



## **SESSÃO TEMÁTICA Nº XX - IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

### **CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: A IMPLEMENTAÇÃO DE ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

**Taiane Damasceno da Hora / PUC-Rio  
Ariane Rego de Paiva / PUC-Rio  
Ludmila Fontenele Cavalcanti / UFRJ**

#### **Resumo:**

Apesar da numerosa produção de modelos analíticos sobre a fase de implementação de programas e projetos sociais, ou o que se denomina na literatura especializada de “análise de processos” ou “avaliação ex-post”, compreende-se que há poucos estudos destinados à problematização sobre este momento do ciclo de uma política pública. Diante disso, pretende-se apresentar o processo de implementação de políticas de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no município do Rio de Janeiro resultado da dissertação de mestrado acadêmico no Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, onde foram analisadas, a partir da interpretação de sentidos, 15 entrevistas semi-estruturadas com os profissionais e gestores de unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. Em relação à disponibilidade de recursos foram identificadas as seguintes categorias: instalações disponíveis na rede de saúde; Sistema de Garantia de Direitos (SGDCA); recursos humanos; suporte, capacitação e produção de material; e prevenção do abuso sexual. Notou-se que houve uma ampliação na rede de atendimento para crianças e adolescentes vitimados pelo abuso sexual, ainda que existam fragilidades. Existem problemas no funcionamento da rede intersetorial, no entanto, a rede intrasetorial funciona de forma satisfatória. A principal instituição do SGDCA acionada é o Conselho Tutelar, já o Centro de Atendimento ao Adolescente e à Criança cumpre o papel da intersetorialidade. Além disso, é necessária uma revisão na política de recursos humanos, além de maior adesão dos profissionais às capacitações. Em relação à prevenção, a Estratégia de Saúde da Família é vista como o principal avanço. Conclui-se que estudar a fase de implementação dos serviços de saúde implica na análise da oferta de serviços de atendimento às crianças e adolescentes vitimados pelo abuso sexual, levando em consideração as normativas, recursos, capacidade técnica e administrativa.

**Palavras-chave: (Criança. Saúde. Abuso Sexual. Implementação)**

## **INTRODUÇÃO**

Neste artigo buscou-se apresentar o processo de implementação da política de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. O estudo é parte dos resultados da pesquisa de dissertação de mestrado acadêmico realizada no Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, na qual busca-se responder questões particulares de uma realidade que não tem condições de ser quantificada. Para Minayo [...] “ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aparições, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2012, p.21).

O *locus* da pesquisa foram duas unidades de saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ): o Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau (CMCMC) e o Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA). O HMSA possui a particularidade de integrar o Centro de Atendimento ao Adolescente e à Criança (CAAC), órgão de proteção à criança e ao adolescente da segurança pública.

Utilizou-se como instrumento de pesquisa a entrevista semi-estruturada, assim foram realizadas 15 entrevistas com os seguintes profissionais: assistente social (2), psicólogo (2), enfermeiro (2), médico (2), gestores (5), técnico de enfermagem (1) e Agente Comunitário de Saúde (ACS) (1). Foram realizadas duas entrevistas complementares para obtenção de informações relevantes com os policiais civis que são coordenadores do CAAC. Os dados foram analisados a partir da interpretação de sentidos.

A análise sobre a implementação dos serviços foi balizada em dois documentos: a Norma Técnica de prevenção de Agravos para Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual (BRASIL, 2012) e pela Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2010).

Neste estudo, a compreensão sobre violência foi realizada a partir das análises de Minayo (2006), a qual afirma que a violência é um fenômeno social que possui múltiplas causas. Para a autora a palavra violência tem origem no latim e significa força, refere-se a ações de constrangimento e uso da superioridade física sobre o outro. A violência está ligada a conflitos de autoridades, lutas pelo poder e vontade de posse. Ela varia conforme a época e lugar.

Compreendeu-se também que a violência pode ser considerada estrutural, pois está enraizada na sociedade e tem relação com o grau elevadíssimo de desigualdade, o que é histórico nacionalmente. Esta desigualdade ultrapassa a esfera econômica ganhando outras dimensões.

Existem diferentes abordagens para compreensão e explicação sobre o fenômeno da violência, o que implica em diferentes aportes teórico-metodológicos para seu estudo (MINAYO, 2006).

Historicamente a sociedade brasileira foi formada por um processo baseado na violência, por vezes velada, outras vezes explícita, onde o colonizador português impõe um modelo patriarcal, promovendo uma mistura de raças e escravidão. O sistema patriarcal ultrapassa a esfera familiar e também influencia as outras instituições políticas no Brasil. O corpo social do Brasil foi organizado pelo patriarcado, com um poder centrado na família e na Igreja. Logo, as demais instituições, como aponta Lapa (1999), ficam sujeitas a este domínio patriarcal.

Uma das expressões da violência estrutural é a violência sexual contra crianças e adolescentes. Segundo Faleiros (2000), a violência sexual contra crianças e adolescentes reflete como determinadas sociedades construíram as suas concepções acerca da sexualidade, colocando em evidência qual posição crianças e adolescentes ocupam e também qual é o papel da família. Portanto, a violência sexual deve ser analisada em seu contexto histórico, econômico, cultural, ético e social.

Segundo Lowenkron (2010), nos anos 1960 a violência sexual passou a ser vista como um problema político que possui relações com as desigualdades de gênero. Este fato ocorre simultaneamente à atuação do movimento feminista, que naquele momento formulava uma crítica ao modelo patriarcal existente, legitimador da violência praticada por homens contra mulheres e dos adultos contra as crianças. A categoria abuso sexual teve origem nos textos de Freud no final do século XIX.

