

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O envolvimento dos profissionais da saúde do município de Guarulhos na assistência às crianças vítimas de violência doméstica: um caminhar necessário.

MARTA ANGÉLICA IOSSI

RIBEIRÃO PRETO

2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O envolvimento dos profissionais da saúde do município de Guarulhos na assistência às crianças vítimas de violência doméstica: um caminhar necessário.

MARTA ANGÉLICA IOSSI

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Inserido na linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: *Prof^ª. Dr^ª. Maria das Graças Bonfim de Carvalho*

RIBEIRÃO PRETO – SP

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Iossi, Marta Angélica.

O envolvimento dos profissionais da saúde na assistência às crianças vítimas de violência doméstica: um caminho necessário / Marta Angélica Iossi ; orientador Maria das Graças Bonfim de Carvalho.

-- Guarulhos, 2004.

131 f.: fig.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

*“Necessito que me ajudem a desenvolver minha segurança interior,
conhecer minhas qualidades
e aceitar minhas limitações. Necessito de meus pais.
Dos dois. Necessito que me queiram e me cuidem. Se isto para eles
for difícil, ajudem-nos.
E se eles não podem se ocupar de mim, ou caso eu não tenha
família, procurem-me um lar onde eu possa crescer feliz”.*

*(Texto traduzido do material fornecido pelo UNICEF – Pensemos um
mundo diferente a partir dos direitos da criança:
escuta meus direitos e ensina-me meus deveres).*

Dedico este trabalho a minha filha Pâmela, meu “anjo vindo do céu”, que no início de sua história soube superar as adversidades, e com a ajuda e acolhimento daqueles que compreenderam suas necessidades e desejo, hoje está conosco dividindo uma felicidade incomparável... “procurem-me um lar onde eu possa crescer feliz”...

Amo muito você.

À todas as crianças de Guarulhos que são ou foram vítimas de violência doméstica, suas histórias embora anônimas, deram vida a este trabalho, tornado a realidade visível, portanto, passível de ser mudada.

Onde vocês estejam que Deus os abençoe!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela possibilidade desta vida, cuja grande recompensa tem sido de crescer, evoluir e ser feliz.

Aos meus pais, hoje na luz da eternidade, cujas vidas atrelaram-se à minha ensinado-me a verdade, a coragem e a força para sempre ir em frente.

Ao meu amado esposo Ricardo, pela compreensão e apoio, com a calma paciência que lhe é peculiar tanto me ajudou a caminhar para a concretização deste trabalho.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria das Graças Bonfim de Carvalho, que, nos anos de convivência muito me ensinou, contribuindo para o meu crescimento pessoal, científico e intelectual.

Às Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Tedeschi Cano e Prof^ª. Dr^ª. Elza Maria Lourenço Ubeda, pela atenção e avaliação crítica do trabalho no momento da qualificação e defesa, ajudando-me a concluir mais esta etapa.

Aos Prof. Dr. Marcelo Medeiros e Prof^ª. Dr^ª. Telma S. Vendrusculo, pela amizade e apoio, foi muito bom reencontrá-los.

A Dra. Vera Lúcia Gomes, Secretária Municipal da Saúde de Guarulhos, a Iraci Cleide da Silva, Diretora do Departamento de Assistência à Saúde e a Dra. Teresa P. A. Tashiro, Coordenadora do Programa Municipal de Atenção ao Jovem e a Criança que me acolheram carinhosamente, abrindo as portas para a realização desta pesquisa.

Aos profissionais da UMACA, USF Fortaleza e UBS Carmela pela colaboração e disponibilidade confiando-me suas percepções e opiniões para que eu pudesse caminhar e concluir este estudo.

SUMÁRIO

	<i>Lista de Figuras</i>	
	<i>Lista de Tabelas</i>	
	<i>Resumo</i>	
	<i>Resumen</i>	
	<i>Abstract</i>	
1	INTRODUÇÃO	01
	1.1 Construindo o tema de estudo	02
	1.2 A delimitação do objeto e as questões da pesquisa	12
	1.3 Objetivos	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
	2.1 Violência Doméstica: conceitos e inter-relações de um fenômeno multifacetado ..	18
	2.2 A infância e sua história	27
	2.3 História da infância no Brasil: do menor ao direito de ser criança	30
	2.4 O espaço familiar	40
	2.5 Pressupostos	44
3	METODOLOGIA	46
	3.1 Percurso metodológico	47
	3.2 Campo de estudo	49
	3.2.1 Histórico da cidade de Guarulhos	50
	3.2.2 Perfil do município	51
	3.3 Sujeitos do estudo	59
	3.4 Instrumentos para coleta de dados	61
	3.5 Aspectos éticos	62
	3.6 Análise dos dados	63
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	66
	4.1 Cenário das notificações no município de Guarulhos	67
	4.2 O significado da violência doméstica na infância no cotidiano dos profissionais ..	85
	4.2.1 “Nada a fazer”	85
	4.2.2 “Medo”	100
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICES	125
	ANEXOS	128

RESUMO

IOSSI, M. A. *O envolvimento dos profissionais da saúde na assistência às crianças vítimas de violência doméstica: um caminhar necessário*. 2004. 130f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Considerando o exercício da nossa prática, e a importância que a violência doméstica assumiu nos últimos anos, junto à agenda de saúde pública, é que buscamos realizar o presente estudo. O tema é complexo, e dado a esta complexidade é um conhecimento ainda em construção o qual tem no presente trabalho sua contribuição. Nosso objetivo foi identificar e analisar as notificações realizadas junto às Regionais de Saúde do município de Guarulhos, os limites da atuação dos profissionais, as lacunas existentes no atendimento e acompanhamento dos casos de violência doméstica contra crianças, as origens e possíveis consequências dessas lacunas, tendo como referencial teórico os aspectos conceituais de violência doméstica, infância, família e políticas públicas nesta área. Caracterizamos o cenário das notificações realizadas nos anos de 2001 e 2002 no município com o intuito de melhor entender a realidade e subsidiar o diálogo com os dados colhidos através da abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu sob as formas: entrevistas semi-estruturadas e análise de documentos e registros. A partir do material obtido e da fundamentação teórica, discutimos os resultados de acordo com a proposta de Minayo (1996a), utilizando o método hermenêutico dialético. O município de Guarulhos através dos dados registrados ainda apresenta uma significativa subnotificação. Dos casos notificados constatamos uma predominância dos casos de negligência, 46% das notificações, 24% de violência física e 15% de suspeita de violência sexual. O profissional que mais notificou foi o assistente social, sendo responsável por 46% das notificações. A partir das falas dos atores sociais, identificamos duas categorias empíricas: “nada a fazer” e “medo” através das quais emergiram os aspectos relativos a falta e a necessidade de políticas públicas integradas, o aspecto socioeconômico, político-social e cultural como raízes da violência, a necessidade de capacitação dos profissionais e o medo que emerge no imaginário, no cotidiano e na ação dos atores sociais frente aos casos de violência doméstica, influenciando no que fazem ou no que pensam poder ou não fazer. Cada ator deste cenário, profissionais, gestores, sociedade civil tem um papel fundamental na identificação, na notificação, no encaminhamento e assistência dos casos de violência contra crianças, mas um papel tão mais importante de articular ações conjuntas através de uma rede de atenção que possa dar uma resposta mais efetiva garantindo os direitos da criança e o comprometimento de todos com as ações e os serviços mais avançados para a área.

Palavras-Chave: Saúde, violência doméstica, criança, notificação.

RESUMEN

IOSSI, M. A. Lo involucramiento de los profesionales de salud del municipio de Guarulhos en la atención a los niños víctimas de violencia doméstica: un caminar necesario. 2004. 130f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Considerando el ejercicio de nuestra práctica y la importancia asumida por la violencia doméstica en los últimos años, es delante de la agenda de salud pública que buscamos realizar el presente estudio. La temática es compleja y, dada esta complejidad es un conocimiento todavía en construcción, a lo cual intentamos contribuir con este trabajo. Nuestra finalidad fue identificar y analizar las notificaciones realizadas ante las regionales de salud del municipio de Guarulhos, los límites de la actuación de los profesionales, las lagunas existentes en la atención y el acompañamiento de los casos de violencia doméstica contra niños, los orígenes y posibles consecuencias de esas lagunas, adoptando como referencial teórico los aspectos conceptuales de violencia doméstica, infancia, familia y políticas públicas en esta área. Caracterizamos el escenario de las notificaciones realizadas en 2001 y 2002 en el municipio con objeto de comprender mejor la realidad y apoyar el diálogo con los datos colectados a través de la aproximación cualitativa. La recolección de datos ocurrió de las siguientes maneras: entrevistas semi-estructuradas y análisis de documentos y registros. A partir del material obtenido y de la fundamentación teórica, discutimos los resultados de acuerdo con la propuesta de Minayo (1996a), utilizando el método hermenéutico dialéctico. Por medio de los datos registrados, el municipio de Guarulhos todavía presenta una significativa subnotificación. De los casos notificados constatamos una predominancia de los casos de negligencia, con 46% de las notificaciones, 24% de violencia física y 15% de sospecha de violencia sexual. El profesional que más notificó fue el asistente social, responsable por 46% de las notificaciones. A partir de los discursos de los agentes sociales, identificamos dos categorías empíricas: “nada a hacer” y “miedo” por medio de las cuales aparecieron los aspectos relativos a la falta y la necesidad de políticas públicas integradas, el aspecto socioeconómico, político-social y cultural como raíces de la violencia, la necesidad de capacitación de los profesionales y el miedo que emerge en el imaginario, en el día a día y en la acción de los agentes sociales delante de los casos de violencia doméstica, influyendo en lo que hacen o en lo que piensan que pueden o no hacer. Cada agente de este escenario, profesionales, gestores, sociedad civil tiene un papel fundamental en la identificación, notificación, encaminamiento y atención de los casos de violencia contra niños, pero un papel mucho más importante de articular acciones conjuntas por medio de una red de atención que pueda dar una respuesta más efectiva garantizando los derechos del niño y el comprometimiento de todos con las acciones y los servicios más avanzados para el área.

Palavras-Chave: Salud, violencia domestica, niño, notificación.

ABSTRACT

IOSSI, M. A. The evolvement of health professionals from Guarulhos in care to children who are victims of domestic violence: a necessary trajectory. 2004. 130f. Doctoral Thesis - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Considering nursing practice and the importance of domestic violence over the last year, this study has been carried out in view of the public health agenda. The subject is complex and, given this complexity, knowledge in this area is still under construction. This study aims to contribute by identifying and analyzing the notifications presented at regional health departments in Guarulhos, Brazil, the limits of professional action, existing care gaps and follow-up of domestic violence cases against children, the origins and possible consequences of these gaps. Our theoretical reference framework is constituted by the conceptual aspects of domestic violence, childhood, family and public policies in this area. We contextualize the notifications presented in the city in 2001 and 2002 with a view to achieving a better understanding of this reality and supporting the dialogue with the collected data by means of a qualitative approach. Data were collected as follows: semistructured interviews and analysis of documents and records. Based on this material and our theoretical framework, we discuss the results according to Minayo (1996a), using the dialectic hermeneutic method. Guarulhos' data records still display significant subnotification. In the notified cases, we observe the predominance of negligence cases, with 46% of notifications, 24% for physical violence and 15% for suspected sexual violence. Social workers presented the highest number of notifications and were responsible for 46%. Based on the social agents' discourse, we identified two empirical categories: "nothing to do about it" and "fear", which revealed the lack and need for integrated public policies; socioeconomic, political, social and cultural aspects as the roots of violence; the need for professional training and the fear in the social agents' thoughts, daily life and actions in view of domestic violence cases, affecting what they do or what they think they can or cannot do. Each agent in this scenario, that is, professionals, managers and the civil society, play a fundamental role in identification, notification, follow-up and care in cases of violence against children, but an even more important role in articulating joint actions through a care network that is able to offer a more efficient reply, guaranteeing children's rights and all agents' commitment to offering the most advanced actions and services in this area.

Palavras-Chave: Health, domestic violence, child, notification.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Comparativo da Taxa de Crescimento Anual da População Guarulhos, Região Metropolitana de São Paulo e Estado de São Paulo - 1980, 1991, 1996 e 2000	52
Figura 2 - Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças adolescentes por regional de saúde segundo o tipo de violência, Guarulhos, 2001 2002	70
Figura 3 - Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo o tipo de violência, Guarulhos, 2001 e 2002	72
Figura 4 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo a categoria profissional notificante, Guarulhos, 2001 e 2002	73
Figura 5 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes registradas junto às regionais de saúde, segundo o preenchimento, Guarulhos, 2001 e 2002	73
Figura 6 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes registradas junto às regionais de saúde, segundo o encaminhamento realizado, Guarulhos, 2001 e 2002	75
Figura 7 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo o vínculo da vítima com o agressor, Guarulhos, 2001 e 2002	76
Figura 8 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo o tipo de violência e o vínculo da vítima com o agressor, Guarulhos, 2001 e 2002	78
Figura 9 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo a regional de saúde e a faixa etária das vítimas, Guarulhos, 2001 e 2002	79
Figura 10– Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo o tipo de violência e a faixa etária das vítimas, Guarulhos, 2001 e 2002	80
Figura 11– Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo o tipo de violência e o sexo das vítimas, Guarulhos, 2001 e 2002	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Violência doméstica contra crianças e adolescentes notificada no Brasil no período de 1996 a 2002	19
---	----

*“Escuta-me e ensina-me a escutar.
Deixa-me expressar minhas opiniões.
Leva-me em conta.
Dá-me oportunidade de aprender
a ser pessoa, respeitando-me.
Assim, quando grande poderei
dizer o que penso e sinto, sem medo”*

1.1 CONSTRUINDO O TEMA DE ESTUDO

*T*odos os anos, milhares de crianças, tanto no âmbito intrafamiliar como no cotidiano institucional ou ainda social, têm sido vítimas de abuso, violência, negligência, discriminação, tendo seus direitos e cidadania cruelmente desrespeitados. Evidenciamos com grande frequência e gravidade a presença da violência nos diferentes espaços da sociedade brasileira. Tanto a violência doméstica como as violências social e estrutural a que muitos sujeitos estão submetidos constituem uma questão de direitos humanos.

Gostaríamos aqui de apreender o fenômeno da violência em especial na sua conceituação, formas e expressões, considerando sua complexidade, polissemia, subjetividade e controvérsia, além de reconhecer e assinalar que também se trata de um problema multifacetado e multidimensional.

Os diversos tipos de violência costumam se expressar de forma associada, conformando uma rede onde aquelas que expressam os conflitos do sistema social se articulam nos níveis interpessoais (MINAYO, 1994).

Minayo e Assis (1993) apud Medeiros (1998) situam a violência a partir de quatro níveis:

- Violência estrutural, referente àquela que se sustenta nas desigualdades sociais, estando relacionada a situações de miséria e pobreza, característica das sociedades marcadas pela dominação de classes e por enormes desigualdades na distribuição de renda (MINAYO, 1994).

Minayo e Souza (2002), referem ainda que a violência estrutural "incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento" (p. 99) e que por ter um caráter de perenidade e se apresentar sem a intervenção dos indivíduos, esta forma de violência aparece "naturalizada" como se não houvesse nela a ação de sujeitos.

- Violência cultural, que transcende às relações étnicas, grupos etários ou familiares;
- Violência da delinqüência, que se manifesta no que a sociedade considera crime;
- Violência de resistência, marcada pela reação dos sujeitos e grupos socialmente dominados por outros.

Assim, a violência doméstica, seja contra crianças, adolescentes, mulheres, homens ou idosos, não pode deixar de ser reconhecida e entendida como um fenômeno, articulado a violência estrutural e social a que os sujeitos, suas famílias e sociedade em que vivem estão expostos.

Entendemos por violência social aquela a qual os sujeitos são submetidos por uma ação ou omissão de outrem, de grupos, de classes, sociedade, nações que os levem a danos físicos, emocionais, morais espirituais a si próprio ou aos outros a exemplo dos homicídios, suicídios, acidentes, agressões (BRASIL, 2001).

Tanto na literatura nacional como na literatura internacional, diversos termos têm sido utilizados para conceituar e caracterizar o fenômeno da violência doméstica contra crianças, a exemplo de: abuso, maus-tratos, violência intrafamiliar, vitimização, vitimização doméstica.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) "maus tratos é um termo bastante difundido para se referir à violência cometida contra crianças e adolescentes no âmbito familiar, no âmbito institucional ou pela sociedade" (p. 10).

No entanto, neste estudo optamos pelo termo violência doméstica para conceituar o fenômeno ora estudado, uma vez que esta terminologia reflete de maneira mais adequada o significado e o sentido da problemática em questão, como aponta Azevedo (2002):

“Violência e violência doméstica formam o campo semântico que melhor define o fenômeno, porquanto por violência se entende imediatamente uma relação assimétrica (hierárquica) de poder com fins de dominação, exploração e opressão” (p. 132).

