, 2019. Disponível em:

https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2020/LIVRO_ESCUTA_PROTEGIDA_MENOR_10.pdf. Acesso em: 9 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 9 jan. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm. Acesso em: 9 jan. 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 9 jan. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.431/17, de 04 de abril de 2017**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm. Acesso em: 9 jan. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.344 de 24 de maio de 2022**. Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14344.htm. Acesso em: 9 jan. 2024.

VILLELA, D. C. **Revista do Ministério Público do RS**, Porto Alegre, n.79, p.31-54,2-16. 2016.

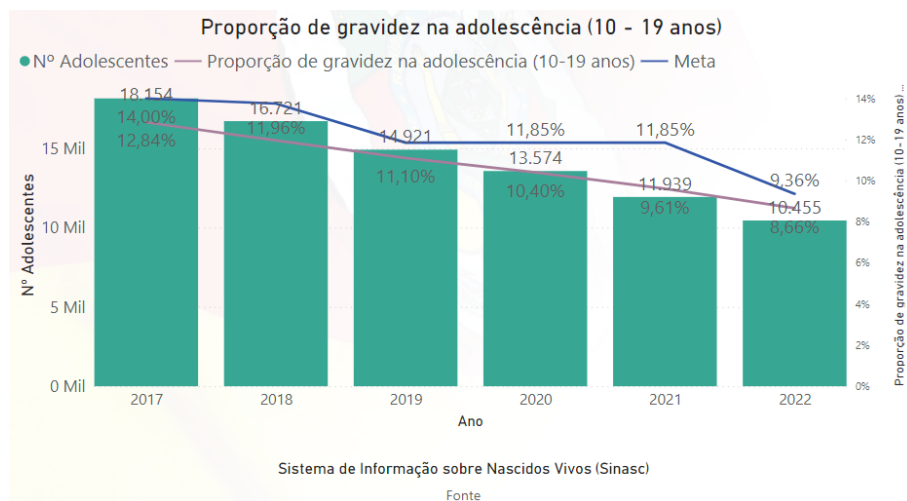
13. INSTRUMENTOS DE GESTÃO PARA CASOS DE MÃES ADOLESCENTES ABAIXO DE 14 ANOS

*Ana Luiza Tonietto Lovato
Annicele da Silva Andrade Gameiro
Cristina Schlöttgen*

1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) aponta um decréscimo no número de gestações em pessoas entre 10 e 19 anos, faixa etária que abrange a adolescência, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta é uma tendência mundial e, no Brasil, os casos de gravidez nesta população diminuíram, em média, 18% desde 2019 (Brasil, 2022). Atribui-se essa redução ao acesso a métodos contraceptivos por adolescentes em todas as unidades de saúde da rede pública do país, expansão do programa Saúde da Família e do Programa Saúde na Escola, ações sobre direitos sexuais e reprodutivos e a implementação da Caderneta de Saúde do Adolescente (Brasil, 2013).

Essa tendência decrescente também é observada no Rio Grande do Sul, por meio do Indicador 10 — Proporção de gravidez na adolescência. Pactuado de forma interfederativa desde 2017, com metas atualizadas a cada ano, tal indicador pode ser acompanhado no Portal BI — Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (*Business Intelligence*). Em 2017, tal proporção era de 12,84%, e, em 2021, último ano fechado e publicado do SINASC, de apenas 9,61%. Na Figura 1, vemos que a média estadual da proporção de gravidez em adolescentes ficou abaixo da meta em todo o período. Em 2017, a meta pactuada foi de 14% e, em 2022, de 9,36% (Rio Grande do Sul, 2023).

Figura 1 — Proporção de gravidez na adolescência

Fonte: Portal BI — Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, disponível em: https://ti.saude.rs.gov.br/pactuacao_indicador/painel.html. Dados do SINASC-RS do ano de 2022 são preliminares, podem sofrer alguma alteração até o fechamento da base.

Porém, ainda que os resultados superem positivamente as expectativas, quando se observa município a município, o Indicador 10 demonstra que em várias regiões os números ainda estão muito acima do desejado. Mais do que a questão da idade, tem-se dado lugar a uma perspectiva que inclui o contexto social de que adolescentes gestantes fazem parte (Dadoorian, 2003). Quando a maternidade é analisada nas famílias mais pobres, tem-se a falta de perspectivas e um olhar mais imediatista de futuro como fatores que tornam desejável e aceito transformar-se em mãe ou pai na adolescência. Já nas famílias de classe média, a atividade intelectual é priorizada durante a adolescência, o que acaba adiando essa decisão (Figueiredo, 2012). A presença de gravidez na adolescência, portanto, aponta para uma conjuntura de vulnerabilidade social e deve ser tomada como um importante balizador das políticas públicas, pelo impacto que causa no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Seguindo na análise pela perspectiva da vulnerabilidade, é importante atentar sobre o surgimento de mães entre 10 e 14 anos, período da vida em que se tem o início das mudanças físicas, emocionais e sociais, sinalizando um maior despreparo para a responsabilidade exigida pelo nascimento de uma criança. Além disso, há uma legislação que rege sobre a ilegalidade de relações sexuais nessa faixa etária, por considerar que é um período no qual os desenvolvimentos físico e psíquico se encontram incompletos, o que impede as condições de defesa e/ou resistência. Classificar como

estupro de vulnerável a conjunção carnal nessa faixa etária, portanto, garante a proteção necessária e propicia o acesso a direitos a essa população.