Segundo os dados referentes às denúncias de violência contra crianças e adolescentes recebidas no Disque 100 em 2020, no primeiro semestre foram recebidas 53.525 denúncias e 266.930 violações contra crianças e adolescentes; já no segundo semestre foram recebidas 41.722 denúncias e 101.403 violações. O abuso sexual contra crianças e adolescentes foi o quarto tipo de violência mais denunciado, no primeiro semestre de 2020 foram registrados 887 casos e no segundo semestre houve um aumento alarmante com 3.338 casos (BRASIL, 2021).

Os dados dos Indicadores da Notificação de Violência (interpessoal e autoprovocada) em Residentes do Município do Rio de Janeiro da SMS Rio, mostrou que, em 2020 de um total de 1.485 casos de violências 432 foram de violência sexual contra crianças de 0 a 9 anos. No mesmo ano, os indicadores de violência contra adolescentes de 10 a 19 anos mostrou que, de um total de 2.471 denúncias, 545 eram de violência sexual. Entre esses casos, 58,1% das crianças e 76,6% dos adolescentes eram meninas (SMS RIO, 2020).

A violência sexual pode ser explicada a partir da divisão de dois grupos: um dos grupos é o abuso sexual, que inclui os atos abusivos de natureza intra e extrafamiliares. O outro grupo é a exploração sexual, que envolve a dimensão comercial (LIBÓRIO; CASTRO, 2010).

Segundo Minayo (2009, p.38), “[...] os termos violências, abusos, maus tratos não necessariamente significam a mesma coisa. Há várias discussões teóricas a respeito, pois cada um deles traz uma carga ideológica e histórica específica”. Para Faleiros (2000), as categorias violência e abuso possuem particularidades que devem ser consideradas.

É importante salientar que as definições de como ocorre a violência sexual e o abuso sexual tem o mesmo sentido quando se trata de classificá-las. O abuso sexual é definido como uma situação em que ocorre o

“[...] uso excessivo, de ultrapassagem de limites: dos direitos humanos, legais, de poder, de papéis, de regras sociais e familiares e de tabus, do nível de desenvolvimento da vítima, do que esta sabe, compreende, pode consentir e fazer” (FALEIROS, 2000, p.10).

Esse artigo aborda o tema da violência sexual contra crianças e adolescentes na sua relação com a política de saúde. Nesse sentido, é importante afirmar que a violência é considerada um fenômeno sócio-histórico, portanto não pode ser considerado um problema específico da área da saúde. A área da saúde tinha como foco atender os efeitos da violência, como os traumas e as lesões físicas, nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações (MINAYO, 2006).

Embora não seja um problema da saúde, a violência coloca em risco o processo vital humano, provoca morte, lesões ou traumas físicos, agravos mentais, emocionais, espirituais, reduz a qualidade de vida, exigindo mudanças da organização dos serviços e colocando em evidência a necessidade de atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial (MINAYO, 2006; MINAYO, 1994).

A violência sexual contra crianças e adolescentes adquire caráter endêmico, tornando-se um problema de saúde pública na medida em que as vítimas ficam suscetíveis a lesões físicas, distúrbios sexuais, uso de drogas, prostituição, depressão e suicídios. Além disso, existem os riscos de adquirir infecções sexualmente transmissíveis como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e outros problemas como a gravidez indesejada, (RIBEIRO; FERRIANI E REIS, 2004).

Diante desse quadro, é torna-se necessária a construção de políticas públicas que sejam capazes de atender os efeitos da violência sexual contra crianças e adolescentes na área saúde. Assim, neste estudo analisamos a fase da implementação de uma política cujo processo engloba a preparação dos recursos, a organização burocrática e administrativa e a execução propriamente dita das ações para efetivar a política. Ao nos referirmos ao processo de implementação de uma política pública, seja ela de alcance local ou nacional, supõe-se que já houve um processo de formulação, dada sua complexidade e a interação de muitos atores e interesses envolvidos.

Nesse artigo, toma como ponto de partida a discussão sobre a implementação de políticas públicas na perspectiva de diferentes autores, apresenta os resultados da pesquisa sobre o processo de implementação da política de atendimento para crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro a partir da visão dos profissionais e gestores das unidades de saúde, enfatizando a disponibilidade de recursos.

### ***O CONCEITO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS***

Apesar da numerosa produção de modelos analíticos sobre a fase de implementação de programas e projetos sociais, ou o que se denomina na literatura especializada de “análise de processos” ou “avaliação ex-post”, compreende-se que esta fase da vida de uma política é fundamental para compreensão dos processos complexos que envolvem a efetivação daquilo que se desenhou ou planejou.

Quando falamos em política social, referimo-nos a um gênero de política pública que se caracteriza por ações interventivas na realidade social que abarcam as diversas formas de expressões da “questão social”, com a finalidade de trazer mudanças para o bem estar do público alvo almejado, seja de âmbito local ou municipal, estadual, regional, nacional e até transnacional. Pode ser elaborada e executada por órgãos do Estado e/ou por instituições privadas com caráter público, ou seja, destinadas ao atendimento de interesses da coletividade.

A política social se materializa por leis, documentos formais, normas operacionais, e se efetiva através de espaços institucionais que operacionalizam serviços, programas, projetos e benefícios. Desta forma, estudar uma política social é uma tarefa bem mais complexa do que o estudo de um programa ou projeto, que possuem áreas ou setores de abrangência mais restritos e menor nível de agregação de decisões, tanto no processo de sua formulação, quanto na execução.