Para Guerra (1998) a violência doméstica é uma violência interpessoal, sendo um abuso do poder disciplinador e coercitivos dos pais ou responsáveis, caracterizando um processo de vitimização e imposição de maus tratos à vítima de sua completa objetualização e sujeição, que às vezes se prolonga por vários meses ou anos tendo na família sua ecologia privilegiada.

Na última década, até mesmo pelo movimento político e social alavancado pelas discussões e implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), passamos a exercer um avanço no exercício dos princípios legais e da consciência dos direitos das crianças e adolescentes, o que trouxe à sociedade uma maior sensibilidade para identificar os casos de violação desses direitos (ROSÁRIO, 2000).

Neste sentido, a violência doméstica contra crianças tem mobilizado profissionais de diversas áreas e a sociedade em geral.

Assis (1992) em seu estudo cujo objetivo era conhecer a prevalência da violência física em 1.328 adolescentes escolares constatou que os atos violentos mais praticados eram os tapas, as bofetadas, os empurrões e o bater com objetos, onde 52,8% dos entrevistados haviam sofrido violência de um ou ambos os pais.

Deslandes (1994b) através de um estudo dos atendimentos prestados em um Centro de Atenção à Violência Doméstica em Campinas – SP, no período de 1988 a 1992, destaca que a violência física ocorreu em 43,1% dos casos, o abandono/negligência em 23,5% dos casos confirmados, a violência psicológica em 16,4% e a sexual em 7,7% dos casos atendidos.

Assim, evidenciamos que inúmeras crianças e adolescentes permanecem convivendo com a negação de seus direitos e valores universais, ou seja, a liberdade, a igualdade e a vida, característica de sociedades como a nossa, onde a desigualdade social é profundamente marcada entre a classe mais rica e a mais pobre e, portanto pela dominação de uma pela outra e pela violência que ocorre nas relações interpessoais entre o adulto e a criança.

Apesar da mudança verificada no âmbito legal com a promulgação do ECA em 1990 (BRASIL. MJ, 1997) e o reconhecimento dos direitos sociais desta parcela da população, temos como contraponto a potencialização da problemática de crianças e jovens em situação de risco social e pessoal, nos centros urbanos e no interior de seus lares (FALEIROS, 1995).

Diante disso, o Estado, as instituições e a sociedade civil vêm constantemente sendo chamados a um reordenamento para sua adequação à nova proposta de atenção integral à criança e ao adolescente, como sujeitos de direitos.

Novas políticas, projetos e programas foram criados no esteio desta implantação, para formar uma rede pública de atendimento, de maneira articulada, imprimindo-lhes funcionalidade, a fim de atingirem resultados conseqüentes, capazes de possibilitar às crianças e aos adolescentes atendidos, a proteção e melhoria da qualidade de vida a que têm direito.

Nos últimos anos a questão da prevenção das causas externas de acidentes e a violência contra crianças e adolescentes vêm ganhando relevância na agenda da saúde, tanto no nível federal quanto estadual (SÃO PAULO. SES, 2004).

Entre as políticas públicas para o seu enfrentamento, se destacam as publicações “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (BRASIL. MS, 2001) e o manual “Notificação de Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde (BRASIL. MS, 2002b), ambos editados pelo Ministério da Saúde em 2001 e em 2002, respectivamente. Mais recentemente, a publicação da Portaria nº 936 (BRASIL, 2004) que visa a estruturação da rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios”.

A atual política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (BRASIL. MS, 2001) no que concerne a este aspecto aponta os acidentes e as violências, sejam domésticas, extradomiciliares ou auto-infligidas, como uma grave violação dos direitos fundamentais, sendo potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Esta política tem como principal propósito a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país e de suas conseqüências, por meio de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, para garantia de atenção integral e promoção da saúde dos

grupos de risco ou que possam estar vivendo situações de violência, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas populações.

No Estado de São Paulo, no final de 2002, um decreto assinado pelo Governador do Estado, instituiu o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica sobre Acidentes e Violências (SEVIV), decreto este que estabelece as diretrizes para a implantação de um sistema de informações nessa área voltadas para subsidiar a elaboração de políticas públicas para a sua prevenção (SÃO PAULO, 2002).

O conhecimento científico atual na saúde e áreas correlatas mostra que tanto os acidentes como as diferentes formas de violência podem ser preveníveis. Tanto os acidentes não são frutos do acaso como as violências não são fatalidades inevitáveis. Por isso, similar a qualquer outro agravo, é preciso estabelecer sistemas de informação para o acompanhamento da magnitude do problema, identificação de grupos e fatores de riscos prioritários para ações, definição dos tipos de causas mais importantes e estabelecimento de mecanismos de avaliação.

O estabelecimento de um sistema de vigilância epidemiológica, entendido como um instrumento para a coleta, análise e interpretação de dados específicos para serem utilizados no planejamento, avaliação e execução de ações, vem sendo proposto para os acidentes e violências tanto por organismos internacionais como nacionais (BRASIL. MS, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2002).

No final de 2003, a Secretaria de Estado de São Paulo instituiu um grupo técnico para prevenção dos acidentes e violências no Centro de Vigilância Epidemiológica que, a partir da análise da situação epidemiológica do Estado e dos recursos disponíveis, estabeleceu algumas atividades prioritárias como: monitoramento das informações de mortalidade por causas externas, promover uma melhor organização e maior estímulo à

notificação de maus tratos, ampliar o número de serviços que realizam atendimento a mulher vítima de violência doméstica e sexual, por meio da capacitação de profissionais sensíveis a essa questão, bem como a promoção da integração dos serviços existentes, em uma rede de suporte e integração no plano nacional de prevenção da violência.

A possibilidade de identificação de casos de violência muitas vezes ocorre por profissionais que atuam diretamente junto à criança, principalmente por aqueles vinculados à Educação e à Saúde. Nesse sentido os serviços de saúde, têm se deparado constantemente com aspectos relacionados aos maus-tratos infantis e da adolescência, não podendo omitir-se em relação a um assunto de tamanha gravidade. Entretanto, essa preocupação com a criança e o adolescente e a participação daqueles que atuam junto a eles ainda são muito recentes em termos históricos e, conseqüentemente, de políticas e práticas apropriadas. Assim sendo, em poucas instituições de saúde, no Brasil, encontramos um trabalho sistematizado no sentido de lidar com os diversos aspectos envolvidos na questão da violência contra a criança e o adolescente.

A Prefeitura Municipal de Guarulhos, através das Secretarias da Saúde e Assistência Social e Cidadania, na atenção à criança, não se encontra à parte desta realidade brasileira.

O Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano, Econômico e Social da cidade de Guarulhos (GUARULHOS, 2004), balizado por sete eixos estratégicos integrados, sinaliza para esta prioridade quando através de um de seus eixos destaca que o município deve:

“Ampliar as oportunidades para os segmentos da população ora excluída do acesso ao emprego, à renda, ao conhecimento, ao adequado atendimento de saúde, de segurança, de serviços e ambientes públicos de qualidade, à infraestrutura urbana completa, à moradia adequada e regularizada, ao lazer, à participação nas decisões das instituições públicas de poder, reduzindo assim as desigualdades sociais e regionais” (p. 1).

No capítulo II, o Plano Diretor trata das questões relativas a saúde onde destaca que, a atendimento à saúde será regido por objetivos que contemplem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a ampliação do acesso, aprimoramento e desenvolvimento de programas de saúde coletiva e incentivo à atividade médica na periferia.

Com relação à infância, sem nenhuma menção específica às questões de violência doméstica, ao contrário do que é mencionado nos capítulos da educação e assistência social, o Plano Diretor no Capítulo II, Inciso XI, refere apenas que para atingir seus objetivos será essencial para a saúde “atendimento local e especializado de exames de pacientes vítimas de crimes sexuais, e no Inciso XII destaca que será essencial também “implantar unidades de saúde especializadas no atendimento de cuidados diários para crianças em risco e para pessoas portadoras de doenças crônicas” (GUARULHOS, 2004).

Já no capítulo que concerne às questões da educação vislumbramos a questão da violência contra a criança tratada de forma mais objetiva, integrada e clara, quando no Artigo nº 97, Inciso II menciona que a educação atuará de forma integrada às demais áreas sociais e de serviços públicos visando “a integração de esforços na área da infância para a implantação de uma rede de atendimento às crianças e as suas famílias, junto com os setores da saúde, da assistência social e jurídica...” e no Inciso III, “o desenvolvimento de programas de atendimento à juventude, integrados, principalmente, com as áreas do trabalho, da cultura, de esportes, de meio ambiente, da habitação e da prevenção da violência contra a criança e a mulher” (GUARULHOS, 2004).

Este mesmo destaque é apresentado no capítulo que trata da assistência social porquanto no Art. 99, Inciso I enfatiza que cabe ao poder público “o atendimento à criança e ao adolescente em situação de risco pessoal, familiar, social ou em situação de rua, em casas apropriadas ou por outros programas” (GUARULHOS, 2004).

O município de Guarulhos implantou e implementou nos últimos anos, importantes projetos, programas e ações na área específica de proteção à criança e ao adolescente vitimizados onde destacamos a implantação no ano de 1991, portanto a mais de uma década, da Ficha de Notificação de Maus tratos e Acidentes contra Crianças e Adolescentes pela Secretaria Municipal da Saúde (ANEXO A), o Projeto de Atenção à Saúde da População em Situações de Violências e Outras Causas Externas (GUARULHOS. SMS, 2004b) e o Comitê Municipal de Enfrentamento à Violência Doméstica e Sexual contra Crianças e Adolescentes (GUARULHOS. PM, 2004e), além de inúmeros convênios e parcerias com instituições de assistência social, visando, sobretudo expandir e melhorar a oferta eficiente e eficaz dos serviços prestados; fortalecer a articulação das três esferas da sociedade, poder público, setor privado e sociedade civil; favorecer uma rede de inclusão e de proteção social básica e especial, que, em conjunto com as demais políticas setoriais, vise a inserção dos excluídos aos serviços, programas e projetos, de acordo com cada segmento, criança, adolescente, família, idoso, pessoa portadora de deficiência e população de rua (GUARULHOS. SAS, 2004a).

Segundo o ECA (BRASIL. MJ, 1997) as crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social apresentam necessidades múltiplas e complexas, cujo atendimento exige extenso elenco de programas. Esses programas devem operar de forma organizada e organicamente, com objetivos e ações seqüenciais, coerentes e consistentes de modo a responder efetivamente à todos os aspectos das situações de vulnerabilidade da população.

Todos os direitos de crianças e adolescentes, previstos em lei, devem encontrar neste atendimento a possibilidade de se tornarem realidade, de acordo com o artigo 4º do ECA (BRASIL. MJ, 1997),

"É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos

referentes à vida, à saúde, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência comunitária e familiar" (p. 4).

Construímos nosso tema de interesse baseado na nossa experiência profissional enquanto enfermeiro de saúde pública atuando na área de saúde escolar e atualmente na área de vigilância epidemiológica. No campo empírico, temos ao longo dos anos de nossa atuação profissional observado que, os profissionais da área da saúde se mostram alheios à problemática da violência doméstica e, portanto, neste momento trazemos à luz do nosso referencial teórico, dos dados colhidos e resultados encontrados um canal de discussão, ampliando o debate, o conhecimento e as possibilidades já existentes acerca da temática.

A proposta deste estudo é justamente obter uma panorâmica do que se passa na Rede Básica de Saúde de Guarulhos, com o intuito de investigar e identificar os limites, as dificuldades e as demandas que vêm se apresentando no âmbito da violência contra a criança e o adolescente.

Segundo Deslandes (1994a):

"A identificação dos casos de maus-tratos que chegam aos serviços públicos de saúde é uma realidade possível, desde que fornecidas aos profissionais condições instrumentais e esclarecidas suas responsabilidades com essas crianças e adolescentes" (p. 9).

Nesse sentido, a realização dessa panorâmica seria também um primeiro passo para uma futura efetivação dos procedimentos que visem uma melhor sistematização do atendimento e um maior respaldo para os profissionais, além de responder ao nosso compromisso enquanto pesquisador do Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa do Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar (PROASE) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Projeto Temático "A criança e o adolescente alvos de atos violentos ou vítimas potenciais da violência".

1.2 A DELIMITAÇÃO DO OBJETO

Conforme vimos anteriormente à compreensão do fenômeno da violência doméstica na infância representa uma realidade que, cada vez mais, exige um posicionamento dos profissionais da saúde.

Esta compreensão ainda coloca em pauta a necessidade de construirmos um referencial teórico-analítico, capaz de permitir a compreensão desse fenômeno na especificidade que ele tem hoje, levando-se em consideração sua complexidade, suas diferentes formas de manifestação e finalmente o reconhecimento da articulação existente entre violência e os aspectos sociais e culturais de uma determinada sociedade.

Sabemos que a violência doméstica é possível graças ao estabelecimento de um território físico e de um território simbólico, nos quais os adultos em geral detêm praticamente o domínio total. A vitimização de crianças diz respeito à violência nas relações interpessoais adulto-criança, relações marcadas pela hierarquia, uma vez baseadas no pressuposto do poder do adulto sobre a criança. Nesse sentido, deve ser compreendida como uma forma de submeter à criança ao desejo do adulto, para que ela satisfaça os interesses deste, não havendo espaço para o seu próprio desejo e necessidade. A criança deixa de ser sujeito, passando a objeto (GUERRA, 1998).

Importa salientar que o processo de violência doméstica contra a criança não se caracteriza como um fenômeno pertencente a uma determinada classe social e/ou econômica. Pelo contrário, é um processo transversal, que corta verticalmente a sociedade, sem distinção de fronteiras sociais.

Mediante a complexidade dos aspectos envolvidos neste processo, a abordagem efetuada dentro das instituições de saúde merece um estudo mais detalhado. Cabe ressaltar que, quando falamos de abordagem, nos referimos aos procedimentos adotados pela equipe de saúde frente a tais situações.

As suspeitas de violência doméstica surgem, muitas vezes, no decorrer de uma consulta médica, no espaço do atendimento de enfermagem nas Unidades de Saúde e na relação professor-aluno, demandadas por outros sintomas que não necessariamente aqueles que possam ser desencadeados por alguma forma de violência. Salientamos ainda o fato do ECA (BRASIL. MJ, 1997) prever a notificação às autoridades de casos de maus-tratos de forma compulsória aos profissionais da saúde, educação e bem estar social.

A baixa notificação dos casos de violência doméstica sugere-nos o pouco conhecimento, envolvimento e sensibilização dos profissionais em relação a esta temática, bem como com as políticas estabelecidas para a prevenção e atendimento.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 1993a) no período de junho de 1987 a junho de 1990, no SOS Criança, Secretaria do Menor de São Paulo, 4.203 casos foram registrados, dos quais apenas 17,7% foram notificados por profissionais, 34,4% por vizinhos e 30,7% por telefonemas anônimos. Em Campinas, no período de março de 1988 a março de 1992 foram registrados 1220 casos de violência doméstica no Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos à Infância e Adolescência (CRAMI), onde apenas 15,3% dos casos foram notificados por profissionais da saúde e 4% pelos profissionais da área da educação (DESLANDES, 1994b).

Neste sentido o Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 1993b), estabelece algumas linhas de ação que norteiam a criação de políticas de saúde para o enfrentamento da questão. Tais linhas estão baseadas:

- Ensino – envolvimento estratégico das unidades escolares; inclusão do tema como conteúdo programático dos cursos de formação e reciclagem de educadores e nos currículos escolares e nos curso técnicos, de graduação, pós-graduação e especializações de saúde e estímulo aos profissionais de saúde para que participem de cursos, treinamentos e reciclagem para identificação, tratamento e prevenção dos casos de violência contra crianças e adolescentes;
- Pesquisa – o tema violência como linha prioritária de investigação por parte do Ministério da Saúde e o incentivo às universidades e centros de investigação para a execução de pesquisas e formação de pessoal especializado;
- Assistência – atuação multiprofissional dos níveis superior, médio e elementar e intersetorial, envolvendo não só a vítima como também a família, orientando a prevenção desde etapas anterior ao nascimento;
- Extensão dos serviços à comunidade – reconhecer a prioridade da mobilização social em torno da defesa dos direitos da criança e do adolescente, divulgando a problemática nos meios de comunicação, proporcionando a realização de campanhas sistemáticas, seminários e incentivo à notificação.

Com base em nossa experiência profissional e reflexões, e subsidiados nos objetivos da presente pesquisa procuramos responder a questões como: Que dificuldades e que facilidades os profissionais têm enfrentado para acolher e atender as crianças vítimas ou suspeitamente vítimas de violência doméstica? Quais são os limites e barreiras sentidos pelos profissionais de saúde que os levam a adotar posturas de negação, minimização ou

omissão perante a violência? Que políticas e ações setoriais e integradas têm sido adotadas com relação a este problema?