Como se pode ver no Quadro 1, em 2021, um total de 93 adolescentes com menos de 14 anos deram à luz (Rio Grande do Sul, 2021). Embora siga a tendência das demais faixas etárias e mostre uma proporção decrescente, ano a ano (com exceção de 2021), ainda representa um número considerável de gestações precoces, especialmente quando ponderadas de acordo com as considerações acima.

Quadro 1 – Frequência por ano do nascimento segundo a idade da parturiente

Idade da parturiente	Ano do nascimento				
	2018	2019	2020	2021	2022*
<10	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0
11	2	2	0	3	1
12	9	9	8	14	5
13	110	102	73	76	61
14	453	390	395	334	240
15	1213	1099	954	828	648
16	2167	1843	1779	1569	1177
17	3120	2736	2519	2188	1974
18	4416	3716	3327	2906	2663
19	5231	5024	4519	4021	3686

Fonte: SINASC-RS/Divisão de Monitoramento, Avaliação e Articulação de Redes de Atenção/DAPPS/SES/RS
 Dados do ano de 2022 são preliminares, podem sofrer alguma alteração até o fechamento da base.

*Filtros: UF de Residência Rio Grande do Sul e Idade da Parturiente abaixo de 20 anos.

2 A GRAVIDEZ DE ADOLESCENTES ABAIXO DE 14 ANOS

É consenso mundial que a gravidez em adolescentes abaixo de 14 anos deve ser classificada como de risco, tanto pelas questões biológicas, quanto pelas psíquicas e sociais. Segundo a OMS, o corpo ainda em desenvolvimento propicia o despreparo biológico para suportar as mudanças físicas advindas da gestação. Por esse motivo, pessoas nessa faixa etária têm maior probabilidade de desenvolver síndromes hipertensivas, anemia, pré-eclâmpsia, desproporção feto-pélvica, restrição do crescimento fetal, com partos prematuros, filhos com baixo peso ao nascer, morte neonatal e infecções puerperais, condições relacionadas à mortalidade materna (OPAS *et. al.*, 2016).

Os fatores psicossociais resultantes de uma gravidez precoce e não-planejada são mais negativos nessa população, pois se observa uma piora na qualidade de vida das jovens que engravidam, com prejuízo no seu crescimento pessoal e profissional (Fraser *et al.*, 1995). A gravidez para os meninos e as meninas toma diferentes configurações na vida, especialmente na relação com a escola, o trabalho e na avaliação da própria gestação (Bensaja dei Schiro; Koller, 2013). Percebeu-se que a gravidez gerou mais sentimentos de vergonha nas meninas e indicação de necessidade de buscar trabalho para os meninos, e que na vida escolar há um reflexo de maior número de repetições de ano entre meninos e de expulsões ou desistência da escola em relação às meninas. A identificação dessas características de gênero e o reconhecimento das diferenças existentes para cada um dos pais são importantes para decisões nas agendas de políticas públicas. Segundo Carvalho *et al.* (2018), as mães adolescentes na sua maioria apresentam ensino fundamental incompleto, constatando-se que quanto maior o nível de escolaridade, menores os números de adolescentes grávidas. A gravidez na adolescência foi apontada por 7% das meninas como principal motivo para a evasão escolar, no relatório de pesquisa “Juventudes, Educação e Projeto de Vida”. O relatório também revelou que muitas adolescentes pararam de frequentar a escola por vergonha dos sinais de gravidez, por medo de serem alvo de violências e pela sensação de pouco acolhimento da escola (Fundação Roberto Marinho, 2020).

Além disso, após o nascimento do bebê, demandas simultâneas relacionadas à maternidade e à adolescência em si podem gerar um conflito de necessidades, tornando a maternidade na adolescência “diferenciada”. Refletir sobre o desenvolvimento dessas jovens mães e seus filhos, dar instrumentos para que elas sejam protagonistas das suas vidas, pensar em ações intersetoriais são importantes delineamentos que auxiliam todas as partes envolvidas nesse contexto: adolescentes, crianças, famílias, instituições de educação e saúde, dando maior consistência às políticas públicas (Lopez; Moreira, 2013).