O estudo de uma política social pública requer incluir os processos econômicos e políticos como uma unidade, que conforma as particularidades do Estado no capitalismo e sua relação histórica com a sociedade civil e o mercado. De fato, processos como a descentralização político-administrativa, a democratização dos espaços decisórios e o controle social são elementos essenciais para a compreensão dos limites e avanços das políticas, mas são insuficientes para realizar análises que demonstrem as reais possibilidades das ações de garantir e consolidar direitos sociais e alterar a qualidade de bem estar da população, o que a nosso ver, seria um fim ético e político de qualquer proposta avaliativa ou analítica destinada a uma política social. Porém, são nos processos das escolhas iniciais do analista ou avaliador e no decorrer de seu trabalho, que se definem os objetivos, a natureza do estudo, e o desenho metodológico (DRAIBE, 2001).

Conforme aponta Draibe (2001, p.17), “teoricamente, pode-se avaliar tudo, desde a mais restrita até a mais abrangente das políticas, contanto que se disponha dos recursos intelectuais, materiais e metodológicos para fazê-lo”.

No campo das análises de políticas, convencionou-se delimitar fases para o estudo das políticas públicas, método originado nos estudos pioneiros de Harold Lasswell, de 1951, quando analisava as ações no âmbito governamental (VIANA; BAPTISTA, 2012). Apesar de muitas críticas ao método do ciclo de vida das políticas, principalmente por sabermos que a realidade é muito mais complexa e não definida “passo a passo”, sua utilização ajuda a delimitar o objeto do estudo e demonstrar as diferenças e continuidades dos processos que envolvem a formulação, a implementação e execução de uma política.

Apesar de se conceber a política pública como um processo complexo que envolve mediações políticas, econômicas e culturais entre o Estado e a sociedade civil, e que, portanto, não segue modelos pré-estabelecidos ou um “passo a passo”, entende-se ser útil utilizar algumas delimitações baseadas no ciclo das políticas, para situar as escolhas metodológicas da investigação. O ciclo de políticas é assim definido: 1) o estabelecimento de uma agenda, que inclui determinado tema na lista de prioridades das autoridades públicas; 2) a elaboração das possíveis alternativas e o estabelecimento de prioridades levadas a cabo pelos estudos de custos e efeitos; 3) a formulação, que inclui as alternativas mais convenientes, o aparato legal, administrativo e financeiro; 4) a implementação, que se refere à preparação dos recursos e a organização administrativa para executar a política; 5) a execução, que é por em prática a política; 6) o acompanhamento (ou monitoramento) das ações; 7) a avaliação, que analisa os efeitos produzidos pela política (SARAVIA, 2006).

Neste estudo buscou-se conceituar a fase da implementação como o processo que engloba a preparação dos recursos, a organização burocrática e administrativa e a execução propriamente dita das ações para efetivar uma política pública. Quando os estudos se referem ao processo de implementação de uma política, seja ela de alcance local ou nacional, supõe-se que já houve um processo de formulação, dada sua complexidade e a interação de muitos atores e interesses envolvidos, o que implica em ter alguma sistematização para iniciar o processo de implementação/execução.

Na fase de implementação de uma política pública, na maioria das vezes, é quando aparecem os problemas que podem ser de natureza técnica ou administrativa. Paiva (2016) afirma que a implementação se refere à preparação dos recursos e a organização administrativa para executar a política, e a execução propriamente dita, ou seja, por em prática as ações e monitorá-las (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015; SECCHI, 2010).

O estudo da implementação é importante porque possibilita analisar como a política está sendo operada de fato, como suas condições materiais e subjetivas estão sendo realizadas, para que possam ser alteradas as tomadas de decisões (SECCHI, 2010). Compreender o processo de implementação requer o estudo das condições específicas que influenciam as ações e decisões durante a execução de uma política, seus programas, projetos, serviços e benefícios. Para tanto, é preciso pensar em questões como o contexto da política analisada, os sujeitos que a operacionalizam, os fatores institucionais, financeiros e materiais que incidem sobre ela e a determinam.

Para Arretche (2001, p.2) a implementação corresponde a: “[...] uma outra fase da ‘vida’ de um programa, na qual são desenvolvidas as atividades pelas quais se pretende que os objetivos, tidos como desejáveis, sejam alcançados”. Nota-se também nesta discussão que há uma grande distância entre os objetivos e o desenho de um programa. Nem sempre os profissionais conseguem executar os programas da forma como os formuladores desenharam. Tal fato vai repercutir diretamente na vida dos beneficiários e dos provedores dos programas e isso pode ocorrer nas diferentes políticas públicas. Esta distância tem relação com o contexto econômico, político e institucional em que os programas estão inseridos (ARRETCHE, 2001; DALFIOR, 2015).

Nesse contexto, entende-se que os insucessos dos programas ocorrem porque há uma incapacidade de negociação durante o processo, os problemas tornam-se evidentes na fase da implementação dos programas. É preciso que haja ajustes nas políticas, em nível local, a fim de alcançar as prerrogativas que foram desenhadas pelos formuladores (DALFIOR et al, 2015; SILVA; MELO, 2008).

Segundo Howlett et al (2013), depois que um problema público está inserido na agenda política e foram formuladas as alternativas para resolvê-lo, é preciso esforço, conhecimento e recursos para que as ações sejam materializadas, uma política funciona a partir de fundos, pessoas e regras para os procedimentos.