A partir dessas questões, torna-se relevante, então, saber quais são os critérios adotados pela equipe de saúde para o levantamento de suspeitas a esse respeito e os encaminhamentos realizados, ou seja, como a própria equipe percebe a abordagem que dá a tal fenômeno.

Mediante tal quadro, apresentamos enquanto objeto de estudo, o significado da violência doméstica no cotidiano do trabalho dos profissionais de uma regional de saúde do município de Guarulhos.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar o significado para os profissionais da saúde, de sua atuação frente ao fenômeno da violência doméstica contra a criança e o atendimento por eles realizado em relação a este tipo de violência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar as notificações dos casos de violência doméstica contra crianças realizadas junto às regionais de saúde do município de Guarulhos;
- Conhecer e analisar os documentos oficiais relacionados às políticas públicas na área de violência doméstica contra a criança;

- Conhecer e analisar os limites da atuação dos profissionais, as lacunas no atendimento e acompanhamento dos casos de violência doméstica contra crianças, as origens e possíveis conseqüências dessas lacunas.

Entendemos que com o alcance destes objetivos, nos será possível ampliar a possibilidade de contribuir para a compreensão da criança enquanto sujeito de direitos, para a reflexão sobre as políticas públicas de atenção às crianças vítimas de violência doméstica e o envolvimento dos profissionais nesta atenção, contribuindo ainda para, a construção de um saber, aproximando esta temática da área da saúde, educação, assistência social e, sobretudo da área da enfermagem.

*“Permita-me aprender. Que a vida seja
uma oportunidade em que não só o
êxito material seja importante.
Ajuda-me a valorizar minha cultura, a minha
Religião, a manter a língua de meus pais e avós.
Somos iguais... e diferentes!
Aceita-me como sou e educa-me segundo
minhas capacidades e minhas necessidades”*

2.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CONCEITOS E INTER -RELAÇÕES DE UM FENÔMENO MULTIFACETADO

*F*alar de violência contra a criança tem sido ao longo da trajetória da humanidade algo árduo e denso na medida que impõe apontar contradições e expectativas pouco satisfatória para o futuro, crescimento e desenvolvimento desta população. Implica ainda em abordar os conflitos familiares; núcleo até então tido como um local de proteção da criança onde se propicia seu desenvolvimento. Segundo o UNICEF (1994):

"A iniciação das crianças na cultura, nos valores e nas normas de sua sociedade começa na família. Para um desenvolvimento completo e harmonioso de sua personalidade, a criança deve crescer num ambiente familiar, numa atmosfera de felicidade, amor e compreensão" (p. 5).

Logo, a violência doméstica é uma questão que deve ser tratada com cuidado, sem perder de vista o contexto em que ocorre.

Apesar da violência ser descrita desde a Antigüidade, somente a partir da década de 60 é que o tema vem sendo amplamente estudado e discutido por pesquisadores da

área da saúde (GELLES, 1997). Podemos pontuar que muitos problemas têm dificultado o dimensionamento deste fenômeno no Brasil, a exemplo das diferentes definições do problema, a diversidade das fontes de informações e a inexistência de inquéritos populacionais nacionais (REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999). No entanto os resultados de uma pesquisa (DESLANDES, 1994a) indica que a violência intrafamiliar no Brasil, é expressiva, devendo ser encarada como prioridade na agenda das políticas sociais conforme podemos observar no quadro a seguir:

Tabela I - Violência doméstica contra crianças e adolescentes notificada no Brasil, período de 1996 a 2002

Modalidade	Número de Casos							Número total de casos notificados
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Violência Física	525	1.240	2.804	2.620	4.330	6.675	5.721	23.915
Violência Sexual	95	315	578	649	978	1.723	1.728	6.066
Violência Psicológica	0	53	2.105	893	1.493	3.893	2.685	11.122
Negligência	572	456	7.148	2.512	4.205	7.713	5.798	28.404
Violência Fatal	-	-	-	-	135	257	42	434
Total	1.192	2.064	12.635	6.672	11.141	20.261	15.974	69.941

FONTE: Instituto de Psicologia da USP, Laboratório de Estudos da Criança (LACRI), 2003.

Podemos analisar a violência contra a criança através dos processos de vitimação e vitimização.

O processo de vitimação fala da violência estrutural. A criança vitimada é aquela que tem seus valores negados e seus direitos humanos básicos violados: escola, saúde, alimentação...vida.

Já a vitimização diz respeito à violência nas relações interpessoais adulto-criança, uma vez que, esta vivendo num mundo determinado e comandado por adultos se vê submetida ao poder do adulto e às relações de hierarquia.

As relações de poder e gênero desfavorecem as crianças, onde os valores e prerrogativas culturais definem o papel do adulto muitas vezes traduzido pelo poder, pela

dominação, pela força e pela superioridade. Por outro lado os valores e prerrogativas culturais que definem o papel social na infância são a submissão, a passividade, a fraqueza e a inferioridade.

Vitimação e vitimização são processos diretamente relacionados aos quais a população atendida na rede pública de saúde muitas vezes está exposta. Logo, a vitimização que este estudo se propõem a abordar também aparecerá, de alguma forma, imbricada na problemática da vitimação.

A violência contra a criança não está isolada das relações econômicas, das relações de gênero, de raça e de cultura que configuram a estrutura de uma sociedade.

De acordo com Faleiros (1986) é fundamental,

“[...] considerar as condições de vida da população em geral, e mais concretamente, da população infanto-juvenil. Esses condicionantes estruturais colocam ou aumentam o risco da exploração e do abuso sexual de crianças e adolescentes. A melhoria da situação sócio-econômica das famílias, e a garantia de políticas e serviços sociais, são mediações para diminuir o risco da exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes ” (p. 54).

O autor ainda enfatiza que a desigualdade hoje presente mostra a incapacidade brasileira em incorporar sua população na cidadania, na garantia de direitos políticos, civis e sociais, para ele estamos longe da incorporação da população nos direitos sociais e a tendência neoliberal é de agravar a exclusão e é nessa estrutura é que se produz o que denominamos “a fabricação do menor”, ou seja, o processo de pauperização e de exclusão de milhões de crianças e de adolescentes das condições de vida, das relações sociais significativas e das políticas sociais básicas.

Segundo o estudo realizado por Kliksberg (2001), através do qual o autor analisa as falácias do desenvolvimento social na América Latina, aproximadamente um de cada dois latino-americanos está abaixo da linha da pobreza e seis de cada dez crianças são

pobres. A taxa de desemprego geral é duplicada em função da taxa de desemprego juvenil. Os problemas de saúde e de saneamento básico são crescentes, assim como a criminalidade, que é quase seis vezes o que se considera internacionalmente uma criminalidade moderada. A isto se soma a expansão de um novo tipo de pobreza, oriundo da queda socioeconômica das classes médias, os chamados "novos pobres".

Estes dados significam sofrimento humano e a crescente pauperização que está se abatendo sobre os povos, sobretudo latinos.

A Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL, 2000) estima em seu Panorama Social da América Latina que a população em situação de pobreza cresceu, de 1997 até o início de 2000, de 204 milhões a não menos de 220 milhões. A Comissão, ainda constatou que 75% da população com uma ocupação possui uma renda média que, na maioria dos países não é suficiente por si só para tirar da pobreza uma família de tamanho e composição típicos para a região estudada. Além da pobreza, a situação social da América Latina e do Brasil se caracteriza por acentuadas desigualdades sociais, que se converteu na região de maior polarização social do mundo. Segundo o Informe do Progresso Econômico e Social do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID, 1998/1999) citado por Kliksberg (2001) os 5% mais ricos da população recebem 25% da renda, por sua vez, é a região onde os 30% mais pobres da população recebem a menor porcentagem de renda, 7,6%, em relação a todos os outros continentes.

No Brasil de acordo com dados de 1990, a parcela de renda dos 50% mais pobres que era de 18% em 1960 se reduziu para 15% nos anos 70, 14% nos anos 80 e 12% nos anos 90. Os 10% mais ricos detêm 48,2% dos rendimentos. Existem 42 milhões de pobres (30% da população) “que não dispõem de meios para atender às necessidades de alimentação, nem às demais necessidades de vestuário, educação, despesas pessoais, habitação, etc. que sejam compatíveis, geralmente, com aquele nível de despesa alimentar” (ROCHA, 1995).

Ainda de acordo com dados de 1990, os 50% mais pobres recebem 12% dos rendimentos do trabalho e os 50% mais ricos 88% (ROCHA, 1995).

No nosso entendimento a violência implica em maior ou menor condição de se desenvolver de acordo com a realidade socioeconômica, política e cultural, vinculada não só à distribuição desigual interna da riqueza, mas às relações internacionais entre os centros hegemônicos e os países periféricos com economias dependentes. Estes determinantes interferem na questão, favorecendo não só os maus tratos, mas também a desarticulação e degradação familiar, a vivência de rua, a prostituição.

Não há um único fator que explique por que algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre mais em algumas comunidades ou lares do que em outros. A violência é o resultado da complexa interação de fatores que devem ser compreendidos à luz dos determinantes socioeconômicos e político-culturais de uma dada sociedade, conforme aponta a teoria crítica, modelo proposto pelo LACRI para o esclarecimento e emancipação da violência familiar contra crianças e adolescentes (AZEVEDO; GUERRA, 1997; AZEVEDO, 2002).

As autoras acima enfatizam que para ser cientificamente válida esta abordagem deve ser sociopsico-interacionista privilegiando a explicação multicausal da conduta violenta de pais contra filhos dentro do paradigma da psicologia sócio-histórica, e incorporando os desenvolvimentos mais recentes das neurociências, sobretudo no domínio das emoções.

Seu pressuposto fundamental é que a compreensão da díade violência e infância só pode ser conseguida a partir:

a. das determinações estruturantes do desenvolvimento histórico objetivo, ou seja, das condições materiais de existência, responsável pela estruturação das sociedades humanas em classes antagônicas de proprietários e não proprietários, e as relações de poder, responsável pela estruturação das sociedades em grupos nem sempre antagônicos de

detentores de poder e excluídos do poder, poder este decorrente da conversão de diferenças de gênero, geração, etnia etc. em desigualdade e, portanto, em pretexto de dominação, opressão e exploração dos fracos pelos fortes.

b. das interações sutis entre genes, condições ambientais e experiências de vida.

Para o Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CECRIA, 1997) é das condições estruturantes materiais e de poder da sociedade humana que decorre a possibilidade da violência contra crianças pela exclusão que comportam, pela falta de condições da família como pela forma em que esta se estrutura para sobreviver e relacionar-se. Sobrevivência e relacionamento familiar estão intimamente relacionados, tanto pela divisão das tarefas do sobreviver como pela repercussão do sobreviver nos relacionamentos.

A violência doméstica, portanto, é aquela exercida contra a criança e o adolescente na esfera privada, apresentando uma relação com a violência estrutural, tendo, no entanto outros determinantes que atuam nos níveis individual, familiar e comunitário/societário (BUVINIC, 2000).

Segundo a autora, há evidências de que um acúmulo de “fatores-chave” no nível individual pode lançar luz sobre os padrões de violência tanto doméstica quanto social. Entre eles destacaríamos, sexo e idade, nível sócio-econômico, status profissional, nível educacional, uso de drogas ilícitas ou álcool, vivência ou testemunho de maus-tratos.

Fatores no nível familiar também são importantes na medida em que estão relacionados à promiscuidade, renda familiar per capita e a dinâmica e normas familiares. Fatores comunitários e societários interagem tanto com as características individuais quanto com a dinâmica familiar, e incluem a desigualdade de renda, a violência da mídia, os efeitos

pós-guerra, controles institucionais fracos, a exemplo da fragilidade dos sistemas policial e judicial, e as normas culturais.

A violência doméstica na infância pode ser subdividida, em violência física, negligência, violência psicológica e violência sexual. A violência física é o uso da força física contra a criança, causando-lhe desde uma leve dor, passando por danos e ferimentos de média gravidade, até a tentativa ou execução do homicídio. Em geral, as justificativas para tais atos vão desde a preocupação com a segurança e a educação até a hostilidade intensa (MINAYO, 2002).

A negligência se caracteriza por ser uma forma insidiosa de violência. Ela representa uma omissão em relação às obrigações da família e da sociedade no que se refere a cuidar e prover as necessidades físicas e emocionais da criança. Mas deve haver cuidado para não se confundir negligência com dificuldades reais devido às condições sociais de vida dos pais.

O próprio ECA (BRASIL. MJ, 1997) se preocupa com tal questão ao mencionar em seu artigo 23: “A falta ou carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do pátrio poder” (p.14). Esta se apresenta como uma questão de extrema relevância ao levarmos em consideração a população prioritariamente atendida na rede pública de saúde, ou seja, aquela com graves problemas de ordem social.

A negligência ocorre realmente quando os pais ou responsáveis têm condições de prover o básico às crianças, mas não o fazem por quaisquer outros motivos.

Já a violência psicológica pode ser vista como uma tortura psicológica e implica negligência e/ou rejeição afetivas. A negligência afetiva se define por uma falta de interesse para com as manifestações da criança, falta de calor humano e de responsabilidade. Na rejeição afetiva aparece a depreciação da criança, o bloqueio de seus esforços de auto-estima e realização, ameaças de abandono, crueldade (MINAYO, 2002).

Em relação à violência sexual, MINAYO (2002) a define como:

"Todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um adulto (ou mais) com uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimulá-los sexualmente e obter estímulo para si ou outrem" (p. 104).

Em relação à violência sexual, Saffioti (1989) aponta para o fato de que, enquanto na violência física tanto homens quanto mulheres aparecem como agressores, na violência sexual a grande parte dos agressores é composta por homens cujas vítimas são meninas. Para a autora este dado revela a socialização da mulher perpassada pela premência de se submeter ao homem. Neste caso não seria apenas a submissão ao poder do adulto, mas a submissão ao poder do adulto homem. De qualquer forma, não podemos perder de vista o fato de que ainda temos muito poucos dados no que se refere a vítimas sexuais do sexo masculino. Acreditamos que tal fenômeno também possa encontrar sua origem na socialização do homem, para o qual não se reserva, em hipótese alguma, o lugar de vítima.

Ao processo de violência doméstica contra a criança como um todo, temos um outro fator envolvido que é o que alguns autores chamam de síndrome do pequeno poder. O pai que é humilhado em seu trabalho e, ao chegar em casa, espanca seu filho está exercendo tal poder. Desprovido do macropoder, este último, concentrado nas mãos de poucos com uma alta concentração de renda, o indivíduo exerce exageradamente sua pequena autoridade. Quase sempre, a criança aparece no fim dessa cadeia de relações estabelecidas através da síndrome do pequeno poder. Contra ela recaem as humilhações sofridas pela mãe por parte de seu marido, os desentendimentos do pai no trabalho, a insatisfação do professor em relação à escola. Este pequeno poder ou quase não-poder muitas vezes se realiza através de abusos, torturas, espancamentos (AZEVEDO; GUERRA, 1989).

Tal como exposto à problemática da violência contra a criança, torna-se um tema de relevância na atualidade. A preocupação em se propor novas e efetivas políticas assistenciais e de prevenção promove a visibilidade de um fenômeno que, mesmo não sendo de exclusividade da saúde pública, aparece como uma agenda de importância atual.

Deslandes (1999), refere que “[...] a violência ainda é uma ‘incômoda novidade’ para a agenda de saúde pública [...] a violência ‘desaloja’, ou melhor, dizendo, ‘desafia’ os saberes hegemônicos no campo da saúde” (p. 82).

A preocupação com a violência na infância, por parte dos profissionais de saúde, encontra-se atrelada ao movimento atual de proteção à infância.

Desde a Declaração dos Direitos da Criança aprovada e proclamada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1959, tem sido grande o desenvolvimento, em termos legais, no que se refere à proteção dos direitos das crianças. A convenção sobre os Direitos da Criança proposta em 1978 pela Polônia e adotada em 1989 pela Assembléia Geral da ONU, defende medidas de proteção à infância que coloquem a salvo todas as formas de violência. Com este intuito, proclama-se a necessidade de elaboração de programas sociais que possam dar assistência às crianças vítimas de maus-tratos e que também busquem caminhos preventivos ao fenômeno.

O Brasil não fica como exceção nesse movimento mundial e a Constituição Federal de 1988 assegura a assistência à família afirmando que cabe ao Estado criar mecanismos que coíbam a violência familiar contra as crianças. O ECA instituído desde 1990 (BRASIL. MJ, 1997) aparece como uma lei inovadora que defende a proteção integral à infância:

Art. 5º - "Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais" (p. 10).