Mesmo nos casos em que a gravidez é uma escolha, a OMS alerta que a diminuição das chances de oportunidades de educação e de trabalho e o aumento da insegurança pessoal, muitas vezes resultam na perpetuação do ciclo intergeracional de pobreza (OPAS *et al.*, 2016). Alguns autores, no entanto, sustentam que a gravidez pode ser bem tolerada pelas adolescentes, desde que elas recebam assistência pré-natal adequada, ou seja, precocemente e de forma regular, durante todo o período gestacional (Lao, Ho, 1997; Moreira, 2008). Entretanto, isso nem sempre acontece, devido a vários fatores, que vão desde a dificuldade de reconhecimento e aceitação

da gestação pela jovem até a dificuldade para o agendamento da consulta inicial do pré-natal (Yazlle, 2006).

3 ESTUPRO DE VULNERÁVEL E VIOLAÇÃO DE DIREITOS

As meninas abaixo de 14 anos que engravidaram ou se tornaram mães, apesar de configurarem a minoria estatística, são a população que mais demanda cuidados da rede de proteção. É imprescindível uma atenção específica para estas adolescentes, porque além da imaturidade e todas as suas consequências sobre o crescimento e desenvolvimento do bebê e do seu próprio, nessa faixa etária a manutenção de relações sexuais pode conduzi-las a contextos de desproteção, violência e exploração sexual. A gravidez dessas meninas pode ter decorrido de flagrante violação dos direitos humanos, fruto de violência sexual e sexo por coação (Neal *et al.*, 2012).

Apesar de o Código Penal Brasileiro apontar como estupro de vulnerável as relações sexuais com pessoas abaixo de 14 anos, independentemente da comprovação de discernimento ou não para o consentimento da vítima ou de quaisquer outras circunstâncias, ainda há uma subnotificação desses casos de violência. Em um estudo, o Ministério da Saúde comparou o número de registros de nascidos vivos de mães com até 13 anos de idade (SINASC) com os registros de estupro destas vítimas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), usando dados dos anos de 2011 a 2015. Dos 31.462 nascidos vivos de mães dessa faixa etária ocorridos no Brasil nesse período, apenas 1.361 (4,3%) foram localizadas no sistema de vigilância de violências. O mesmo estudo apontou que o autor da violência contra essas meninas geralmente é conhecido, muitas vezes pai/padrasto e que a violência ocorre, na maioria das vezes, dentro da residência (Brasil, 2023).

A violação sexual, que pode resultar em gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, lesões nos órgãos sexuais e comprometimento da saúde mental, com efeitos em longo prazo e intergeracionais (Cerqueira, Coelho, 2014; Contreras *et al.*, 2010; Silva, Cardoso, 2007; OPS, 2013), é geralmente acentuada por outros tipos de violência, perpetrados por meio dos estereótipos de gênero, dos obstáculos de atendimento na rede de saúde e de acesso ao aborto previsto em lei. Nos casos de estupro de vulnerável, o Código Penal possibilita a realização do aborto, o qual é conhecido como “aborto sentimental ou humanitário” (Masson, 2021). Contudo, mesmo que se tenha essa previsão legal há mais de 80 anos, ainda hoje verifica-se a existência de grandes entraves para que mulheres e meninas consigam concretizar tal direito.

A violência sexual representa uma grave ameaça à saúde integral das vítimas e provoca sinais e sintomas físicos, psíquicos e sociais. O(a) profissional de saúde que desconfia ou identifica durante o atendimento que a pessoa está sofrendo violências, especialmente se forem crianças ou adolescentes, tem a obrigação de notificar. A notificação no sistema de agravos é um instrumento importante de proteção e integra a linha de cuidados. Ela não tem finalidade de denúncia ou punição (Brasil, 2014).

A Lei nº 12.852, de 5 de agosto

de 2013, representa um grande avanço ao estabelecer os direitos da população jovem, os princípios e as diretrizes das políticas públicas para a juventude. A temática da saúde envolve também educação, sociedade e família. Os professores e os(as) profissionais de saúde e de assistência social precisam estar habilitados para identificar problemas que estejam afetando esses indivíduos e realizar o devido encaminhamento (Brasil, 2013).

Agentes de saúde, educação e assistência social devem formar uma rede de apoio integrada e ajudar nos cuidados com a saúde da mãe e seu bebê, na prevenção de uma gravidez subsequente, na manutenção da vida escolar, na garantia de acesso aos direitos, além de possibilitar maiores perspectivas na construção de projetos de vida da mãe adolescente. A gravidez antes dos 14 anos configura estupro de vulnerável, portanto, deve-se construir ações que permitam entender e acompanhar tais casos, o que integra a linha de cuidado.