### ***A POLÍTICA DE ATENDIMENTO AO ABUSO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO A PARTIR DA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES***

A análise sobre a implementação dos serviços neste estudo, foi balizada por dois documentos: a Norma Técnica de prevenção de Agravos para Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual (BRASIL, 2012) e pela Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2010).

Foram realizadas 15 entrevistas semi-estruturadas, analisadas a partir da interpretação de sentidos. A fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, foram elaborados códigos para classificar as unidades de saúde e os entrevistados. Logo, a primeira letra destes códigos (A, B, C e D) define as unidades; a segunda letra define os profissionais (E, P, S, AC, TE e G) e a numeração (1,2,3,4 e 5) é sequencial. Desse modo os códigos têm as seguintes legendas: AE1 e AE2= enfermeiro; AP3 e DP3= psicólogo; AS1 e DS2= assistente social; AAC1= agente comunitário de saúde; ATE1= técnico de enfermagem; AG1, AG2, BG2, CG3, CG6, DG4, DG5= gestor.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da SMS/ RJ no dia 14 de novembro de 2017 através do parecer 2.381.665, CAAE n. 74973917.9.0000.5279.

Sobre o perfil dos entrevistados, notou-se que as 15 profissionais eram todos do sexo feminino vinculadas à SMS/RJ sendo 5 gestoras e 10 profissionais. Entre estas profissionais, 13 possuem nível superior, com graduação nas áreas de enfermagem (5), medicina (4), psicologia (2) e serviço social (2). Também participaram profissionais de nível médio (1) e de nível fundamental (1).

As profissionais estão lotadas nas unidades ocupando os cargos de Diretora (2), Gerente da unidade de saúde (1), Diretora de paciente externo (1), Assessoria Técnica (1), Médica (2), Assistente Social (2), Psicólogo (2), Enfermeiro (2), ACS (1) e Técnica de Enfermagem (1). Entre as 15 profissionais entrevistadas 13 possuem pós-graduação *lato sensu* (especialização e residência) e 1 profissional possui pós-graduação *stricto sensu* (nível mestrado na área de Saúde da Família).

## **RESULTADOS DA PESQUISA**

O eixo definido como Disponibilidade de Recursos possui cinco categorias: ***instalações disponíveis na rede de saúde; Sistema de Garantia de Direitos; recursos humanos; suporte, capacitação e produção de material; e prevenção do abuso sexual.***

Sobre as instalações disponíveis na rede de saúde foram identificados os seguintes núcleos de sentidos: ***(a) todas as unidades devem atender vítimas de abuso sexual; (b) rede tem fragilidades; (c) importância da expansão da atenção primária; e (d) importância do CAAC.***

Segundo os profissionais, atualmente, ***todas as unidades devem atender vítimas de abuso sexual***, para tanto a atenção básica e os hospitais de emergência possuem o kit para atendimento de vítimas de violência sexual, caso não esteja disponível na unidade, deve-se seguir o fluxo, que orienta solicitar na rede.

*Por exemplo todas as nossas unidades básicas de saúde, aí eu posso falar das unidades básicas, todas elas têm atendimento às vítimas de violência, todas*

*elas têm Kit e se não está na unidade, tem um fluxo pra alguém ir buscar e levar pra criança e pro adolescente, se for mulher (...). (BG3)*

Os profissionais afirmam que a **rede tem fragilidades**. Eles apontam que são evidentes as dificuldades no setor de saúde mental e nas articulações entre os serviços, os vínculos muitas vezes são estabelecidos através de relações pessoais.

*A gente tem uma rede frágil, principalmente no aspecto de saúde mental (...) a gente tem, o que eu posso te dizer, é uma rede de saúde interna, nem é uma rede de saúde. Mas uma rede interna os profissionais da estratégia que tem dentro. A gente consegue articular algumas coisas, mas da rede estar toda interligada mesmo efetiva, a gente tem um pouco de dificuldade. A gente tem uma parceria que é bacana com o CRAS, com o nosso Conselho Tutelar da área, uma das conselheiras específica. Mas são sempre redes que são pessoais, é porque a fulana está naquela instituição, então, a rede acontece (...). (AG2).*

Os profissionais entrevistados ressaltam também a **importância da expansão da atenção primária**. Compreende-se que a ampliação da atenção primária está em consonância com a diretriz de descentralização e reorganização do modelo de saúde. No município do Rio de Janeiro no ano de 2009 um pouco mais de 50% da população era coberta por planos de saúde privados e com um baixo investimento em atenção primária de saúde. No final de 2012, houve uma ampliação na cobertura da população carioca com o Estratégia Saúde da Família (ESF), 39% da população passou a ser atendida (JESUS et al, 2015).

Os profissionais ressaltaram também a **importância do CAAC**, considerado uma grande conquista para o atendimento na rede de saúde. Embora seja um serviço da segurança pública, ele cumpre um papel importante, que é o da intersetorialidade. Sobre esse serviço, a profissional DS2 afirma,

*Hoje com o funcionamento do CAAC a criança chega, normalmente ali na classificação de risco e já imediatamente abre o Boletim para atendimento médico na pediatria. O médico atende faz a primeira avaliação e nos aciona, sempre aciona a assistente social que tiver, que não necessariamente sou eu, às vezes chega na emergência aqui e não é meu dia de trabalho quem tiver aqui no plantão vai atender. Ai a gente faz o nosso atendimento do serviço social e a criança é direcionada lá para o CAAC que lá faz aquela escuta, grava o depoimento né.*

O CAAC tem como objetivo apurar os fatos, evitar revitimização das vítimas e reduzir o deslocamento das vítimas e seus familiares para locais distantes como delegacias, conselhos tutelares, hospitais e Instituto Médico Legal (IML). Além disso, houve um aumento dos registros No CAAC é realizado o chamado depoimento especial, fortalecido a partir da lei 13.431 de 2017, lei que estabelece o sistema de garantia de direitos para vítimas ou testemunhas de violência (CHILDHOOD BRASIL, 2017).