Especificamente na área de saúde, importa enfatizar que tal problemática já se apresenta como temática da saúde pública, dado que compromete o crescimento e o desenvolvimento das crianças. Além disso, uma crescente demanda de atendimentos nos serviços públicos de saúde encontra sua origem em situações decorrentes de violência (DESLANDES, 1994a). Na realidade, a temática da violência só passou a fazer parte da agenda da saúde pública no final dos anos 80, justamente em função do aumento de traumas e mortes por causas violentas. De lá para cá, o problema vem ganhando prioridade e pesquisas vêm sendo desenvolvidas abarcando o tema (MINAYO, 1994).

O próprio ECA (BRASIL. MJ, 1997) reflete a necessidade de engajamento da saúde pública para com a problemática da violência, visto que aponta para o papel diferenciado do profissional de saúde frente à violência doméstica, ao tornar obrigatória a sua notificação por parte desses profissionais.

Art. 245. "Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência" (p. 71).

2.2 A INFÂNCIA E SUA HISTÓRIA

Quando se trata da infância, é necessário que se tenha uma visão sócio-histórica do homem, como um ser histórico, um ser constituído de movimento; constituído ao longo do tempo, pelas relações sociais, pelas condições sociais e culturais produzidas pela humanidade. E esta concepção, segundo Bock; Furtado; Teixeira (1999) faz avançar a psicologia, uma vez que vincula o desenvolvimento do homem ao desenvolvimento social e

conseqüentemente da sociedade. Sendo assim, a infância deixa de ser analisada como algo abstrato, algo natural e em si, para ser vista como uma etapa que se desenvolve na sociedade, uma fase do desenvolvimento e uma etapa na história da humanidade. Conseqüentemente, a identidade, personalidade e subjetividade do indivíduo são construídas historicamente, onde a sociedade, construída por nós mesmos, nos dá os limites e as possibilidades de “sermos”. A infância e a adolescência, na forma como se constitui, deve ser entendida no seu movimento e suas características devem ser compreendidas no processo histórico de sua constituição.

Na reflexão histórica e pedagógica sobre a infância, Ariés (1986) afirma que a infância sempre foi ligada aos modelos de sociedade, e que não houve sempre uma brutal ruptura entre o mundo adulto e o mundo reservado à criança. Em diferentes períodos históricos e em controversas formas de organizar a vida econômica e social prevaleceram distintas concepções sobre o mundo infantil.

Ariés (1986) identifica, em termos gerais, os dois sentimentos de infância em duas vertentes: aquela marcada pela paparicação que se limitava à idade bem tenra da criança, ou seja, um curto período da infância, e uma outra representação, mais efetiva, que era a tomada de consciência da suposta fraqueza da infância que levou os adultos a preservarem o primeiro sentimento e fortalecerem o segundo. E que para isto, foi importante a colaboração dos legistas, padres e moralistas, promovendo o avanço da infância para além do seu sentido cômico, belo e gentil.

Del Priore (2000) afirma que a criança na época da colonização no Brasil era definida como “meúdos”, “ingênuos”, “infantes”, o que denotava na mentalidade coletiva, uma infância sem maior personalidade, um momento de transição. Galeno, citado em manuais de medicina entre os séculos XVI e XVIII, definiu o que fosse a primeira idade do homem: a “puerícia” tinha a qualidade de ser “quente e úmida” e durava do nascimento até os 14 anos. A segunda idade, chamada adolescência, cuja qualidade era ser “quente e seca”, perdurava

dos 14 aos 25 anos. Na lógica de Galeno, o que hoje, chamamos infância, corresponderia aproximadamente à puerícia. Esta por seu turno dividia-se em três momentos que variavam de acordo com a condição social de pais e filhos. O primeiro ia até o final da amamentação, ou seja, findava por volta dos três ou quatro anos. No segundo, que ia até os sete anos, crianças cresciam à sombra dos pais, acompanhando-os nas tarefas do dia-a-dia. Daí em diante, as crianças iam trabalhar, desenvolvendo pequenas atividades, ou estudavam a domicílio, com professores ou na rede pública, por meio das escolas régias, criadas na segunda metade do século XVIII, ou ainda aprendiam algum ofício, tornando-se “aprendizes”.

Lodoño e Passetti (1995) apud Teotônio (2000) afirmam em seu estudo que a partir do fim do século XIX e começo do XX a palavra “menor” aparecia freqüentemente no vocabulário jurídico brasileiro. Antes dessa época o uso não era tão comum e tinha significado restrito. A partir de 1920 até hoje esta palavra passou a referir e indicar a criança em relação à situação de abandono e marginalidade, além de definir sua condição civil e jurídica e os direitos que lhe correspondem. Eram, pois, jovens abandonados que povoavam as ruas do centro das cidades, os mercados, as praças e que por incorrer em delitos freqüentavam as cadeias, passando a serem chamadas de “menores criminosos”. O “menor” não era o filho “de família” sujeito à autoridade paterna, ou mesmo o órfão devidamente tutelado e sim a criança ou o adolescente abandonado, tanto material como moralmente.

Partindo dessa definição, através dos jornais, das revistas jurídicas, dos discursos e das conferências acadêmicas foi se definindo uma imagem do menor, que se caracterizava principalmente como criança pobre, totalmente desprotegida moral e materialmente pelos seus pais, seus tutores, o Estado e a sociedade.

2.3 HISTÓRIA DA INFÂNCIA NO BRASIL: DO MENOR AO DIREITO DE SER CRIANÇA

Segundo Ramos (1991) apud Del Priore, (2000) apesar do Brasil, oficialmente ter sido descoberto em 1500, suas terras só começaram a ser povoadas por volta de 1530, onde crianças estiveram presentes à epopéia marítima rumo à Terra de Santa Cruz. Em uma época onde meninas de 15 anos eram consideradas aptas para se casar pela Igreja Católica, apesar de não serem ainda mulheres, eram caçadas e cobiçadas como se o fossem. Por sua vez meninos de 09 anos eram considerados plenamente capacitados para o trabalho pesado, o que ilustra o cotidiano extremamente penoso a bordo das embarcações. Os meninos ainda não eram homens, mas eram tratados como se o fossem e, ao mesmo tempo, eram considerados como pouco mais que animais cuja mão-de-obra deveria ser explorada enquanto durasse sua vida útil. Em meio ao mundo adulto o universo infantil não tinha espaço: as crianças eram obrigadas a se adaptar ou perecer e, que por serem ainda grumetes e pagens, embarcavam em Lisboa e durante sua viagem, antes de chegar ao Brasil, tornavam-se adultos calejados pela dor e sofrimento.

Relegada aos escravos desde a colonização e mantida longe da cultura social adulta, a criança brasileira tem uma história marcada pelo silêncio e pela violência, real e simbólica, onde a modernidade não trouxe avanços para a posição social da criança e para a elevação da compreensão de seu papel (NUNES; SILVA, 2000).

Ainda segundo este autor, os jesuítas foram os primeiros a criar um espaço institucional bem definido, e rigidamente delimitado, para as crianças brasileiras. Estas, que eram predominantemente formadas pelos filhos dos índios aqui viviam como que num paraíso, senhores das terras e das águas, onde corriam livres desfrutando uma liberdade jamais

experimentada por estes que vieram catequizá-las ou ensiná-las o “bem” através de castigos físicos ou proibições morais.

Segundo Chambouleyron (2000), foram nos séculos XVI e XVII que os trabalhos com as crianças começaram a ser realizados pela Companhia de Jesus, a partir de sua proposta catequética, fazendo-se reuniões com os órfãos para ensinar a ler, escrever e evangelizar (aprender bons costumes) nas denominadas “Casas dos Muchachos”, didática esta consagrada de perguntas e respostas decoradas pelos indiozinhos. Os meninos também aprendiam as obrigações da religião. Em pouco tempo estavam confessando-se toda semana, cantando e rezando em latim, mesmo sem entender o que estavam dizendo. Os mais fervorosos com freqüência, se autoflagelavam para se livrarem da preguiça”, da luxúria e do ódio ou de outras tantas supostas paixões más e pecaminosas.

Para esses ensinamentos repressivos sobre a educação da criança, próprios da cultura européia, tiveram as crianças que negar sua cultura, assumindo formas tão diferentes e agressivas à cultura indígena; os jesuítas aplicavam a “pedagogia do medo”. Atribuíaam aos pecados as causas das epidemias (trazidas pelo próprio homem branco aos índios) e os fenômenos naturais como muita seca ou muita chuva.

Por isso era comum imporem aos meninos índios sacrifícios físicos. Dias inteiros de orações, canto dos anjos (formavam corais com as crianças) ou procissões até que o mal sanasse. As casas onde moravam eram doadas ou construídas pelos próprios pais e ajudada pelos meninos. Todos os meninos caçavam e pescavam para o próprio sustento, já que os jesuítas não tinham como sustentá-los. Frequentemente eram aplicados todos os tipos de castigos quando as crianças não queriam freqüentar as aulas, o que fazia com que os meninos fugissem das escolas, pois na cultura indígena não se tinha o hábito de bater nem de falar alto com as crianças. A educação dos meninos pelos jesuítas, encerrava-se quando os meninos atingissem a puberdade, quando eram enviados de volta para seus pais, onde esta

puberdade representava para os jesuítas “a expulsão do paraíso prometido”. Onde deveriam seguir sua vida normalmente. Para ilustrar vejamos:

"A puberdade aos olhos dos poderes catequistas é a idade de perigosa e ingrata na qual as raízes falam mais alto [...]. A puberdade marca por fim a expulsão do paraíso prometido pelos jesuítas, onde na realidade eles não queriam ter nada mais do que crianças dóceis e obedientes. Assinala-se então o abandono do jardim de infância, onde a criança fosse “papel branco”, “tábula rasa”, para ser moldada pelos padrões da cristandade ocidental [...]." (Del Priore, 2000, p. 56).

No Brasil República, a questão da criança já era entendida como problema social, dadas às circunstâncias históricas da proclamação da república e de suas causas, advindas da abolição da escravatura e da imigração de mão-de-obra europeia, dentre outras, que geravam um contingente significativo de crianças na rua.

Surgem no Rio de Janeiro, por volta de 1870, instituições com novas propostas de atendimento aos abandonados, seguindo o modelo francês e norte-americano de associar o trabalho com o abandono de crianças. Foi uma das iniciativas sociais de orientar os abandonados no sentido de transformá-los em classe trabalhadora, valorizando a educação direcionada ao trabalho agrícola e artesanal e conseqüentemente, afastando-os da prostituição e da vadiagem (PASSETTI, 1998).

No Brasil, assim como na Europa, a roda dos expostos suscitou inúmeras críticas e discussões, devido ao alto índice de mortalidade dos internos, em detrimento do seu objetivo que era a proteção da criança. O que propiciou no final do século XIX e início do século XX, o repúdio de juristas, higienistas e governo quanto à sua existência. No entanto, a mesma sobreviveu até o ano de 1950, quando foi desativada na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (GRACIANI, 1997).

Scarano (1990) apud Del Priore (2000) afirma que a criança esquecida é sempre mencionada pelos documentos históricos de forma marginal, secundária, tema de

desinteresse dos governantes, já que se preocupavam apenas com o fisco. No período das vilas e cidades, era comum encontrar crianças indo e vindo pelas ruas, mesmo em países mais desenvolvidos, como na França, a rua fazia parte da vida como um espaço coletivo e as crianças brasileiras, também perambulavam com ou sem finalidade. Não eram mantidas segregadas ou separadas das demais e nem se amontoavam no pequeno espaço onde moravam. A rua fazia parte do seu mundo.

Nas senzalas, viviam os escravos de um mesmo proprietário e as crianças andavam por todos os lugares, freqüentando inclusive as habitações de seus donos, sobretudo quando suas mães ali trabalhavam. Essas crianças até a idade de sete anos serviam de distração para suas donas, já que nada tinham o que fazer, e que elas permitiam que os mesmos brincassem com seus filhos e até riam de suas cambalhotas e brincadeiras infantis.

Quanto ao contato com os pais, devido à própria necessidade, ao tipo de trabalho, aventureiro, precário e sujeito a mudanças, os pais tinham que em grande parte viver por si próprios, abandonando seus lares e se furtando em grande parte do convívio familiar, e tanto as crianças brancas quanto negras, ficavam a maior parte do tempo com suas mães, se privando, sobretudo na primeira infância do contato com os pais.

No decorrer do século XVIII, o número grande de crianças nascidas com pessoas de outra etnia, tornou os mulatos e mestiços, no fim do século, o grupo mais numeroso dos habitantes da capitania. Essas crianças foram chamadas de cabra, mestiço, mulato, pardo, etc., mas “gente de cor” é o nome com que se viam agrupados na documentação.

Drexel e Iannone (1997), afirmam em seu estudo que, no Brasil, grande parte das crianças, que aguardam a adoção e freqüentam ou vivem na rua, são negras ou descendentes e que esta população, além da situação irregular, da carência e da

marginalização que atingem o grupo de jovens como um todo, sofre as conseqüências de outro elemento complicador: a discriminação da família e dele próprio pela cor.

A discriminação social, por meio de sua trajetória de exclusão, ocupa um abrangente papel para aqueles que vivem nas ruas, marcando-os como vítimas de um sistema. Eles são tratados a priori como delinqüentes em potencial, marginais por excelência. Segundo Dimenstein (1990), essa consciência divide a população em segmentos de “bons e maus”, em “progresso e ameaça” à ordem. As faixas populares são certamente desvalorizadas e enclacradas nesse estereótipo como aquelas que não são capazes e, por isso, condenadas à miséria, à fome e à pobreza absoluta. São acusadas de ameaçar a ordem estabelecida, sendo vistas normalmente como núcleos de violência e delinqüência.

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, as Nações Unidas vêm firmando diversos pactos e convenções onde buscam a cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam a não violação e o exercício dos direitos humanos. Os conteúdos iniciais desses direitos, seus instrumentos e mecanismos, foram se alterando e ampliando a partir das novas condições sociais, gerando um sistema especial de proteção que realça um indivíduo concreto, com direitos e demandas específicas em função do sexo, raça e etnia, idade etc. Esse processo de redefinição de direitos e especificação de sujeitos vem ampliando a esfera de liberdade individual, obrigando um redimensionamento do papel do Estado e da sociedade, que têm por obrigação não só proteger o cidadão contra as violações, mas possibilitar o exercício dos direitos consagrados.

A partir da constatação de que determinados indivíduos e grupos populacionais sofrem constantes violações de direitos, tornando-os mais vulneráveis aos riscos, o sistema global de direitos humanos ampliou seus instrumentos e mecanismos, gerando um sistema especial de proteção que destaca alguns sujeitos específicos, como: os negros, mulheres, crianças, adolescentes, idosos e deficientes. Esse sistema especial se materializa através das

diversas Convenções firmadas pelas Nações Unidas, como a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial (adotada em 21.12.65, e ratificada pelo Brasil em 27.03.68); sobre a discriminação contra a Mulher (adotada em 18.12.79 e ratificada pelo Brasil em 01.02.84); sobre os direitos da criança (adotada em 20.11.89 e ratificada pelo Brasil em 24.09.90); que obrigam os Estados implementarem políticas públicas que considerem essas diferenças e reduzam as desigualdades.

Apesar da existência de um Código de Menores desde 1927 (NOVO CÓDIGO DE MENORES, 1988), a criança brasileira passou a ser objeto de políticas públicas a partir de meados dos anos 80, consequência da Reforma Constitucional de 1988, que representa o marco jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no país, e dos compromissos assumidos pelo Brasil na Convenção Internacional dos Direitos da Criança das Nações Unidas, em 1990, de realizar “um re-ordenamento jurídico e institucional para assegurar à infância e à adolescência os direitos à sobrevivência, ao desenvolvimento, à proteção e a participação” (PIMENTA, 2000).

A Constituição (BRASIL, 2002a) é minuciosa na previsão de direitos e situações específica das crianças e adolescentes, a quem dá especial proteção, reafirmando sua absoluta prioridade em todas as políticas públicas de saúde, educação, trabalho e segurança. No que concerne à saúde afirma que o Estado deverá promover programas específicos de assistência integral à saúde, de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, usuários de drogas, integração social do adolescente portador de deficiência, e no combate ao abuso, a violência e a exploração sexual.

Vários instrumentos legais garantem o direito à saúde da criança numa perspectiva integradora e harmônica dos direitos individuais e sociais. Para nossa análise, destacaremos as principais inovações no plano jurídico institucional que vem propiciando e inserindo esse segmento como sujeito de direitos específicos e prioritários.

A Lei n.º 8.069/90 – ECA (BRASIL, 1990) vem regulamentar o artigo constitucional e a Convenção sobre Direitos da Criança, introduzindo no plano normativo o valor intrínseco da criança e do jovem como ser humano, a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento, o reconhecimento como sujeitos de direitos, e a prioridade absoluta à criança e ao adolescente nas políticas públicas. (CURY; PAULA; MARÇURA, 1991).