4 REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL A MÃES ADOLESCENTES: INSTRUMENTOS DE GESTÃO

Para dar conta das necessidades próprias da maternidade na adolescência, fortalecer e qualificar o sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes no Estado, o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS), por meio da Política de Saúde de Adolescentes e da Divisão de Monitoramento, Avaliação e Articulação de Redes de Atenção, propôs dois instrumentos de gestão, criados a partir de um estudo realizado com os dados de 2021 do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do nosso Estado (SINASC-RS). Os instrumentos são:

Estratégia SINASC Alerta: tem o objetivo de tornar cada nascimento conhecido na Rede da Saúde de forma simples e ágil e assim contribuir para uma assistência adequada à mãe e ao recém-nascido.

Ficha de identificação e acompanhamento de mães adolescentes abaixo de 14 anos, busca investigar cada situação e dessa forma compreender o que levou ao desfecho da gravidez e subsidiar as ações para o público-alvo, através dos dados coletados.

4.1 Sobre o sistema Sinasc e a Declaração de Nascidos Vivos (DNV)

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado de forma gradual pelo Ministério da Saúde (MS) oficialmente a partir de 1990. Seu objetivo é coletar dados sobre os nascimentos em todo o território nacional e fornecer informações sobre as características das parturientes, dos nascidos vivos, do pré-natal, da gestação e do parto — fundamentais para a construção e acompanhamento de indicadores da situação de saúde —, além de subsidiar programas e políticas que reflitam na qualidade dos serviços de saúde prestados à população (Brasil, 2022).

A Declaração de Nascidos Vivos (DNV) é o documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, e essencial à coleta de dados de nascidos vivos no Brasil. Sua emissão deve ocorrer para todo nascido vivo e em três vias, de cores e finalidades distintas (Brasil, 2022). O primeiro objetivo da DNV é o de ser o formulário para a coleta de dados sobre nascimentos, os quais servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil, conforme determina o art. 11 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009. O segundo, de caráter jurídico, é o de ser um documento hábil para a lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Nascimento, indispensável para as formalidades legais do nascimento e em conformidade ao que preceitua a Lei dos Registros Públicos – Lei n.º 6.015/1973 (Brasil, 2022).

O formulário da DNV sofreu alterações ao longo dos anos, com inclusão de novas variáveis e opções de preenchimento, além de um novo *layout*. O sistema desenvolvido pelo DATASUS permite atualmente a digitação de 52 variáveis.

A Declaração de Nascido Vivo, modelo atual, é composta por oito blocos:

Bloco I. Identificação do recém-nascido, que se destina a colher informações inerentes ao nascido vivo e contém seis campos numerados (1 a 6). Conta também com os itens a, b e c, que ainda não são passíveis de digitação no sistema.

Bloco II. Local da ocorrência, que se destina a colher informações sobre o local onde ocorreu o parto, o qual contém sete campos (7 a 13).

Bloco III. Parturiente, contendo quatorze campos (14 a 27), que contemplam informações sobre quem acabou de parir, como escolaridade, ocupação habitual, data de nascimento, naturalidade, situação conjugal, raça/cor e residência.

Bloco IV. Responsável legal, com apenas dois campos (28 e 29), que se destina a colher informações sobre o/a (os/as) responsável(is) do recém-nascido.

Bloco V. Gestação e parto, com cinco campos (36 a 40), que se destina a colher informações sobre as gestações anteriores, gestação atual, o parto e suas intercorrências.

Bloco VI. Anomalia congênita, com apenas um campo (41), de natureza descritiva. É preenchido quando o campo 6 do Bloco I tem assinalada a opção 1. Sim. Nele, são informadas as anomalias congênicas identificadas até o momento ou durante o nascimento.

Bloco VII. Preenchimento, o qual se refere à identificação do responsável pelo preenchimento da DN, contém seis campos (42 a 47).

Bloco VIII. Cartório, com cinco campos (48 a 52), que se destina a colher os dados.

A inserção dos dados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) ocorre pela digitação dos dados que constam na via branca da Declaração de Nascido Vivo. É de competência das Secretarias Municipais de Saúde distribuir os formulários de DNV, realizar o recolhimento das vias brancas e processar as informações conforme estabelecido em PORTARIA SES Nº 346/2020 (Rio Grande do Sul, 2020).

4.2 Estratégia SINASC Alerta

A observação do campo idade da mãe na Declaração de Nascido Vivo é simples. Dando atenção a esse item, construiu-se uma ação que possibilita comunicar de forma ágil um evento que necessita de acompanhamento, que proporciona um diálogo inicial na rede da saúde para cada caso identificado e que promove a notificação de estupro de vulnerável.