Segundo Meirelles e Silva (2007), o trabalho em rede pressupõe que os profissionais

coloquem em prática atitudes como: articulação entre instituições e a criação de um fluxo de comunicação que seja contínuo para manter as informações de referência e contrarreferência. As redes podem ser denominadas como oficiais quando permeadas por questões de caráter político que interferem em seu funcionamento ou podem ser denominadas como redes não oficiais, que são construídas por relações interpessoais, estas possuem mais facilidades para os profissionais e usuários, porém são frágeis.

Sobre o sistema de garantia de direitos, foram identificados três núcleos de sentidos: **(a) conselho tutelar é a principal instituição acionada; (b) o conselho tutelar determina as ações que serão realizadas; e (c) família como rede de apoio.**

Para os profissionais o **conselho tutelar é a principal instituição acionada**. Este órgão consegue garantir as medidas de proteção, porém foi mencionado que existem problemas de comunicação, devido à demora nas respostas. Sobre isso, a gestora AG1 afirma:

*As vezes encontramos algumas dificuldades em relação por exemplo ao Conselho Tutelar, as vezes pra fazer notificação, mas as vezes demora, você não tem uma resposta rápida em relação ao conselho. Mas de certo modo não temos muitos problemas.*

O **conselho tutelar determina as ações que serão realizadas** pelo hospital. Segundo Batista e Santos (2012), este órgão cumpre determinadas medidas de proteção para crianças e adolescentes vítimas de violência, conforme afirma a entrevistada:

*(...) Quem atendeu, aciona o Conselho Tutelar e o Conselho Tutelar nos dá a resposta. “Ah não essa criança vai ficar com vocês aí até nós chegarmos” ou não; “olha só essa mãe já passou por aqui, já tá marcada a entrevista, vocês podem dar o atendimento e liberar, essa criança vai ter que ficar internada, vai ter que ficar com vocês até o conselho decidir o que vai fazer” (...). (DG5).*

Outra questão importante apontada pelos profissionais é a necessidade de compreender a **família como uma rede de apoio** para romper o ciclo de violência.

*Olha, o que eu percebo é que, assim, a gente identifica que a criança, por exemplo, se o agressor morar na mesma casa, a gente tem conseguido garantir a vinda do conselho bem atuante com a gente pra essa criança não voltar pra mesma casa, a gente tenta acionar a rede familiar também. Ela já está sendo vítima de uma violência, encaminhar para um abrigo ou alguma coisa assim seria uma outra violência também nesse momento, pelo menos. A gente tem bastante suporte do Conselho Tutelar. Às vezes, dependendo da situação, a gente até aciona a comissária da infância, o juizado, tem situações que a gente encaminha direto até (DS2).*

Sobre essa discussão, Farineli e Pierini (2016) afirmam que o ECA consolida o Direito a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes, trazendo a necessidade da existência de uma rede que integre o SGDCA. As competências e finalidades desse Sistema estão definidas na Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006, publicada pelo Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente

(CONANDA). Segundo este documento o sistema deve se organizar nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal. Segundo o artigo 1º da Resolução:

O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal. (BRASIL, 2013).

O SGDCA possui três eixos: o de Controle e Efetivação dos Direitos, o da Defesa dos Direitos Humanos e o de Promoção de Direitos Humanos (DESLANDES, 2016).

Destaca-se aqui o eixo de Promoção de Direitos Humanos, formado por órgãos governamentais e não governamentais, que atuam através da formulação e implementação de políticas públicas e operacionaliza-se através do desenvolvimento da política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente. Como exemplo, pode-se citar as instituições que compõem a área da educação, saúde, assistência social e os conselhos tutelares para criança e adolescentes. Neste eixo, leva-se em consideração conceitos como a transversalidade e a intersetorialidade, na busca de uma articulação das políticas públicas e integralidade do atendimento (FARAJ; SIQUEIRA; ARPINI, 2016; CONANDA, 2006; DESLANDES, 2016).

A política voltada para o atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes tem a sua operacionalização baseada em três tipos de programas, serviços e ações públicas: os serviços e programas das políticas públicas, especialmente das políticas sociais, afetos aos fins da política de atendimento aos direitos humanos de crianças e adolescentes; os serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos humanos; e os serviços e programas de execução de medidas socioeducativas e assemelhadas (BRASIL, 2013).

O atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual está inserido neste eixo, visto que a política de saúde não consegue dar conta das várias complexidades referentes à violência sexual, conforme já foi mencionado. Por este motivo é necessário que haja uma articulação com o SGDCA para assegurar a proteção integral conforme preconiza a legislação e as normativas federais.

Sobre os Recursos Humanos foram identificados os seguintes núcleos de sentidos: **(a) falta um profissional de referência; (b) falta infraestrutura e não de recursos humanos; e (c) existe um déficit de profissionais na rede.**

Os profissionais afirmam que, em relação ao atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, observa-se a **falta um profissional de referência** dentro das unidades, que trate especificamente desta questão: “*Não tem assim, uma pessoa específica que eu possa me referir, assim, esse recurso humano, ah! essa pessoa é referência da nossa unidade pra esse tipo de violência, não tem. (...)*”. (AM4).