O regime legal anterior tinha como objeto apenas as crianças e adolescentes em situação irregular, o atual, se estende a todas as crianças e adolescentes, reconhecendo-os como cidadãos nas diversas condições sociais e individuais.

O Estatuto considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos, mas excepcionalmente aplica suas regras às pessoas até vinte e um anos. Reconhece que a condição de pessoa em desenvolvimento não retira da criança e do adolescente o direito a inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, autonomia, valores e idéias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação, portanto, reconhece amplamente o direito à privacidade, ao sigilo e ao consentimento informado, prevendo expressamente o consentimento do adolescente em determinadas circunstâncias, como no caso de adoção e colocação em família substituta, e obrigando que o mesmo seja ouvido e decida sobre assuntos que podem afetar sua própria vida.

Em seu conteúdo, especifica novas políticas públicas para a infância e a juventude, querem seja em relação à defesa jurídico-social das crianças e adolescentes envolvidos em questões de natureza criminal, quer seja em relação a programas e ações de atenção médica, psicossocial e jurídica. Traçou um novo método e gestão, municipalizando e descentralizando ações para o atendimento do segmento infanto-juvenil, criando Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais, como órgãos deliberativos e controladores das ações em

todos os níveis (Conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares); assegurando participação popular paritária por meio de organizações representativas, e recursos através dos fundos municipais, estaduais e nacionais ligados aos respectivos conselhos de defesa.

Assim, o ECA é a lei que concretiza e expressa os novos direitos da população infanto-juvenil brasileira. Seu caráter radicalmente inovador representa uma extraordinária ruptura com a tradição nacional e latino-americana neste campo. Ele inova em termos de concepção geral e de processo de elaboração.

Ao se verificar o ECA (BRASIL. MJ, 1997), percebe-se que ele é completo em termos da lei que protege a criança e o adolescente. Contudo, afirma Graciani (1997), trata-se de uma legalidade não reclamável, de uma legalidade sem garantias concretas no dia-a-dia. Este é um país que ainda não aceitou e muito menos incorporou esse Estatuto.

O ECA (BRASIL. MJ, 1997) reserva capítulo próprio ao direito à saúde garantindo através do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento médico, farmacêutico, e outros recursos para tratamento e reabilitação, a promoção de programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades do segmento infanto-juvenil, vacinação obrigatória, permanência dos pais ou responsáveis junto com a criança e o adolescente em casos de internação. Determina que a equipe de saúde comunique ao Conselho Tutelar e inicie as providências legais nos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança e adolescente.

Para defesa dos direitos e interesses protegidos pelo Estatuto, dentre salvaguardar as crianças e adolescentes de qualquer tipo de violência e o oferecimento ou oferta de ações e serviços de saúde, assistência social e atendimento educacional básico e especializado aos portadores de deficiência, outorga a lei poder aos Conselhos Tutelares para requisitar esses serviços públicos a autoridade competente, e dá legitimidade as associações de defesa dos interesses da criança e adolescente legalmente constituídas e ao Ministério

Público, para pleiteá-los junto a Justiça da Infância e da Juventude, condenando a autoridade infratora por crime de responsabilidade.

As Leis Orgânicas da Saúde (Lei n.º 8.080 de 19/09/90 e n.º 8.142 de 28/12/90) (BRASIL. MS, 1990) vêm regulamentar o comando constitucional de que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação”. Aqui também inovou o Constituinte, transformando o modelo de atenção seletivo e cuja cobertura abrangia apenas os contribuintes do sistema previdenciário, para um modelo descentralizado e universal – um direito de todos.

As diretrizes e princípios para o funcionamento do SUS são: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis; integralidade de assistência; participação da comunidade e controle social; solidariedade financeira; descentralização com ênfase para os municípios; igualdade da assistência sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. Prevê, ainda, comissões intersetoriais com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, e cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

Visando assegurar a todos, existência digna e justiça social a Constituição cria o direito à assistência social que, independente de contribuição como o direito à saúde, ampara a quem dela necessitar. Regulamentado pela Lei n.º 8.742 de 07/12/93 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Brasil. MJ, 1993a) , destaca dentre seus objetivos o amparo às crianças e adolescentes carentes, e garante um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência que comprove não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. As ações governamentais nessa área serão realizadas com recursos do orçamento através de programas especiais.

A gestão das políticas de assistência social também se dá de forma descentralizada, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal, e a coordenação e a execução dos programas às esferas estadual e municipal, e as entidades beneficentes e de assistência social. A participação da sociedade civil no processo de implementação da Política de Assistência Social é assegurada nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais, como órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis.

Assim sendo podemos considerar estes, como os novos marcos éticos-legais que devem nortear as políticas nacionais de atenção à saúde da criança no SUS.

Frente a tudo isso, percebe-se que no Brasil, apesar das políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente terem sido amplamente discutidas pelos vários setores sociais e políticos durante essa última década, ainda não existe uma cultura política democrática que formule e sustente valores e ações que consolidem a cidadania. Todas as iniciativas profundamente válidas dos movimentos e fóruns ainda não conseguiram alterar o quadro das desigualdades sociais brasileiras, em geral, e muito menos o referente às crianças e adolescentes. Elas ainda são altamente castigadas pela pobreza extrema, pela exclusão em vários níveis, bem como pelas ações de atendimento, que ainda se caracterizam por serem discriminatórias e compensatórias na maioria das instituições governamentais e não-governamentais, ou por falta de vontade política ou por frentes de resistência em relação ao novo reordenamento político-institucional.

No conjunto das ações do Estado Brasileiro o princípio de descentralização e municipalização das políticas sociais básicas ainda são propostas não efetivadas, e a tentativa de democratização destas, sempre colocadas de forma que contornem os arranjos político-institucionais centralizadores, constituem, se não a principal barreira de implantação do ECA, uma das mais significativas e persistentes.

Sendo assim, há necessidade urgente de revisar as atribuições e competências de cada esfera do governo, bem como da forma organizacional de partida, que dificulta o atendimento integralizado da criança e do adolescente. Acresce-se a isso a falta de repasse de recursos orçamentários para implementar as políticas sociais básicas de maneira transparente, e não por acordos políticos espúrios, como sempre aconteceu no país, por sonegação de informações que deveriam ser socializadas e democratizadas, mas da qual só um grupo de privilegiados participa. É preciso que o cidadão seja também o definidor da política, por seus conselhos representativos, em que a sociedade civil tem uma atribuição fundamental. É preciso, pois, que as políticas sociais básicas se articulem e se some para garantir com êxito o direito de desenvolvimento e emancipação cidadã para a criança e o adolescente.

2.4 O ESPAÇO FAMILIAR

A família está presente em todas as sociedades, embora com diferentes estruturas e modelos, de acordo com suas formas históricas (PETZOLD, 1996).

De acordo com o tipo de sociedade e a época vivida ou estudada, varia a composição dessa unidade social, a família, assim como seu modelo ideal. Da mesma forma cada família varia também a sua composição durante sua trajetória vital, e diversos tipos de família podem coexistir numa mesma época e local.

Cada uma das atuais formas de família viveu histórias ou conjunturas sociais bem diversas. Muitas imigraram do campo para as cidades, em busca de novas perspectivas de trabalho, de vida, por razões sociais, políticas, deixando atrás de si várias gerações em esquemas familiares bem diversos daquele que tem possibilidades de vivenciar em seu novo meio.

No contexto histórico da família constata-se também que o desenvolvimento industrial contribuiu em grande parte para precipitar o processo migratório das famílias tradicionais. No entanto, ele não pode ser apontado como causa única das mudanças que se operam nessa instituição.

A família, como toda instituição social, apresenta características enquanto núcleo afetivo, de apoio e solidariedade. Apresentando também, a imposição normativa através de leis, usos e costumes, que podem implicar em formas e finalidades rígidas. E muitas vezes, pode se tornar elemento de coação social, geradora de conflitos e ambigüidades.

Denomina-se família matrilinear aquela que identifica o indivíduo somente através de sua origem materna. Existem sistemas patriarcais nos quais o nome dos filhos segue a linha materna (matrilinear), mas o pai é identificado e mantém estreitos laços culturais de todo tipo com os filhos.

Patriarcal é aquela estrutura familiar que não somente identifica o indivíduo pela origem paterna, mas ainda dá ao homem o direito prioritário sobre o filho e um poder sobre a pessoa de sua esposa.

No matriarcado havia o culto ao poder reprodutivo feminino, por parte de homens e mulheres, que aí viam um sinal de fertilidade da natureza, o leite de sua subsistência. No patriarcado há uma apropriação do corpo feminino pelo poder masculino. Um homem pode impor à mulher um grande número de gravidezes a fim de gerar mão-de-obra abundante em seu próprio benefício (MELLO, 2000).

Uma família não é só um tecido fundamental de relações, mas também um conjunto de papéis socialmente definidos. A organização da vida familiar depende do que a sociedade através de seus usos e costumes espera de um pai, de uma mãe, dos filhos, de todos seus membros, enfim. Nem sempre, porém, a opinião geral é unânime, o que resulta em formas diversas de família além do modelo social preconizado e valorizado.

Na atualidade cabe refletir de forma mais ampla e menos tradicional o conceito de família.

Diferentes estudos (DESSEN; LEWIS, 1998; BILAC, 2000; MELLO, 2000) têm apontado as mudanças e a necessidade de buscarmos nova compreensão do conceito e do desenvolvimento familiar. A noção da família nuclear tem se apresentado como minoria, uma vez que formas alternativas da constituição familiar têm aumentado, a exemplo dos casais homossexuais, das famílias extensas e sucessivas, da inclusão de outros membros além dos membros nucleares ao se definir famílias.

Independente da forma como as famílias venham a se constituir, esta não pode ser vista como uma unidade isolada do contexto social. As interações e relações estabelecidas internamente e externamente na família determinam uma rede social e cultural, que o envolve tanto os indivíduos como o grupo e os ambientes familiar e social.

Nesta perspectiva a teoria do sistema ecológico de Bronfenbrenner (1992) tem contribuído para focalizar a família e os indivíduos em relação às circunstâncias de suas vidas, considerando não somente as características individuais e as relações dentro da família, como também as mudanças no contexto "privado" da própria família e no contexto social em um determinado momento histórico vivido.

Assim sendo, a família torna-se especialmente dentro da nossa cultura, um espaço importante para o desenvolvimento do ser humano, uma vez que os mundos familiares e sociais integram o processo de construção da subjetividade e da socialização.

Apesar de não ser o único canal de socialização, a família tem se constituído em um espaço privilegiado para tal, uma vez que tende a ser o primeiro grupo responsável para esta tarefa, interiorizando aspectos ideológicos e culturais da sociedade e projetando em outros grupos os modelos criados e recriados dentro do seu próprio grupo (VITALE, 2000).

Nesse sentido Medeiros (1998) aponta que,

"A família, dialeticamente articulada à estrutura social, constitui-se de um espaço imprescindível para a garantia da sobrevivência, de desenvolvimento e da proteção integral de seus componentes, independentemente das múltiplas formas e desenhos que pode assumir" (p. 31).

É na família que se inicia a construção dos padrões culturais, morais e éticos, desenvolvidos através das relações sociais construídas no seu contexto, nas trocas de experiências e representações. Nesse processo, a família também experiencia limitações, muitas vezes tendo ou não potencial para reagir às influências do ambiente, para se reestruturar e assim colaborar para o desenvolvimento de seus membros e a si própria como unidade humana (PATRÍCIO, 2000).

Quanto a isso Romanelli (1998) afirma que a experiência e o conhecimento dos adultos são transmitidos à nova geração mediante o processo socializador, que se concretiza de dois modos. De um lado, esse processo ocorre na convivência direta na família, na escola, no grupo de pares, nas igrejas e em outras instâncias. De outro lado, a ação socializadora realiza-se de modo indireto pela mediação simbólica de agentes de diferentes instituições que disseminam valores, normas e modelos culturais.

Dito isso, a família enquanto contexto físico, sociocultural, espiritual e afetivo, pode ser um recurso para o crescimento e desenvolvimento de seus membros, mas podendo ser também um limitante deste processo, principalmente quando funciona como uma unidade geradora de conflito, a exemplo da violência doméstica.

Para Guimarães (1995) é na família que se forma a estrutura psicológica do indivíduo; é no espaço familiar que fervilham as contradições e os jogos do amor e do ódio, da proteção e da violência, as disputas e os "choques de gerações".

Entretanto, é necessário, salientar que na atualidade podemos observar que muitas das limitações e precárias situações vividas por grande parte das famílias, caracterizam-se por problemas de ordem social, impostos pelo ambiente em que vivem, quando lhes impedem de viver seus direitos e exercer sua cidadania, a exemplo do direito à

um emprego digno que lhe garanta sua subsistência, à diminuição das barreiras culturais e sociais que tanto influenciam na interação e desenvolvimento das pessoas.

2.5 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos do nosso trabalho, fruto da nossa inquietação enquanto ator social atuando no campo da saúde da criança, delinearão nosso quadro teórico, o qual ancorou-se na tríade da violência doméstica, história da criança e família.

Acreditamos que a família assume um papel imprescindível no crescimento, desenvolvimento e socialização de seus membros, em especial de suas crianças, no entanto, sua conjunção com a violência estrutural a que está sujeita, lhe impõe um papel perpetuador de violência (FALEIROS, 1989).

Entendemos que a participação dos profissionais envolvidos na atenção à criança com relação à notificação da violência doméstica é tímida o que nos leva a pensar na existência de uma lei do silêncio impulsionada não só pela falta de conhecimento e envolvimento, mas também pelo medo.

Assim, acreditamos que para desempenhar efetivamente o seu papel na promoção do bem-estar das crianças, os profissionais de saúde precisam conhecer, compreender e enfrentar essa questão tendo como ancoragem o que está estabelecido pelo ECA (BRASIL. MJ, 1990) e pelas políticas públicas implementadas no município de Guarulhos (GUARULHOS. SMS, 2004a; GUARULHOS. PM, 2004d; GUARULHOS. PM, 2004e).

A tarefa que se coloca para aqueles que estão e para aqueles que buscam se envolver neste processo é a sistematização do conhecimento e o estabelecimento de ações preventivas e assistenciais exequíveis para esta problemática (BRASIL. MS, 1993b).

No entanto, ao confrontarmos o campo teórico das políticas públicas estabelecidas para esta área, provavelmente vamos nos deparar com um distanciamento deste com sua execução de fato, uma vez que acreditamos que ainda exista uma dicotomia entre o que está estabelecido nas leis, decretos e projetos, e o que é executado e conhecido pelos profissionais no nível local.

*“Ajuda-me a saber o que passa em meu bairro,
minha cidade, nosso planeta.
Fomenta minha capacidade crítica frente
aos meios de comunicação”*

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

*P*ara a realização da presente pesquisa, buscamos na abordagem qualitativa, uma alternativa metodológica que nos permitiu entender a realidade expressa pelos profissionais.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1996a), é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Sustenta-se no fundamento de que há uma relação estreita e indissolúvel entre o objeto e o sujeito, propiciando o emergir não só dos significados da questão em estudo, como também dos motivos, opiniões, crenças e valores da realidade em foco.

Desse modo, esses aspectos, nossa interação e a conseqüente compreensão da relação objeto - sujeito seriam dificilmente desvelados mediante a opção de uma abordagem estritamente quantitativa, pois, no nosso entendimento, a pesquisa qualitativa poderá atender às necessidades que buscamos ao estudar o objeto em questão, sem que este perca parte do seu significado, como ocorreria se a abordagem fosse quantitativa.

A esse respeito, Chizotti (1995) argumenta que a “abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (p. 79).

Objetivando construir coletivamente um novo conhecimento a partir da nossa interação com o objeto, interpretação dos fenômenos, significações e relações que se estabeleceram entre o objeto e os atores sociais, deveremos relevar e considerar, portanto, a riqueza desses significados, as relações e o dinamismo da vida social e suas contradições que, por sua vez, integram o processo do conhecimento (MINAYO, 1996a).

Chizzotti (1995) infere que “na pesquisa qualitativa, todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam” (p. 83).

Os pesquisadores que trabalham nesta abordagem buscam mais que quantificar ou relatar dados adotam uma postura de observador da realidade que pesquisa, do cotidiano, das práticas e subjetividades, procurando compreender o sentido atribuído ao objeto de estudo.

Considerando as críticas atribuídas a esta abordagem no que se refere ao subjetivo e o objetivo, a subjetividade não impossibilita a construção científica, sendo considerada como parte integrante da singularidade do fenômeno social, na medida em que a realidade vai além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos, trabalhando com dados qualitativos que trazem para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e o conflito (MINAYO, 1996a, p. 35).