Tal ação foi denominada “Alerta para Mãe abaixo de 14 anos na Rede da Saúde – Estratégia SINASC Alerta”, e foi lançada em 4 de setembro de 2023, por um e-mail de sensibilização aos colegas dos municípios e regionais que atuam no SINASC.

4.2.1 Objetivos

Detectar a parturiente abaixo de 14 anos e, com a maior brevidade possível, informar o nascimento à Rede da Saúde do município de sua residência e à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), para que possam ser estabelecidas ações de assistência adequada à mãe e ao recém-nascido.

Promover a notificação da situação no SINAN Violência, por configurar estupro de vulnerável (art. 217-A do Código Penal considera crime manter relações sexuais com menores de 14 anos, com ou sem seu consentimento), o que nos conduz a contextos de violência e exploração sexual.

4.2.2 Metodologia

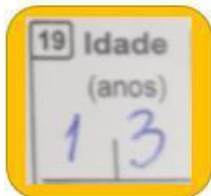
O responsável pelo manuseio da via branca da Declaração de Nascido Vivo (DNV) na Secretaria da Saúde, municipal ou estadual, deve observar o campo 19 – Idade (anos), desse formulário. Se identificar mãe abaixo de 14 anos, com a brevidade possível, ele deve digitalizar o nascimento e enviá-lo para o e-mail vidasalerta@saude.rs.gov.br.

A equipe da Secretaria Estadual da Saúde (SES), que acessa o vidasalerta@saude.rs.gov.br, encaminhará a situação para a SMS do município de residência da parturiente e para a equipe da saúde do adolescente na SES, com mensagem de alerta: “Importantíssimo o acompanhamento da rede dessa mãe menor de 14 anos e notificação da situação no SINAN Violência, por configurar estupro de vulnerável”. Para avaliar a cobertura desta ação, sugere-se a comparação dos e-mails recebidos em vidasalerta@saude.rs.gov.br e os dados do SINASC Estadual.

Figura 2 — Fluxograma de alerta para mãe menor de 14 anos.

Fluxograma – Alerta para mãe menor de 14 anos

1º) Na Secretaria da Saúde, a pessoa responsável pelo manuseio da Declaração de Nascido Vivo (DNV), deve observar o campo 19, Idade da Parturiente



2º) Se identificada mãe menor de 14 anos, deve escanear a via branca da DNV e enviar para vidasalerta@saude.rs.gov.br

3º) **Vidas Alerta** encaminha a situação para a SMS do município de residência da parturiente e para a equipe da saúde do adolescente na SES, com mensagem de alerta.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

4.2.3 Resultados preliminares e considerações do alerta

A partir dos diálogos iniciais ocorridos entre setembro e outubro de 2023, foi possível identificar que os profissionais que atuam diretamente com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos estão sensíveis e dispostos a dialogar com as demais áreas da saúde sobre as situações que configuram estupro de vulnerável.

Nos casos em que não havia notificação da violência no SINAN, os agentes de saúde foram estimulados a realizá-la, mesmo que de forma tardia, sendo que alguns relataram não terem o conhecimento de que o estupro de vulnerável é um agravo de notificação compulsória e de caráter imediato. Ao notificar no SINAN, etapas importantes devem acontecer, entre elas, uma investigação da situação que levou ao agravo e a verificação da situação atual desta família.

A primeira avaliação da cobertura da ação foi realizada em 15 de outubro de 2023. Dos 10 nascimentos ocorridos em setembro, de mães abaixo de 14 anos, 7 foram comunicados ao e-mail vidasalerta@saude.rs.gov.br e ocasionaram conversas dentro da rede da saúde, envolvendo os três níveis: Municipal, Regional e Estadual. Para os três casos não comunicados, foi feito contato com os responsáveis pelo SINASC e solicitado o envio da DNV digitalizada e estes atenderam a solicitação e foram sensibilizados quanto à ação.

Ainda, de forma espontânea, houve alguns relatos de parturientes com 14 anos, que teriam engravidado aos 13 anos e para os quais os profissionais entendiam a necessidade de fazer o alerta. Todos os relatos que foram feitos, nessas trocas de e-mail, entre os três níveis, chamaram muita atenção, causando incômodos. Tais relatos também revelam direitos básicos que estão sendo violados e que a mãe adolescente muitas vezes desconhece seus direitos, às vezes, aceitando como normal a sua situação. Entre eles, foi destacado um, realizado pela profissional que escutou uma parturiente de 14 anos: *“Trazida pela irmã, fugiu de casa há 3 meses e mantinha relacionamento com um homem de 19 anos consentido pela mãe. Relata que não houve agressão, mas que estava se prostituindo durante o tempo que ficou na casa do namorado”*.