De modo geral, os profissionais avaliam que os recursos humanos disponíveis na rede atuam de forma satisfatória, as equipes são integradas e preparados para atuação com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Para os profissionais, existe uma ***falta de infraestrutura e não de recursos humanos.***

*Olha, eu acho que eu tenho uma boa avaliação, eu percebo que a equipe da emergência é bem integrada, é bem preparada, lógico que sempre são casos que mobilizam, mas assim, acho que todo mundo trabalha em conjunto. É um bom investimento. Eu acho que é muito mais questão de infraestrutura do que de recursos humanos, é falta de material do que de recursos humanos. (DP3).*

As equipes realizam um trabalho multiprofissional e são compostas de assistente social, psicólogo, médico, enfermeiro, ACS e técnico de enfermagem. Entretanto, os gestores afirmam que ***existe um déficit de profissionais na rede***, sendo necessária uma reavaliação da política de recursos humanos na saúde. Segundo a gestora DG6:

*(...) O nosso número de assistentes sociais é muito pequeno eu acho que nós temos hoje 11 assistentes sociais para atender toda demanda do hospital, eu tenho hoje se não me engano 3 ou 4 psicólogos, então assim para o volume de coisas que nós temos dentro do hospital é muito pequeno, então nós precisaríamos da ampliação realmente dessa equipe interdisciplinar, pra poder melhorar esse atendimento da criança aqui no Souza Aguiar eu tenho quase certeza que nos hospitais tem essa mesma carência. Então os recursos humanos é um ponto muito crítico no Rio de Janeiro, não só no município como no Estado do Rio de Janeiro.*

Segundo Mendes Gonçalves (1988), recursos humanos na área da saúde envolve tudo que está relacionado aos trabalhadores da área, pensando em questões referentes ao processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Vieira (2008), pode-se pensar em várias dimensões referentes a recursos humanos na saúde que são: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho e administração de pessoal.

Sobre a categoria capacitação, suporte e produção de material, foram identificados quatro núcleos de sentidos: ***(a) existem as capacitações oficiais e as que são realizadas no cotidiano; (b) profissionais que não participaram das capacitações; (c) diversidade na compreensão do que é material produzido; e (d) suporte dos gestores que é dado através de capacitação, diálogo e esclarecimento de dúvida.***

A partir da fala dos gestores, identifica-se que ***existem as capacitações oficiais e as que são realizadas no cotidiano.*** Para os profissionais houve capacitações na rede realizadas no ano de 2016, porém, não souberam informar o período e a carga horária: *“(..) Ano passado teve. Dois dias, não me lembro o período certo”.* (AG1).

Alguns afirmam que houve capacitação sobre saúde mental e o abuso sexual contra crianças e adolescentes foi abordado como um eixo temático do curso: *“Especificamente? Sobre*

*esse tema não, a gente teve saúde mental e foi abordado dentro de saúde mental um eixo, mas só doença sexualmente transmissível (...)*". (AG2).

As capacitações foram feitas também internamente nas unidades com cada equipe, neste momento, foram apresentados os protocolos e os fluxos de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Para os gestores, não é preciso esperar uma capacitação oficial na rede, conforme visualizam as falhas dos profissionais no cotidiano, eles fazem capacitações para melhoria do serviço.

Embora se identifique que as capacitações existem, os **profissionais que não participaram das capacitações** sobre abuso sexual contra crianças e adolescentes. Nota-se que a maior parte dos profissionais entrevistados não participaram de capacitações sobre abuso sexual contra crianças e adolescentes. Alguns afirmam que participaram do curso para realizar o depoimento sem dano, quando o CAAC foi inaugurado.

Observa-se que há **diversidade na compreensão do que é material produzido** nas unidades de saúde. A maior parte dos profissionais desconhecem que a unidade tenha produzido algum material, enquanto alguns consideram, por exemplo, o projeto de intervenção profissional como um material: *"Sim, teve um projeto de intervenção do serviço social, que por sinal já está defasado, a gente tem que estar reescrevendo por causa da inserção do CAAC (...)"*. (DS2).

Já os gestores, afirmam que produziram material sobre o abuso sexual, a fim de auxiliar os profissionais que atuam na rede. E este material tem se configurado como um norteador para os profissionais que atuam nas unidades

*A gente sempre produz folder, livrinho, com essa produção. A gente tá sempre produzindo, sempre escrevendo alguma coisa. Sempre que há necessidade a gente produz também. E as áreas programáticas através da educação permanente também produz sempre algum material educativo pra população e para os profissionais.* (BG3).

Outra questão importante para os entrevistados é o **suporte dos gestores que é dado através de capacitação, diálogo e esclarecimento de dúvida** aos profissionais. Segundo os gestores, *"(...) Total, total, porta aberta, capacitação, solicitação, é (...) dúvidas"*. (AG1).

Vieira et al (2014) afirmam que é necessário realizar capacitação continuada e permanente para os profissionais que atuam com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Assim, a educação permanente, que inclui a capacitação pode ser definida como:

*"(...) desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes"* (VIEIRA et al 2014, p.3408).

Sobre a categoria prevenção do abuso sexual contra crianças e adolescentes foram identificados três núcleos de sentidos: **(a) é necessário discutir o tema entre os profissionais de**

*saúde; (b) abusos ocorrem nas famílias e de forma crônica; (c) importância da atenção primária.*

Sobre a prevenção contra abuso sexual contra crianças e adolescentes, os profissionais afirmam que *é necessário discutir o tema entre os profissionais de saúde*, pois não é um assunto que está na pauta das discussões, o problema só ganha destaque quando a violência já está concretizada: “(...) *é um assunto que, não tá muito na pauta das nossas reuniões, só se já tiver um caso, entendeu? Nunca como uma forma de prevenção, realmente não existe*”. (AM4).