É, portanto possível à objetivação, que inclui o rigor no uso de instrumental teórico e técnico adequado, num processo de atingir a realidade reconhecendo a complexidade do objeto, seus parâmetros e sua especificidade, entendendo que o sujeito das ciências sociais não é neutro no processo de conhecimento da mesma forma que interage permanentemente com o investigador.

Na pesquisa qualitativa busca-se um critério de representatividade que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar, embora se preocupando menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compressão do grupo pesquisado.

O critério, portanto não é numérico, “uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltipla dimensões” (MINAYO, 1996a, p. 102).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Para Cruz Neto (1996), campo de pesquisa é o recorte espacial definido pelo pesquisador, o qual representa a realidade empírica a ser estuda e onde os sujeitos envolvidos estabelecem interações sociais propiciando o delineamento de novos conhecimentos.

Inicialmente nosso estudo buscou identificar o cenário das notificações de violência doméstica realizadas junto as Regionais de Saúde nos anos de 2001 e 2002, com vistas ao primeiro olhar crítico do problema em questão.

A partir dos dados obtidos e após uma análise preliminar, estabelecemos como campo de estudo propriamente dito, e realidade a ser compreendida e investigada, a Regional de Saúde III, ou seja, uma das quatro Regionais de Saúde que compõem o universo da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos/SP.

O presente estudo realizou-se junto as Unidades de Saúde onde, pelos dados levantados, os índices de registros de violência doméstica foram relevantes, USF Jd. Fortaleza e UBS Carmela.

Para melhor compreensão do espaço em que desenvolvemos nossa pesquisa, descreveremos a seguir alguns aspectos do município de Guarulhos.

3.2.1 HISTÓRICO DA CIDADE DE GUARULHOS

Guarulhos teve sua origem como elemento de defesa do povoado de São Paulo. Com a denominação de Nossa Senhora da Conceição é fundado em 8 de dezembro de 1560 o aldeamento dos índios Guarus da tribo dos Guaianases, integrantes da nação Tupi, pelo Padre Jesuíta Manuel de Paiva.

Sua atividade econômica inicial foi à mineração do ouro. Entre os séculos XVII e XVIII notamos momentos de grande interesse por Guarulhos, haja vista a quantidade de número de ordens estabelecendo as sesmarias (responsáveis pela ocupação e assentamentos na época do Brasil Colônia) expedidas para a região.

O início do século XX foi marcado pela chegada: da Estrada de Ferro, da energia elétrica (Light & Power), dos pedidos para instalação da rede telefônica, licenças para implantação de indústrias de atividades comerciais e dos serviços de transporte de passageiros.

Nota-se através dos atos da Câmara Municipal a preocupação com o desmatamento, poluição das águas, caça de pássaros, implantação de esgoto, abastecimento de água potável e a implantação de leis estipulando a construção de muros (proibindo cercas de arame) nas ruas que a Câmara definia para regularizar e assentar guias.

Em 1923 a cidade ganha sua primeira indústria, uma fábrica de tecidos.

Os anos 30 foram marcados pelos atos de Intervenção Federal, Constituição da Junta Governativa de Guarulhos e pelo Movimento Constitucionalista, reflexos da Revolução de 1930.

Em 1940 foi inaugurada a Biblioteca Pública Municipal; em 1941 o primeiro Centro de Saúde da cidade e dez anos após inaugurou-se a Santa Casa de Misericórdia de Guarulhos. Na década de 40 chegaram ao Município indústrias do setor elétrico, metalúrgico,

plástico, alimentício, borracha, calçados, peças para automóveis, relógios e couros. Vários foram os planos de loteamento e arruamento aprovados pela Câmara Municipal no decorrer dessa década, o setor de obras da Prefeitura adquiriu máquinas, ampliou-se o Paço Municipal e a iluminação das vias públicas.

Em 1952, a cidade torna-se ponto de atração imobiliária com a inauguração da Rodovia Presidente Dutra, a principal via de acesso entre São Paulo e Rio de Janeiro. Várias indústrias instalam-se às margens da estrada, o que leva a um rápido crescimento populacional. Entre as décadas de 70 e 80 a população de Guarulhos cresce 7,4% ao ano.

Em 1985 a cidade voa mais alto com a inauguração do Aeroporto Internacional de São Paulo/Guarulhos. A partir daí, além do potencial industrial consolidado com a expansão de inúmeras empresas, o setor de serviços também passa a responder por boa parte do desenvolvimento econômico da cidade.

3.2.2 PERFIL DO MUNICÍPIO

Guarulhos localiza-se a nordeste da Região Metropolitana de São Paulo, sendo um dos 39 municípios que a integra, encontrando-se posicionado estrategicamente no principal eixo de desenvolvimento do País, São Paulo /Rio de Janeiro, apenas a 17 Km da Capital entre duas das principais rodovias nacionais: a Via Dutra, responsável pela ligação do eixo São Paulo - Rio de Janeiro e a Rodovia Fernão Dias que liga São Paulo a Belo Horizonte.

Com 1.188.206 habitantes, segundo dados do IBGE - 2004, Guarulhos é a segunda maior cidade do Estado de São Paulo em população. Com isso é a maior cidade não capital do País, e em nível nacional ocupa a 13ª posição. A taxa de crescimento populacional é de 2,46% ao ano, o que caracteriza grande potencial de mercado.

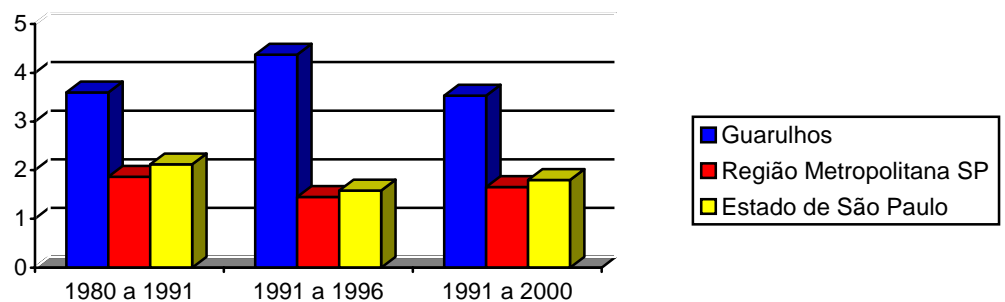


Figura 1 – Comparativo da taxa de crescimento anual da população, Guarulhos, Região Metropolitana de São Paulo e Estado de São Paulo, 1980, 1991, 1996 e 2000.

No decorrer das últimas décadas, o crescimento populacional do Município de Guarulhos tem apresentado altos índices, sendo muito superior aos da Região Metropolitana de SP e do Estado de São Paulo como um todo. Esse crescimento populacional esteve centrado na forte corrente migratória, originada de outras Regiões do próprio Estado, mas especialmente, por populações oriundas de Estados da Região Nordeste do país, que vinham em busca de emprego e melhores condições de vida.

Nos últimos anos, assim como tem acontecido com vários municípios da Grande São Paulo, a cidade de Guarulhos também vem sofrendo com a evasão de indústrias principalmente daquelas de grande porte. Mas diferentemente da maioria dos outros municípios, Guarulhos continuou apresentando altíssimas taxas de crescimento populacional (3,53% ao ano) para o período de 1991 a 2000 quando comparadas ao Estado de São Paulo e a

Região Metropolitana da Grande São Paulo, 1,80% e 1,65% respectivamente (GUARULHOS. SMS, 2001).

Isto pode estar ocorrendo pelo fato da cidade apresentar um custo de vida menor quando comparada com a cidade de São Paulo e mesmo com outras cidades da Grande São Paulo, além de ser geograficamente limítrofe com o Município de São Paulo, tendo facilidade de acesso. Outro fator associado estaria na transformação econômica da cidade, antes eminentemente industrial, e, agora, mais voltada à prestação de serviços.

Guarulhos apresenta um perfil populacional preponderantemente jovem, onde as crianças de 0 a 09 anos representam 24,73% da população (GUARULHOS. SMS, 2001).

O município ganha destaque não apenas pelo tamanho, mas também por ser o centro de referência econômica e financeira de uma das regiões mais movimentadas e desenvolvidas do país, sendo a segunda cidade em arrecadação do Estado e com uma renda per capita de US\$ 12.278/habitante (GUARULHOS. SMS, 2001).

O potencial da indústria, em que o setor metalúrgico e vestuário são os que mais se destacam, é um dos fatores responsáveis pelos números da economia. As atividades aeroportuárias desenvolvidas no município, as rodovias e a presença de inúmeras empresas estrangeiras fazem da cidade um pólo centralizador de investimentos de capitais estrangeiros.

Guarulhos, com seus 11.500 estabelecimentos nos setores de prestação de serviços e comércio se posiciona como um dos maiores centros de consumo da Região Metropolitana de São Paulo, sendo que na arrecadação do ICMS (Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços) do Estado de São Paulo, Guarulhos participa com 4,04%, o que é outro indicativo da importância econômica da cidade para o Estado.

Em Guarulhos, 95% da população conta com instalações de rede de água clorada e fluoretada, 70% possuem ligações de esgoto (média brasileira é de 44,5%) e a coleta

de lixo chega a atingir 100% da população (enquanto no Brasil o índice é de 80%) (GUARULHOS. SAAE, 2002b).

Destaca-se ainda no município o transporte aéreo de passageiros e cargas. Um dos mais modernos da América Latina, o Aeroporto Internacional de São Paulo / Guarulhos foi planejado para atender a crescente demanda do tráfego aéreo de São Paulo. Com previsão de quatro terminais, cada um projetado para movimentar 7,5 milhões de passageiros por ano. Quando totalmente construído terá capacidade anual de 30 milhões de passageiros, encontrando-se atualmente com dois terminais ativos.

Hoje cerca de 47% do orçamento municipal é destinado às áreas de saúde e educação, sendo 22% para a saúde e 25% para a educação.

No entanto, Guarulhos possui um Índice de Exclusão Social (IES) de 0,553 ocupando a 634^o lugar no ranking das cidades brasileiras. Segundo o Atlas de Exclusão Social no Brasil (CAMPOS et al, 2003), o índice de exclusão tem como base sete indicadores que medem o padrão de vida digna, conhecimento e risco juvenil, que inclui a violência, nas 5.507 cidades brasileiras. O IES varia de zero a 1 e as cidades com piores condições de vida têm seus valores próximos de zero.

Este dado pode ser complementado ao analisarmos o Mapa de Exclusão e Inclusão Social de Guarulhos (GUARULHOS. PM, 2003), elaborado pelo Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais - Instituto Polis – de São Paulo.

Os resultados apontados pelo mapa classificam o município como o detentor de maior desigualdade social entre os verificados pelo Instituto Polis, com diferenças alarmantes entre renda familiar e saneamento básico. Em Guarulhos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,797, inferior ao do município de São Paulo, que tem 0,814. Além disso, 7,3% da população vivem com até um salário mínimo por mês; há 6,3% de analfabetos com

mais de 15 anos de idade; e 36% da população vivem em 315 núcleos de favela ou em 380 loteamentos clandestinos.

No setor educacional, a cidade possui cerca de 226.954 alunos matriculados na rede municipal e estadual de ensino, possuindo 164 escolas estaduais, 105 municipais, 254 particulares e 03 profissionalizantes, sendo uma delas, o Centro de Treinamento de Mão-de-obra (CTMO), mantida pelo município, que oferece cursos nas áreas de mecânica, enfermagem, informática, eletrônica, magistério, contabilidade, administração de empresas e publicidade. Conta ainda com uma instituição federal de nível técnico, voltada para formação de mão-de-obra qualificada e 05 instituições de nível superior, cujos mais de 60 cursos oferecidos são freqüentados por 20.120 universitários (GUARULHOS. SME, 2002a).

Na área de educação infantil o município ainda apresenta um déficit no oferecimento de vagas. Em 2001 o município possuía uma estimativa 66.026 crianças de 01 a 03 anos disponibilizando apenas 26 equipamentos entre creches e centros de educação infantil, totalizando cerca de apenas 1.006 vagas. Os esforços empreendidos elevaram este número no 2º semestre de 2002 para 40 equipamentos e 2.466 vagas (GUARULHOS. SME, 2002a).

Buscando atender a esta demanda foi implantado ainda em 2002 o Programa Educriança, que visa atender crianças de 1 a 3 anos, criando espaços comunitários nas regiões mais desfavorecidas da cidade, possibilitando para à mãe e à criança que não tenham vaga na educação infantil, uma bolsa-creche e atividades de acompanhamento e ação educativa, nas áreas de educação, saúde e assistência social, uma vez que o referido programa é uma parceria entre estas secretarias.

A rede de saúde conta com 10 hospitais, 39 unidades básicas de saúde, 24 unidades de saúde da família, 01 ambulatório de especialidades infantil, 01 ambulatório de especialidades para adultos, 06 unidades de pronto atendimento que funcionam 24h, 01 centro

de estimulação precoce para crianças especiais e de risco, 01 ambulatório de saúde mental, 01 centro de assistência psicossocial de álcool e drogas, 01 centro de assistência psicossocial hospital dia, 04 policlínicas de odontologia, 03 unidades volantes de odontologia, 04 Unidades Móveis de Atenção à Criança e ao Adolescente (UMACA), e diversos serviços e programas oferecidas pela Secretaria da Saúde e outros órgãos.

Outro dado significativo referente à qualidade de vida, sobretudo das crianças é o da mortalidade infantil. Em Guarulhos, área de interesse de nosso estudo, conforme dados da Secretaria Municipal da Saúde, no período de 1990 a 2001, a mortalidade infantil apresentou decréscimo, sendo que em 1990 era de 36,02/mil, em 2000, 20,98/mil, e em 2003 foi de 15,19/mil refletindo assim a melhoria das condições de vida, decorrentes do aumento de gastos com políticas sociais, principalmente nas áreas de saúde, saneamento, educação, alimentação, geração de renda e assistência social.

A Política de Assistência Social é de competência da Secretaria de Assistência Social e Cidadania que através de seus departamentos e divisões propõe a assistência social como uma política de seguridade social, objetivando a proteção, fomento e desenvolvimento humano, garantindo o previsto na Constituição Federal, LOAS, ECA e demais legislações pertinentes à área social (GUARULHOS. SAS, 2004b).

Destacamos aqui o Departamento de Assistência Social ao qual respondem as Divisões Técnicas de Atendimento à Família e Atendimento à Comunidade.

O atendimento direto à população usuário de seus serviços se realiza através deste departamento distribuído em dois principais programas:

1. Programa de Atendimento à Família – consiste na atenção a esse segmento, prioritariamente às crianças e adolescentes em situação de risco. Trata-se de um programa que objetiva o apoio às famílias atingidas pela precarização de emprego e às

crianças e adolescentes em situação de risco social e pessoal; (situação de rua, vitimizações), através de casas abrigo.

A Casa Abrigo Municipal é um Projeto que foi implantado em 1997, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 20221 de 06/04/1998, registrado no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, sob o nº 04/64, estabelecendo a Unidade I que atende crianças de 12 a 17 anos e 11 meses encaminhadas pela Vara da Infância e Juventude e Conselhos Tutelares.

Em outubro de 2002 foi instalada a Casa abrigo Unidade II que atende crianças e adolescentes de zero a 11 anos e 11 meses.

Destinadas ao atendimento integral em regime residencial de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, cada casa resguarda a condição de grupos de irmãos independente da idade e possui uma capacidade para atender 20 crianças e adolescentes.

Em 2003 as Unidades apresentaram atendimento acima da capacidade, variando entre 21 e 29 crianças e adolescentes.

As atividades desenvolvidas nas casas abrigo promovem a saúde, tanto em seus aspectos preventivos quanto curativos, o desenvolvimento de práticas educativas, culturais e de lazer. Reuniões sistemáticas com as famílias, visitas domiciliares, vistas processuais, orientações individuais e grupais, são procedimentos realizados nas casas e têm por objetivo prioritário a reinclusão familiar dos atendidos (GUARULHOS. SAS, 2004a).

Em 2003 ambas as casas abrigaram 127 crianças e possibilitaram o desabrigo de 67 crianças e adolescentes.

2. Programa de Atendimento à Comunidade – consiste na atenção a população em situação de exclusão social, em seus segmentos de maior vulnerabilidade, as

famílias, as crianças, os adolescentes, os idosos, a população de rua, tendo como diretrizes o apoio material, o acompanhamento sócio-educativo, a geração de renda, a atenção preventiva, a proteção especial e o incentivo à participação e organização comunitária.

Embora os aspectos caracterizem a cidade como um município de grande desenvolvimento e riqueza de recursos, não podemos deixar de considerar seus traços de pobreza, marcados pelos bolsões periféricos ocupados, sobretudo, por áreas de invasões, imigrantes que buscam a cidade com vistas a uma melhor qualidade de vida.