Ao estabelecer um fluxo simples de alerta de mães abaixo de 14 anos a partir da Declaração de Nascido Vivo de seus filhos, espera-se uma interação entre diversos profissionais e que isso possibilite, para essas meninas e para os seus bebês, assistência e proteção. O diálogo, dentro da Saúde, deve ser ampliado na Rede de Proteção Integral à Criança e ao Adolescente. É importante ressaltar que ainda existem muitas etapas de desenvolvimento para essas adolescentes. Ser mãe tão cedo faz parte do percurso dessas meninas e isso merece respeito, atenção e acolhimento.

4.3 Ficha de Identificação e Acompanhamento de Mães Adolescentes Abaixo de 14 anos

A Ficha de Identificação e Acompanhamento de Mães Adolescentes Abaixo de 14 anos é uma ferramenta para o fortalecimento e a qualificação de toda a rede de proteção de crianças e adolescentes. Cada vez mais, demandas de como manejar os casos de adolescentes grávidas abaixo de 14 anos antes e após o parto,

têm sido frequentes. Além disso, os dados coletados na ficha trarão informações para o direcionamento de ações e a qualificação do atendimento para a mãe, bebê e sua família.

4.3.1 Objetivos

- Fortalecer e qualificar o sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, principalmente as mães adolescentes abaixo de 14 anos, seus bebês e suas famílias.
- Coletar dados para verificar quais as demandas dos profissionais envolvidos, no atendimento e como é a repercussão dessa gravidez na vida das meninas após o parto.
- Direcionar as ações de acordo com as demandas coletadas visando a abordagem do tema, fortalecendo e apoiando toda a rede de proteção dos municípios.

Em 2021, foram observadas 93 DNVs de mães adolescentes abaixo de 14 anos, um resultado preocupante justamente por implicar, muitas vezes, violência sexual e a omissão/falta de conhecimento da rede de proteção quanto às providências necessárias para encaminhamento ao aborto legal, caso seja de vontade da adolescente, e à ativação da rede para a proteção das adolescentes e suas famílias, no intuito da garantia dos direitos.

Ademais, a política de saúde de adolescentes da Secretaria Estadual de Saúde do RS observa a necessidade da formação de uma rede de apoio integrada entre saúde, educação, assistência social, entre outros, para que mãe, criança e familiares possam ter garantia do cuidado integral dentro de suas necessidades. A manutenção da vida escolar, a garantia do acesso aos direitos, como programas sociais, um olhar da rede de proteção em todas as etapas do seu desenvolvimento, mesmo após ter se tornado mãe, são fatores que podem interferir na prevenção de uma gravidez subsequente, nos cuidados oferecidos ao bebê, além de possibilitar maiores perspectivas na construção de projetos de vida da mãe adolescente.

São ações propostas:

- realizar reuniões de alinhamento com os pontos focais das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) apresentando a Ficha de identificação e Acompanhamento de Mães Adolescentes Abaixo de 14 anos;
- formar núcleos intersetoriais nos municípios com casos de mães abaixo de 14 anos, incluindo toda a rede de cuidado e proteção de crianças e adolescentes;
- apresentar a Ficha de Identificação e Acompanhamento de Mães Abaixo de 14 anos para o núcleo intersetorial municipal;

- apoiar os núcleos intersetoriais nos manejos dos casos com o auxílio das referências da política de saúde de adolescentes nas CRS.

A partir de 2024, a Ficha de Identificação e Acompanhamento de Mães Abaixo de 14 anos será enviada pela Saúde do Adolescente, na sequência do e-mail de Alerta. Para que o preenchimento (*on-line*) seja realizado com a brevidade possível e para que as providências em relação a essa mãe e seu bebê no território possam ser feitas de forma mais ágil.

No entanto, no ano de 2023, a Ficha já foi enviada para todos os municípios que apresentaram mães adolescentes abaixo de 14 anos no ano de 2021 para a realização de estudo piloto. No total de 93, retornaram até a data de 06/12/2023, **36 respostas**.

A ficha foi dividida por setores e constam os seguintes itens:

- dados de quem está preenchendo as informações;
- informações sobre a adolescente;
- escolaridade;
- informações sobre a gestação;
- informações relacionadas à mãe adolescente e ao bebê;
- informações adicionais.

4.3.2 Resultados preliminares do ano de 2021

Em relação ao dado de quem está preenchendo a ficha (n=36), 35 informaram que sua formação era a enfermagem e apenas 1 era assistência social. Constatou-se que no campo “Serviço de Saúde” do profissional que estava preenchendo a ficha, aparece como mais citados: a Estratégia da Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) em 17 casos, seguido do profissional lotado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com 13 casos. Os demais estão lotados na vigilância em saúde (2), e um na prefeitura, rede de proteção, pré-natal de alto risco e SESAI.