Segundo os profissionais, os *abusos ocorrem nas famílias e de forma crônica*, por isso é preciso que elas sejam acompanhadas e que compreendam em qual contexto está inserido.

*(...) Eu acho que tem muita coisa para ser desenvolvido, quanto mais cedo, melhor é para o indivíduo. Então, o que eu acho que deveria ter é um acompanhamento também com a família. Ver que família é aquela, ver em que contexto essa família está inserida, a criança. Dar um suporte às famílias nesses casos, para que previna. É falar claramente o que acontece, penso que tem que ter um trabalho educativo, tá? Direcionado também para família. As coisas vêm para nós, mas a base, a estrutura emocional da criança é na família e nos primeiros anos de vida. Então, a gente dá apoio, mas a família precisa ser acolhida. E tem um problema, a maioria dos abusos é na família. Então, tem que ver, às vezes, a mãe não sabe, mas é um tio, um primo um avô, tem que ver o que acontece. Se a gente não vê isso daqui a pouco vai acontecer de novo. Então, eu penso dessa maneira.* (AE1).

Os profissionais ressaltaram a *importância da atenção primária* na prevenção do abuso sexual contra crianças e adolescentes, afirmaram que a ESF tem uma maior proximidade com a população e mesmo assim não conseguem solucionar o problema da prevenção, pois a maioria dos casos de abuso sexual ocorrem nas famílias de forma crônica e trata-se de um fato velado.

*(...) A prevenção é muito complicada, mesmo com toda essa aproximação é uma coisa muito velada, até porque a violência contra criança e adolescente é muito mais próxima do que a gente pensa. Normalmente, é algum familiar ou alguém muito próximo e aí você acaba atuando mais no ato, no pós-acontecimento do que na prevenção, infelizmente. Não conseguimos muitos avanços em relação a isso.* (AG1).

Outra questão que merece destaque é a prevenção, um tema que não se esgota, existem múltiplas ações que poderiam ser eficazes, uma delas, que também foi apresentada pela profissional, é a importância da educação continuada para prevenir o abuso sexual.

O trabalho de prevenção deve ser realizado junto aos familiares, crianças e adolescentes, recomenda-se que as abordagens sejam realizadas de forma apropriada para cada idade, enfatizando questões como a sexualidade, toques corporais que são adequados e inadequados nas relações entre uma criança e adultos (BRASIL, 2010). Para Thomazine, Toso e Vieira (2014), um dos fatores importantes na atenção primária é a presença dos agentes comunitários de saúde, estes são considerados como peças fundamentais na identificação dos casos de abusos.

## **CONCLUSÃO**

Neste trabalho buscou-se apresentar o processo de implementação de políticas de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no município do Rio de Janeiro, a partir da pesquisa de mestrado realizada no ano de 2018.

Entendeu-se nesse estudo que as diversas expressões da violência em nossa sociedade não são problemas restritos à política de saúde e exige um trabalho realizado em uma rede de serviços. O trabalho em rede permite que sejam trocadas informações, articulação institucional e a formulação de políticas públicas para que sejam implementados projetos com a finalidade de atender as diversas demandas das vítimas de violência. A implementação destas políticas públicas deve ser feita de forma ampla e articulada em diferentes esferas (BRASIL, 2010).

Sobre os resultados da pesquisa, notou-se que em relação as instalações disponíveis houve uma ampliação na rede de atendimento para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, mas ainda existem fragilidades que não foram superadas ao longo dos anos. A rede intrasetorial, na visão dos profissionais, tem um bom funcionamento e os problemas só ficam evidentes quando é preciso acionar a rede intersetorial.

Sobre o SGDCA, a principal instituição acionada é o Conselho Tutelar que, segundo os profissionais, consegue garantir as medidas de proteção, mas tem problemas de comunicação, devido à demora nas respostas.

Uma conquista relevante identificada na rede de atendimento da saúde, foi o CAAC. Esse serviço cumpre o papel da intersetorialidade, englobando em um único local o atendimento médico e policial para as vítimas e suas famílias.

Na concepção dos entrevistados, quando se trata de recursos humanos, as equipes funcionam de forma satisfatória e são integradas, entretanto, é preciso uma revisão na política de recursos humanos em saúde, devido ao reduzido número de profissionais na rede e aos baixos salários.

Sobre o suporte, capacitação e produção de material, houve capacitações, porém os profissionais que estão diretamente ligados ao atendimento nem sempre conseguem participar. Há uma diversidade na compreensão do que é produção de material, mas de

modo geral a gestão produz livros, folders e até um guia para violências que seria publicado no ano de 2018.

Já em relação a prevenção de abuso sexual, percebe-se que ainda é um caminho a ser percorrido, foram ressaltadas as dificuldades com o abuso sexual contra crianças e adolescentes, pois na maioria das vezes acontece nas famílias de forma crônica e velada. Os profissionais também ressaltam a importância da Estratégia de Saúde da Família, vista como o principal avanço.

Portanto, concluiu-se neste artigo que estudar a fase de implementação dos serviços de saúde implica na análise do que o governo municipal do Rio de Janeiro vem desenvolvendo de fato para ofertar atendimento para crianças e adolescentes vitimados pelo abuso sexual, levando em consideração as normativas, recursos, capacidade técnica e administrativa, entre outros elementos do processo para efetivação das ações.