É nesse contexto que se localiza a Regional de Saúde III, considerado de baixa renda, que abrange bairros situados na periferia de Guarulhos.

Nessa região encontram-se instaladas 06 Unidades Básicas de Saúde, 12 Unidades de Saúde da Família, 03 unidades de pronto atendimento e 01 central odontológica.

De acordo com dados da Secretaria Municipal da Saúde (GUARULHOS. SMS, 2004b) baseados nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) essa região apresenta uma estimativa de 287.902 habitantes, correspondendo a 20,97% da população total do município. Destes, 71.198 (24,73%) encontram-se na faixa etária de 0 a 09 anos.

Ainda de acordo com o SIAB a região conta com 25% da população cadastrada, sendo que deste percentual 97% possuem moradia de tijolo, 94% possuem água da rede pública, 96% das crianças estão com a vacinação em dia e 2% das crianças de 7 a 14 anos encontram-se fora da escola. Por outro lado estes dados revelam que 21% da população cadastrada usam fossa e 18% têm seu esgoto a céu aberto. Outro dado relevante do comprometimento da região é que 12,60% dos recém-nascidos são de baixo peso e do total de 10 mortes de crianças menores de 28 dias ocorridas no município até julho de 2004, 07 (70%) ocorreram na Regional III.

O mesmo pudemos constatar com as mortes ocorridas em crianças menores de 01 ano, dos 14 óbitos ocorridos no município, 10 (71,43%) ocorreram nesta região.

O Mapa de Exclusão e Inclusão Social de Guarulhos (2003), aponta que diversos bairros que compõem a Regional III apresentam índices significativos de exclusão social, a exemplo dos bairros Fortaleza que tem 32% dos chefes de família sem renda mensal, Tanque Grande e Morro Grande com o menor índice de autonomia, ou seja, onde a população ganha menos de três salários mínimos e da Água Azul que apresenta o pior índice de qualidade de vida e desenvolvimento humano. É na região do Jd. Álamo que se concentra o maior número de homicídios na cidade.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Tendo como fundamentação os critérios básicos para a definição de uma amostra, proposto por Minayo (1996a), considerou-se:

- 1 – privilegiar os sujeitos que detêm os atributos que pretendemos conhecer, profissionais que atuam na rede básica de saúde e atendem crianças ou que já tivessem alguma experiência no atendimento a crianças vítimas de violência doméstica. Isso significa um cuidado para a escolha do lócus e do grupo que contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa;
- 2 – tê-los como número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não desprezando as informações ímpares cujo potencial explicativo deverá ser levado em conta;
- 3 – a homogeneidade fundamental relativa aos atributos, para que o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças.

Portanto, esta pesquisa teve como sujeitos os profissionais que atendem no seu trabalho cotidiano, crianças e/ou suas famílias potencialmente vítimas de violência doméstica, os quais atuam em Unidades da Regional de Saúde III. Inicialmente procuramos saber também quem tinha interesse em participar de nossa investigação. Nesse momento, explicitamos nossos objetivos e forma de abordagem para que os mesmos pudessem avaliar sua disponibilidade.

Realizamos um total de 10 entrevistas individuais, com profissionais de 02 Unidades de Saúde - USF Fortaleza, UBS Carmela - e profissionais das UMACA, este número de entrevistas foi alcançado considerando-se a representatividade da amostra.

Para esta pesquisa foram entrevistados 02 psicólogos, 02 enfermeiros, 02 agentes comunitários de saúde, 02 auxiliares de enfermagem e 02 médicos pediatras.

Para as entrevistas individuais, realizadas na própria unidade de saúde, preocupamo-nos em criar um ambiente bastante acolhedor e o mais descontraído possível. Explicamos a cada profissional entrevistado, de forma clara e objetiva, o que pretendíamos e também sobre a necessidade de gravação das entrevistas, pedindo-lhes permissão para tal. Este procedimento muito nos ajudou, permitiu o aproveitamento fidedigno dos conteúdos das falas. A média de tempo gasto em cada entrevista foi de 25 a 45 minutos aproximadamente, sendo a transcrição das mesmas feitas a seguir para que pudéssemos proceder à análise. O roteiro temático utilizado nas entrevistas encontra-se no ANEXO 3.

Como o sigilo e o anonimato das pessoas em uma pesquisa é imprescindível, para não identificar os entrevistados tomamos o cuidado de registrar as falas de cada entrevista, a partir de uma numeração crescente, onde a primeira recebeu a denominação de E1 e, assim, sucessivamente.

3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu sob as formas: entrevistas semi-estruturadas e análise de documentos e registros.

Para Trivinões (1992) a entrevista semi-estruturada "é aquela que em geral parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida oferecem interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante" (p. 146).

As entrevistas de caráter semi-estruturado, que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas (MINAYO, 1996a), dar-se-ão com os sujeitos da pesquisa, buscando um entendimento de como eles percebem a questão dos maus-tratos infantis e que tipo de abordagem priorizam em tais casos. Nessas entrevistas foram investigados alguns pontos prioritários, tais como: quais os procedimentos adotados; se o profissional percebe e identifica os limites da sua atuação; se ele percebe alguma lacuna existente no atendimento e acompanhamento dos casos; o que pensa a respeito das origens e possíveis conseqüências dessa(s) lacuna(s).

Minayo (1996a) considera o roteiro um instrumento que norteia uma conversa com uma finalidade definida, não apresentando qualquer obstáculo e não tendo meios para prever todas as situações ou condições do trabalho de campo.

Como aponta Cruz Neto (1996) essa conversa não é caracterizada como neutra ou despretensiosa, uma vez que ela se presta à coleta dos fatos, valores e opiniões dos atores, enquanto sujeitos - objeto que determinam e vivenciam a realidade em questão.

Desse modo, ela estabelece entre entrevistado e entrevistador uma relação mútua onde ambos são levados não só a relembrar, mas, sobretudo a repensar sua realidade.

O roteiro para a entrevista constitui-se ainda em um instrumento que facilita e aprofunda a comunicação, uma vez que contém aspectos indispensáveis para desvelar os dados subjetivos do objeto de estudo.

O roteiro por nós definido possui três questões abertas e norteadoras: Qual a sua vivência ou experiência no atendimento dos casos de violência doméstica contra crianças? O que tem feito frente aos possíveis casos? Como vê o trabalho, os recursos disponibilizados no município com relação à assistência às crianças vítimas de violência doméstica? (APÊNDICE A).

Em termos de documentos a serem pesquisados, inicialmente foi consultado o arquivo das fichas de notificações de casos de confirmação e/ou suspeita de violência doméstica, encaminhadas pelas Unidades Básicas e Pronto Atendimentos às quatro Regionais de Saúde do Município de Guarulhos. Em seguida, foram consultados os prontuários relacionados às notificações da Regional III, para que pudessemos pontuar características das crianças atendidas, bem como as características das situações que indicam a confirmação e/ou a suspeita. Para esta pesquisa foram levantados, tanto os prontuários quanto às notificações realizadas nos anos de 2001 e 2002.

A análise dos registros e documentos ocorreu nos meses de agosto a dezembro de 2003, e as entrevistas foram realizadas nos meses de fevereiro a abril de 2004.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A proposta do referido estudo foi submetida à análise e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, bem como pela Secretaria Municipal de Guarulhos (ANEXO B).

Foram solicitados aos sujeitos participantes desta pesquisa os seus consentimentos espontâneos através do termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado conforme a Resolução 196/96 proposta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (APÊNDICE B).

3.6 ANÁLISE DADOS

A partir do material obtido e da fundamentação teórica, discutimos os resultados de acordo com a proposta de Minayo (1996a), utilizando o método hermenêutico dialético que possibilita o confronto de diferentes posicionamentos na interpretação dos dados.

A autora ainda o apresenta como “o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Ele coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida” (MINAYO, 1996a, p. 231).

A hermenêutica-dialética é proposta por Habermas (1987), citado por Minayo (1996a), em seu diálogo com Gadamer, como uma metodologia de abordagem da comunicação, que não determina técnicas de tratamento de dados e sim a sua autocompreensão, tomada portando como a “um caminho do pensamento” (p. 219).

O conceito de hermenêutica utilizado pela autora, oriunda do conceito de Gadamer, que define hermenêutica como a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos: “ser que pode ser compreendido é linguagem”.

A autora parte do princípio que o homem como ser histórico é finito, e se complementa na linguagem. Compreende que como o ser histórico é finito, a linguagem também o é, ocupando um ponto no tempo e no espaço.

Segundo a contribuição de Habermas (1987) e citado por Minayo (1996a), a dialética complementar os limites da hermenêutica, quando afirma que:

“[...] enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra o seu tempo ... Assim a hermenêutica e a dialética apresentam-se como momentos necessários na produção da racionalidade” (p. 227).

Para analisar os dados coletados, segundo a abordagem descrita, utilizamos a operacionalização proposta por Minayo (1996a), que consta dos seguintes passos:

1. Ordenação dos dados – que engloba tanto as entrevistas como o conjunto dos documentos institucionais incluindo a transcrição das entrevistas gravadas, releitura do material e organização dos relatos, buscando-se assim uma classificação inicial.
2. Classificação dos dados – leitura exaustiva e repetida do material coletado para a constituição do “corpus” (entrevistas e documentos), tendo como base a fundamentação teórica e os pressupostos da pesquisadora na construção das estruturas relevantes dos atores sociais e elaboração de categorias empíricas, identificadas a partir das falas dos atores sociais.
3. Análise final: as etapas anteriores permitiram uma inflexão sobre o material empírico, que é o ponto de partida e de chegada da análise. Esse movimento que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, entre o concreto e o

abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado.

As informações inicialmente colhidas, uma vez trabalhadas revelam a sua especificidade de concepção e de participação nas concepções dominantes, e mais do que isso, de expressão da visão social de mundo do segmento em questão e sua visão enquanto ator participante do processo de atendimento às crianças vítimas de violência doméstica.

A análise qualitativa das entrevistas levou a ordenação e classificação dos dados por unidade de registro, referenciadas por temas, e refinados em expressões de síntese, as categorias empíricas, as quais foram trabalhadas.

O produto final é sempre provisório, não esgota em si mesmo, sendo possível sua ampliação através de novos olhares. Neste sentido, esperamos colaborar tanto para a melhoria da práxis dos profissionais, como para ampliar o saber na área de saúde da criança, em especial na área de violência doméstica contra a criança no contexto do atendimento do município de Guarulhos.

*“Abandono, exploração, maus tratos,
humilhação... Não permitas.
Denuncia-o!”*

4.1 CENÁRIO DAS NOTIFICAÇÕES NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

*T*radicionalmente a violência vem sendo abordada por meio de estudos de mortalidade e, precariamente, mediante informações de morbidade ou das notificações (MINAYO, 1994).

Para melhor compreender nosso objeto de estudo e ampliarmos a consciência acerca do problema da violência doméstica contra a criança no município de Guarulhos, entendemos ser imprescindível descrever sua magnitude, para isso passaremos a uma análise quantitativa do problema realizada a partir das fichas de notificação e prontuários de atendimento.

O impacto da violência pode ser visto de várias formas, em diversas partes do mundo. Todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência auto-infligida (comportamento suicida e auto-abuso), interpessoal ou coletiva (OMS, 2002).

Segundo o relatório da OMS (2002) sobre violência e saúde, apesar das dificuldades em se obter estimativas precisas, o custo da violência se traduz em bilhões de dólares americanos em gastos com assistência à saúde no mundo todo e, no caso das economias nacionais, mais de alguns bilhões em termos de dias de trabalho perdidos, aplicação das leis e perdas em investimentos.

As informações sobre o número de crianças que morrem a cada ano devido a abusos e violência doméstica, provêm inicialmente dos atestados de óbitos ou dados de mortalidade. Segundo a OMS (2002), houve uma estimativa de 57 mil mortes atribuídas a homicídios entre crianças com idade inferior a 15 anos em 2000.

No Brasil, Azevedo e Guerra (1998) estimam que diariamente 100 crianças morrem em consequência de abuso físico doméstico. No que se refere ao abuso sexual, por ano, 6 milhões de meninas e 3,1 milhões de meninos seriam vítimas dessa violência.

É difícil calcular precisamente a carga de todos os tipos de violência sobre os sistemas de assistência à saúde, ou seus efeitos sobre a produtividade econômica. A evidência disponível mostra que as vítimas de violência doméstica têm mais problemas de saúde, custos com assistência à saúde significativamente mais elevada e vão com maior frequência aos serviços de emergência do que as pessoas que não têm um histórico de violência (OMS, 2002).

Independentemente da forma de apresentação da violência, um expressivo número de autores aponta que as principais consequências da violência doméstica na infância ocorrem no desenvolvimento infantil nas esferas física, social, comportamental, emocional e cognitiva (GELLES, 1997; ASSIS; SOUZA, 1999; MINAYO, 2002; REPPOLD et al., 2002).

Os dados de violência não fatal no mundo revelam pouco sobre os padrões dos atos violentos. Em parte isso ocorre porque em muitos países não há nenhum sistema legal ou social com a responsabilidade específica de fazer registros de violência contra a criança, muito menos de prestar contas a respeito (BROSS et al., 2000). Além disso, entre os diferentes países do mundo há diferentes definições legais e culturais. Há ainda evidências de que somente uma pequena parcela de casos de violência infantil são denunciados às autoridades, mesmo onde a denúncia é obrigatória.

É importante ressaltar que a subnotificação está freqüentemente relacionada com a falta de conhecimento, por parte dos profissionais da saúde, da importância e dos procedimentos necessários para a notificação; a ausência de adesão à notificação, pelo tempo consumido no preenchimento da ficha e pela ausência do retorno da informação analisada com as recomendações técnicas pertinentes; preocupação dos profissionais com a quebra da confiabilidade das informações e finalmente pela falta de percepção dos profissionais, da relevância em saúde pública, da violência doméstica (WALDMAN; JORGE, 1999).

O município de Guarulhos através dos dados registrados junto as Regionais de Saúde ainda apresenta uma significativa subnotificação dos casos de violência doméstica contra crianças, o que tem se constituído em um fator dificultador para o estabelecimento de novas políticas e ações integradas, uma vez que "o ato de notificar é um elemento crucial na ação pontual contra a violência, na ação política global e no entendimento do fenômeno" (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Analisando os dados de violência e sua procedência nos anos de 2001 e 2002 no município de Guarulhos, totalizando um n=35, notamos que o maior índice registrado corresponde à região da Regional de Saúde III, com 40% dos casos notificados. Esta região corresponde a inúmeros bairros e vilas com uma alta concentração de pobreza e situações de miserabilidade, áreas de invasão territorial e favelas, heterogeneidade e alta rotatividade de sua população e superlotação dos lares.

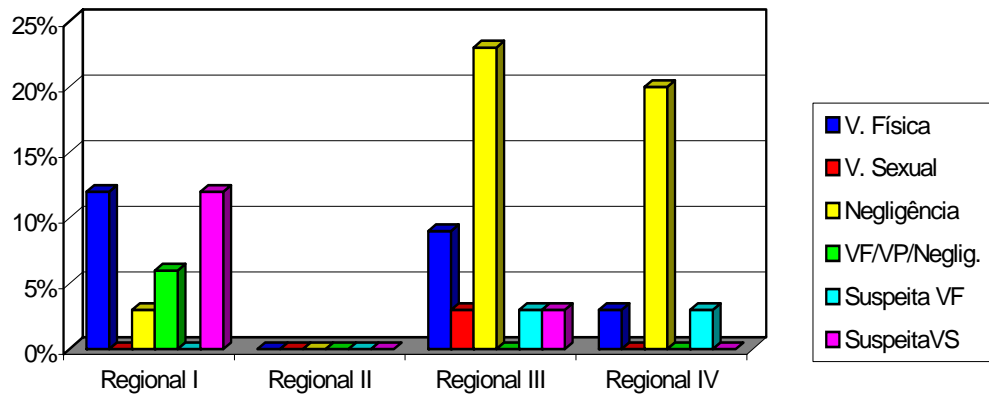


Figura 2 - Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes por Regional de Saúde segundo o tipo de violência, Guarulhos, 2001 e 2002

Acresce-se a isso a escassez de capital social, ou seja, do grau de coesão e solidariedade que existe na região, de investimentos sociais, como redes de apoio, programas e equipamentos sociais, fatores que vêm mantendo os níveis de desigualdade econômica, cultural e social na região.

Portanto, este contexto socioeconômico e político-cultural de acordo com a teoria crítica da violência contra crianças e adolescentes, poderia ser um dos fatores de risco que explique as raízes da violência doméstica cometida contra crianças no município de Guarulhos, apesar de diferentes estudos apontarem que a violência doméstica ocorra em todas as classes sociais (AZEVEDO; GUERRA, 1989; FALEIROS, 1995; OMS, 2002).