A seguir, no Quadro 2, são apresentados os principais dados coletados na Ficha de Identificação e Acompanhamento de Mães Adolescentes Abaixo de 14 anos, a partir dos campos informações relacionadas a adolescentes, bebê e família:

Quadro 2 – Resumo dos dados coletados na ficha de acompanhamento

Informações relacionadas a adolescentes, bebê e família	Total: 36 adolescentes
Orientação sexual	35 heterossexuais; 1 bissexual
Identidade de gênero	35 mulheres cis gênero; 1 preferiu não responder
Raça/cor	15 negras ou pardas; 18 brancas; 3 indígenas
Deficiência	0
Reside em grupo tradicional/específico?	3 aldeia indígena; 1 família de catadores de material reciclável; 1 família de pescadores artesanais
Está frequentando a escola atualmente?	22 sim; 14 não
Se abandonou, escreva o principal motivo	O principal motivo do abandono escolar foi a gestação e a falta de rede de apoio
Quem ajudou a identificar a gravidez?	3 a própria adolescente; 16 mães; 8 rede de saúde; 7 outros familiares; 2 aldeias (curandeiro)
Ela procurou a unidade de saúde?	31 sim; 5 não
Se sim, quais foram os encaminhamentos realizados pela rede? (possível marcar mais de 1 opção)	Todas as adolescentes que procuraram a unidade de saúde foram encaminhadas para o pré-natal
Com qual idade gestacional iniciou o pré-natal?	18 no 1º Trimestre, 12 no 2º Trimestre, 1 no 3º Trimestre e 1 idade gestacional ignorada
Se não realizou o pré-natal, qual o motivo?	Apenas 1 respondeu “escondeu a gravidez”
A paternidade é conhecida?	35 sim; 1 não
Se sim, qual a idade do pai?	8 menores de 18 anos; 1 desconhecido; 27 maiores de 18 anos
Qual a relação da adolescente com o possível pai da criança?	10 eram namorados; 7 ex-namorado; 11 companheiro; 1 pai; 1 vizinho; 2 cunhado; 1 amigo da família; 1 familiar; 1 vizinho; 1 não relatado

A gestação foi identificada como violência sexual?	8 sim
Foi realizado o preenchimento da ficha de notificação SINAN?	13 sim; 23 não
Há quanto tempo esteve ou está em situação de violência sexual?	das que responderam: 1 respondeu anos; 3 meses; 2 situação única; 1 dias
Foi oferecido o acesso ao aborto legal?	das que responderam: 7 não foi oferecido; 3 sim; 4 não sei
Antes da gravidez, a gestante teve acesso a quais informações relacionadas à prevenção da gravidez	9 cadernetas de saúde de adolescentes; 17 informações sobre direitos sexuais e reprodutivos na escola; 6 não teve acesso a informações; 4 métodos contraceptivos
O bebê reside com a mãe?	35 sim; 1 não (óbito pós termo)
A mãe e a criança estão em acompanhamento na unidade de saúde?	32 sim; 3 não sabe; 1 não
É acompanhada pelo Primeira Infância Melhor (PIM)?	11 sim; 13 não; 4 não sabiam; 8 município sem PIM
A mãe recebeu informações em relação ao planejamento familiar para evitar outra gestação?	31 sim; 2 não; 3 não sabiam
A família está inserida em algum programa social?	24 sim; 4 não; 8 não sabiam

Fonte: autoras deste capítulo.

Analisando os dados preliminares da ficha, observam-se alguns aspectos, principalmente em relação aos encaminhamentos das adolescentes na rede de cuidado: 1) todas as meninas foram conduzidas ao pré-natal pela rede de saúde como primeira escolha, mesmo nos 8 casos em que foi identificada a gestação como violência sexual; 2) a paternidade foi conhecida em 35 dos casos, e em 27 os pais tinham mais de 18 anos; 3) em relação ao oferecimento do aborto legal, previsto por lei, das 14 respostas apenas em 7 o aborto legal foi oferecido; 4) a maioria, 23 das 36 respostas, não realizaram a notificação na ficha do SINAN.

Porém, constata-se alguns dados positivos, como: 1) das 36 adolescentes, 31 receberam informações em relação ao planejamento familiar para evitar outra gestação; 2) 32 respostas informaram que a mãe e seu bebê estão em acompanhamento pela unidade de saúde do seu território; 3) a maior parte das meninas (22), não abandonaram a escola durante a gestação e das que abandonaram, o principal motivo foi a gestação pela falta de rede de apoio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, pode-se considerar de grande importância conhecer as condições das mães adolescentes abaixo de 14 anos no RS, identificando suas vulnerabilidades aos efeitos que a gravidez precoce pode acarretar, tanto para as adolescentes quanto para a criança. A partir destes instrumentos de gestão, é possível direcionar as ações de acordo com as demandas coletadas, fortalecendo e apoiando toda a rede de proteção dos municípios.