## **REFERÊNCIA**

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. Revista agenda política, [S.L], v. 3, n. 2, p. 12- 42, jul./dez. 2015.

ARPINI, Mônica Dotian; SIQUEIRA, Aline Cardoso; FARAJ, Suane Postoriza. A atendimento psicológico no centro de referência especializado da assistência social e a visão de operadores do direito e conselheiros tutelares. Estudos de psicologia I, Campinas, v. 33, n. 4, p. 757-766, out./dez. 2016.

ARRETCHE, Marta Tereza da Silva. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE-PUC, 2001. p. 44-55.

BRASIL. Conanda. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília: Conanda, 2013. 50 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Brasília: MS, 2012. 126 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Abuso sexual contra crianças e adolescentes – Abordagem de casos concretos em uma perspectiva multidisciplinar e interinstitucional. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2021. 30 p.

CHILDHOOD BRASIL (Brasília). Centros de atendimento integrado a crianças e adolescentes vítimas de violências: Boas práticas e recomendações para uma política de estado. São Paulo: Childhood Brasil, 2017. 190 p.

DALFIOR, Eduardo Tonele; LIMA, Rita De Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, jan./mar. 2015.

DESLANDES, S. F. et al. Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. Interface, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 865-877, out./dez. 2016.

DRAIBE, Sônia Mirian. Avaliação de implementação: Esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: Iee-puc SP, 2001. p. 12-40.

FALEIROS, Eva T. Silveira; CAMPOS, Josete De Oliveira. Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes. 1 ed. Brasília: UNICEF, 2000.

FARINELLI, Carmen Cecília; PIERINI, Alexandre José. O sistema de garantia de direitos e a proteção integral à criança e ao adolescente: uma revisão bibliográfica. O Social em Questão, Rio de Janeiro, v. 19, n. 35, p. 63-86, jan./jun. 2016.

HOWLETT., Michael; PERL, Anthony; , M. Ramesh. Política pública: Seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

JESUS, Reniani Lami; ENGSTROM, Elyne; BRANDÃO, Ana Laura. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. Revista Brasileira de medicina da família e comunidade, [S.L], v. 10, n. 37, p. 1-11, out./dez. 2015.

LAPA, José Roberto do Amaral. Formação do Brasil contemporâneo. In: DANTAS, Lourenço. Introdução ao Brasil. Um banquete no trópico. São Paulo: Senac, 1999. Cap. 12. p. 100-120.

LIBÓRIO, Renata Maria Coimbra; CASTRO, Bernardo Monteiro de. Abuso, exploração sexual e pedofilia: as intrincadas relações entre os conceitos e o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. In: UNGARETTI, Maria America (Org.). Crianças e Adolescentes: Direitos, sexualidades e reprodução. São Paulo: Abmp, 2010. p. 19-42.

LOWENKRON, Laura. Abuso sexual infantil, exploração sexual de crianças, pedofilia: diferentes nomes, diferentes problemas? Sexualidad, salud y sociedad-Revista Latinoamericana, Rio de Janeiro, n. 5, p. 9-29, abr./jun. 2010.

MEIRELLES, Zilah Vieira; SILVA, Crístielle Alves da. Redes de apoio à saúde da mulher adolescente/jovem vítima de violência. In: TAQUETTE, Stella R. (Org.). Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: Eduerj, 2007. p. 141-149.

MELO, Elza Machado. Violência. In: TEIXEIRA, Elizabeth Fleury; MENEGHEL, Stela N. (Org.). Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 370-372.

SILVA, Pedro Luiz Barros da; MELO, Marcus André Barreto de. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. In: PAINEL ESTADO DEMOCRÁTICO E GOVERNANÇA NO SÉCULO XXI: REFORMANDO A REFORMA, 1., 2000, República Dominicana. Caderno 43. República Dominicana: Unicamp, 2000. p. 1 - 17.

MENDES GONÇALVES, R. B. A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993 (Relatório de seminário).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, jan. 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. Cap. 1. p. 9-28.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, Kathie., ASSIS, Simone., and CONSTANTINO, Patricia. Impactos da Violência na Saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 21-42.

RIBEIRO, Márcia Aparecida; FERRIANI, Maria Das Graças Carvalho; REIS, Jair Naves Dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, mar./abr. 2004.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (orgs.) Políticas Públicas. Brasília: ENAP. 2006 (Coletânea Volume 1).

SECCHI, Leonardo. Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Indicadores da notificação de violência (interpessoal e autoprovoçada) em Residentes do Município do Rio de Janeiro (criança de 0 a 9 anos). Acesso em 26 de junho de 2021. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9338214/4320105/ViolenciaCrianca.pdf>.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Indicadores da notificação de violência (interpessoal e autoprovoçada) em Residentes do Município do Rio de Janeiro. (adolescentes de 10 a 19 anos). Acesso em: 26 de julho. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9338214/4320103/ViolenciaAdolescente.pdf>.

THOMAZINE, Angélica Malman; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; VIEIRA, Cláudia Silveira. Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil. Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, [S.L], v. 14, n. 2, p. 105-111, jan./mar. 2014.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de F. Análise de políticas de saúde. In: GGIONANELLA, Ligia; LOBATO, Lenaura; ESCOREL, Sarah; NORONHA, José e CARVALHO, Antonio Ivo. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

VIEIRA, L. J. E. D. S. et al. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. *Ciência*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3407-3416, jan./mar. 2015.

VIEIRA, Mônica. Recursos Humanos em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Epsjv, 2008. p. 343-347.