REFERÊNCIAS

BENSAJA DEI SCHIRO, D. E.; KOLLER, S. H. Ser adolescente e ser pai/mãe: gravidez adolescente em uma amostra brasileira. **Estudos de Psicologia**. Natal (RN), v. 18, n. 3, p. 447-455, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/gvcFYdqZpXVyb5LKdKBWRQq/?format=pdf>. Acesso em: 25 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.852 de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE). Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm. Acesso em: 25 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Declaração de Nascido Vivo: manual de instruções para preenchimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_nascido_vivo_manual_4ed.pdf.

Acesso em: 25 set. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Estudo sobre a Violência (dados de 2011 a 2015)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE), [2023]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/acao-a-informacao/acoes-e-programas/estudos/violencia>. Acesso em: 25 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde**. 1. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/linha-de-cuidado-para-a-atencao-integral-a-saude-de-criancas-adolescentes-e-suas-familias-em-situacao-de-violencias-orientacao-para-gestores-e-profissionais-de-saude/view>. Acesso em: 25 set. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Casos de gravidez na adolescência diminuíram, em média, 18% desde 2019** (Notícia publicada em 03/02/2022). Brasília, DF: Assessoria de Comunicação Social do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2022. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/casos-de-gravidez-na-adolescencia-diminuiram-em-media-18-desde-2019>. Acesso em: 25 set. 2023.

CARVALHO J.B.L., et al. Condições socioeconômicas da gestação de bebês prematuros. **REUOL: Revista de Enfermagem UFPE** on line. Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), v. 12, n. 2, p. 386-390, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15294>. Acesso em: 25 set. 2023.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. **Nota Técnica nº 11: Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (estudo preliminar)**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2014. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5780/1/NT_n11_Estupro-Brasil-radiografia_Diest_2014-mar.pdf. Acesso em: 29 set. 2023.

CONTRERAS, J. M.; BOTT, S.; GUEDES, A.; DARTNALL, E. **Violência Sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários**. Pretória: Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual, 2010.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência um novo olhar. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 10, n. 3, p. 84-91, 2003.

FIGUEIREDO, B. Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. **Análise Psicológica**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), v. 18, n. 4, p. 485-498, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/5834>.

Acesso em: 29 set. 2023.

FRASER, A. M.; BROCKERT, J. E.; WARD, R. H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. **N.Engl. J.Med.**, v.332, n.17. p. 1113-7, 1995.

FUNDAÇÃO ROBERTO MARINHO. Plano CDE - Pesquisa, Inovação, Impacto.

Juventudes, Educação e Projeto de Vida: Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho, 2020. Disponível em: https://www.planocde.com.br/pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_JuventudesEducacaoProjetoDeVida.pdf. Acesso em: 25 set. 2023.

LAO, T. T.; HO, L. F. The obstetric implications of teenage pregnancy. **Humam reproduction**, v.12, n.10, p.2303-2305, 1997.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1179-1186, abr. 2013.

MASSON, C. R. **Direito Penal**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Gen Método, 2021.

MOREIRA, M. M. T. *et al.* Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p. 312-320, jun. 2008.

NEAL, S. M.; *et al.* Childbearing in adolescents aged 12-15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. **Acta Obstet Gynecol Scand**; v. 91, p. 1114-18, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Young People's Health** - a Challenge for Society. Report of a WHO StudyGroup on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva, 1986.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) *et al.* **Acelerar el progreso hacia la reducción en la adolescencia en America Latina y el Caribe**. [s.l: s.n.], Washington: OPS, 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe:** Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington: OPS, 2013.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (OPAS) *et al.* **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean**. Report of a technical consultation. Washington (DC): PAHO Publications, 2016. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34493/9789275119761-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y2>. Acesso em: 13 dez. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portal Business Intelligence (BI):** Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2023. Disponível em: https://ti.saude.rs.gov.br/pactuacao_indicador/painel.html. Acesso em: 13 dez. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria SES nº 346/2020**. Disciplina o processamento do fluxo da Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DNV) no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece rotinas e prazos para o processamento dos dados. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=901852>. Acesso em: 25 set. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - Rio Grande do Sul (SINASC-RS)**. Divisão de Monitoramento, Avaliação e Articulação de Redes de Atenção/DAPPS/SES/RS. Porto Alegre: Departamento de Gestão de Tecnologias e Inovação, 2021.

SILVA, L. M. P.; CARDOSO, M. V. L. M. L. **Abuso sexual: o atendimento a crianças e adolescentes e os profissionais de saúde**. Recife: EDUPE, 2007.

YAZLLE, D. H. E. M. Gravidez na Adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.8, p. 443-445, ago., 2006.