Dos casos notificados em 2001 e 2002, podemos constatar uma predominância dos casos de negligência, 46% das notificações, 24% de violência física e 15% de suspeita de violência sexual.

Estes dados diferem dos dados encontrados por Vendruscolo (2004) realizado junto a Divisão da Criança e do Adolescente em Situação de Risco de Ribeirão Preto e Roque (2001) realizado junto aos processos afetos a Infância e Juventude na Vara da Comarca de

Jardinópolis/SP, onde em ambos os estudos a violência física foi a predominante seguida pela negligência.

Em pesquisa realizada nos CRAMIs, Deslandes (1994b) encontrou um percentual de notificação de 23,5% de negligência no total das violências registradas, neste estudo também abaixo das agressões físicas.

Já nos Estados Unidos, hoje a negligência é a primeira forma mais notificada, constituindo 45% das violências contra a infância nas estatísticas oficiais (ASSIS; SOUZA, 1999).

É importante ressaltar que a relevância do percentual para a negligência encontrado em Guarulhos se deva a situações limítrofes entre pobreza e maus-tratos, ou seja, uma vez que a negligência se define pela omissão no trato dos cuidados e necessidades das crianças, a reconhecida ausência de condições econômicas, sociais e acesso aos bens de consumo das famílias da área em estudo, muitas vezes dificulta a definição mais precisa por parte dos profissionais entre violência e impossibilidade de prover atenção e cuidados.

No entanto, devemos considerar que mesmo diante desta dificuldade os profissionais devem ter como atitude prioritária à proteção da criança, o que é salientado por Beserra; Corrêa; Guimarães (2002),

“A identificação da negligência no dia-a-dia do trabalho do profissional de saúde é complexa, devido às dificuldades socioeconômicas da população, o que leva ao questionamento da existência da intencionalidade. No entanto, independente da culpabilidade do responsável pelos cuidados da vítima, é necessária uma atitude de proteção em relação a esta” (p. 65).

Outro fato que nos chama atenção é o percentual de suspeitas de violência sexual, 15% das notificações, contrapondo com apenas 3% de casos de violência sexual claramente notificados como violência sexual e não como suspeita, evidenciando sua pouca visibilidade, sua complexidade, os medos e os tabus culturais que a encobre.

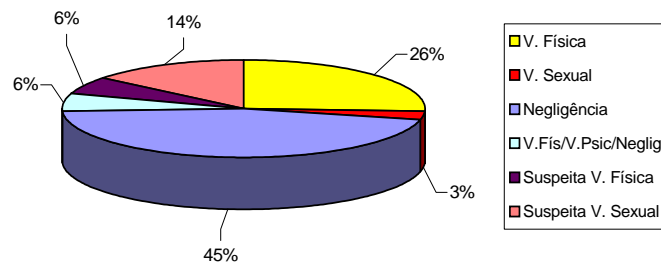


Figura 3 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo o tipo de violência, Guarulhos, 2001 e 2002

O atual cenário encontrado pelo presente estudo pode ser corroborado pelo estudo realizado por Anastácio (2002), sobre violência doméstica apresentado ao LACRI, constatando que em um único trimestre foram notificados junto ao Conselho Tutelar – Centro, do município de Guarulhos, 58% de casos de negligência, 36% de violência física, 4% de violência psicológica e 2% de violência sexual.

Outro aspecto a ser considerado é as múltiplas formas de violência a que uma única criança é submetida. Em nossos dados observamos que 6% das notificações apontam a ocorrência simultânea de negligência, violência física e violência psicológica.

Observamos ainda que nos registros avaliados junto as Regionais de Saúde o profissional que mais notificou foi o assistente social, sendo responsável por 46% das notificações, seguido pelos psicólogos os quais foram responsáveis por 12% das notificações.

Devemos considerar que um percentual significativo, 21% das notificações, não apresentavam a categoria profissional notificante, o que vem confirmar o fato dos profissionais minimizarem o preenchimento e importância da ficha de notificação. Outro fato a ser abordado, frente a este aspecto, é a possibilidade de que, o não preenchimento da função e conseqüente assinatura sejam o indicativo de que muitos profissionais temem os transtornos legais advindos da notificação (GELLES, 1997).

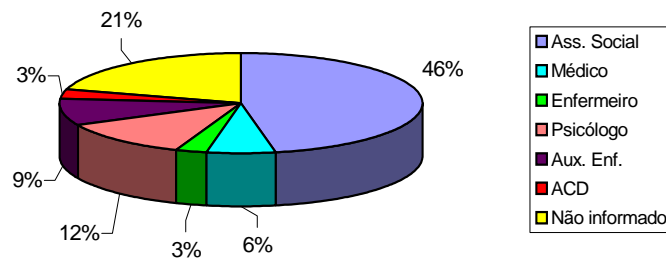


Figura 4 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo a categoria profissional notificante, Guarulhos, 2001 e 2002

No processo de análise dos prontuários e fichas de notificação destaca-se também a má qualidade do preenchimento geral das fichas de notificação e prontuários. Encontramos documentos com preenchimento incompleto, com campos em branco, campos estes essenciais para a adoção de medidas e ações, a exemplo do endereço incompleto, não referência à conduta adotada, dados do agressor e a não constatação do nome e função do profissional que preencheu a ficha de notificação ou unidade que atendeu.

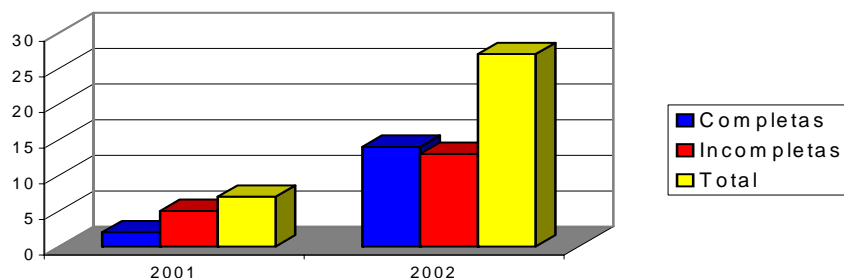


Figura 5 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes registradas junto às Regionais de Saúde, segundo o preenchimento, Guarulhos, 2001 e 2002

Em recente estudo, Ribeiro; Ferriani; Reis (2004) também encontraram esta carência de informações, falta de uniformidade de termos empregados para designar o fenômeno e uma expressiva ausência de dados a respeito do agressor nas fichas de atendimento das instituições pesquisadas a respeito de dados específicos envolvendo vitimizações sexuais. Os autores alertam que este fato denota a necessidade de um atendimento contextualizado, no qual a ação profissional individualizada deva ceder espaço à implantação de uma rede que acolhe, trata, age e pensa de forma integrada.

Apesar dos inúmeros documentos que regulamentam o procedimento a ser adotado pelos profissionais de saúde frente aos casos de violência, bem como a obrigatoriedade prevista no ECA, ainda há algumas lacunas a serem transpostas voltadas para os aspectos morais, éticos, de envolvimento e de conhecimento dos procedimentos específicos, principalmente com relação a notificação e encaminhamento de cada caso.

Em nosso estudo, embora os resultados mais significativos apontem para o encaminhamento dos casos aos Conselhos Tutelares como primeiro recurso conforme preconiza o ECA, chama-nos a atenção o fato de 23% das notificações terem tido como encaminhamento apenas o tratamento ambulatorial das vítimas, sem a devida notificação ao Conselho Tutelar uma vez posta sua obrigatoriedade.

Ainda sob o olhar da análise dos encaminhamentos realizados para cada caso, são visíveis a busca e o acionamento por parte dos profissionais, de outros recursos juntamente com o Conselho Tutelar a exemplo de visitas domiciliares, encaminhamento ao serviço de psicologia e Vara da Infância, o que nos leva a pontuar que os recursos e referências estão na agenda de atuação desses profissionais, no entanto o trabalho ainda se dá de forma fragmentada e desintegrada.

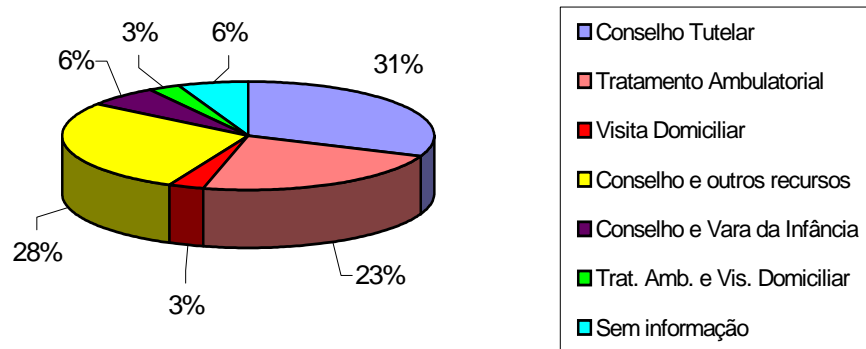


Figura 6 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes registradas junto às Regionais de Saúde de Guarulhos, segundo o encaminhamento realizado, Guarulhos, 2001 e 2002

Estando a atitude e conseqüente tomada de decisão por parte dos profissionais e gestores, relacionada à visibilidade que o problema assume no cotidiano do município, é, portanto factível a sua invisibilidade atual no município de Guarulhos, considerando as baixas notificações, o pouco envolvimento dos profissionais com a esta realidade, o que caracteriza, apesar das discussões e iniciativas isoladas de alguns grupos no município, o problema da violência doméstica contra crianças como algo pouco relevante para o estabelecimento de políticas públicas integradas e efetivas.

Em relação ao agressor, considerando todos os tipos de violência, no nosso estudo, predomina igualmente a figura do pai e da mãe como principais agressores, configurando ambos em 18% das notificações, chama-nos também a atenção a violência impetrada por ambos os pais, 12%, sobre uma única criança.

Em 28% das notificações analisadas não foi informado pelo profissional notificante o vínculo do agressor com a vítima, fato que dificulta a tomada de decisão e o estabelecimento de ações relacionadas às medidas de proteção.

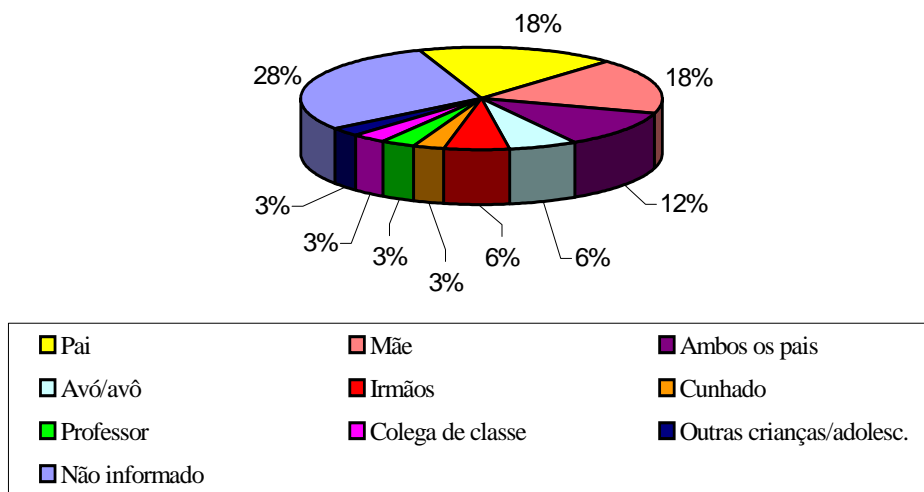


Figura 7 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo o vínculo da vítima com o agressor, Guarulhos, 2001 e 2002

Encontramos os mesmos vínculos do agressor em diferentes pesquisas realizadas, no entanto nosso estudo mostrou uma distribuição equitativa entre pai e mãe, o que difere de outros estudos que verificaram a mãe ou o pai dependendo do tipo de violência como o principal agressor (VENDRUSCOLO, 2004).

Estes resultados ainda divergem do estudo realizado por Ubeda; Ferriani; Gomes (2003) desenvolvido junto à Vara da Infância e Juventude de São Carlos os quais encontraram nos casos de violência física e sexual, amigo, parente, vizinho e desconhecido como principais agressores e, nos casos de negligência a mãe.

Na pesquisa realizada por Assis (1994), citado por Minayo (2002), durante os anos de 1990 e 1991 no município de Duque de Caxias/RJ, 75% das crianças e adolescentes entrevistados relataram como autores de atos violentos seus irmãos, 40% o pai e 45% a mãe.

A maioria das violências cometida no município ocorreu na faixa etária de 5 a 14 anos totalizando 69% das notificações, ou seja, na infância e início da adolescência,

período da vida onde se constrói a personalidade, a socialização e a construção da identidade. Os pais, pai, mãe ou ambos, são os maiores agressores, aparecendo como perpetuadores da violência em todos os tipos de violência levantados na presente pesquisa.

O pai, de acordo com os dados apresentados, aparece como principal agente na violência física, na suspeita de violência sexual e na concomitância da violência física, psicológica e negligência. A mãe aparece em segundo lugar, predominado sua ação violenta nos casos de violência física, negligência, suspeita de violência sexual e na concomitância da violência física, psicológica e negligência.

A constatação de que os pais sejam os agentes mais presentes nos casos de violência física, se refere ao fato de que provavelmente esse tipo de violência esteja associado “a um modelo cultural arraigado que justifica e reforça a punição corporal como medida educativa” (DESLANDES, 1994b, p. 183).

O emprego intencional da violência contra a criança por seus pais, no exercício de seu poder disciplinador, é um fenômeno mencionado desde os primórdios da humanidade. As relações de violência na família, no entanto, sempre foi enfocada de maneira sutil em virtude das suas conseqüências, sejam elas sociais, penais ou morais que acarretam, bem como pelo receio da repressão por parte dos profissionais, e da sociedade em destruir o mito da família indiscutivelmente protetora e idealizada.

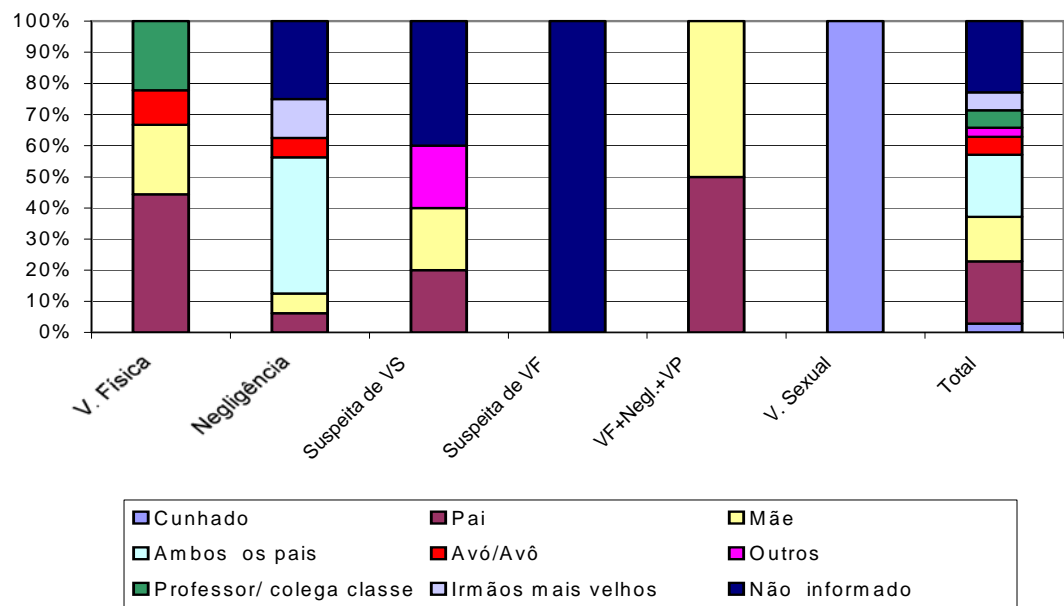


Figura 8 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo o tipo de violência e o vínculo da vítima com o agressor, Guarulhos, 2001 e 2002

A vulnerabilidade individual à violência doméstica depende em parte da idade da criança. Segundo o relatório da OMS (2002) casos fatais de violência física são muito encontrados entre crianças muito novas. Em revisões de mortes infantis ocorridas na Alemanha, em Fiji, na Finlândia e no Senegal, por exemplo, a maioria das vítimas tinha menos de dois anos.

As faixas etárias das vítimas de violência física não fatal variam de país para país. Por exemplo, os índices de violência física não fatal atingem níveis máximos para crianças entre 3 e 6 anos na China, 6 e 12 anos nos Estados Unidos, e 6 e 11 anos na Índia (OMS, 2002).

Especificamente com relação aos 26% de casos de violência física constatamos no presente estudo que a maior porcentagem 56% destes, são de crianças entre 5 a 9 anos do sexo masculino. Apresentou como agressor, o pai, 45% das ocorrências, seguido pela mãe com 22%.

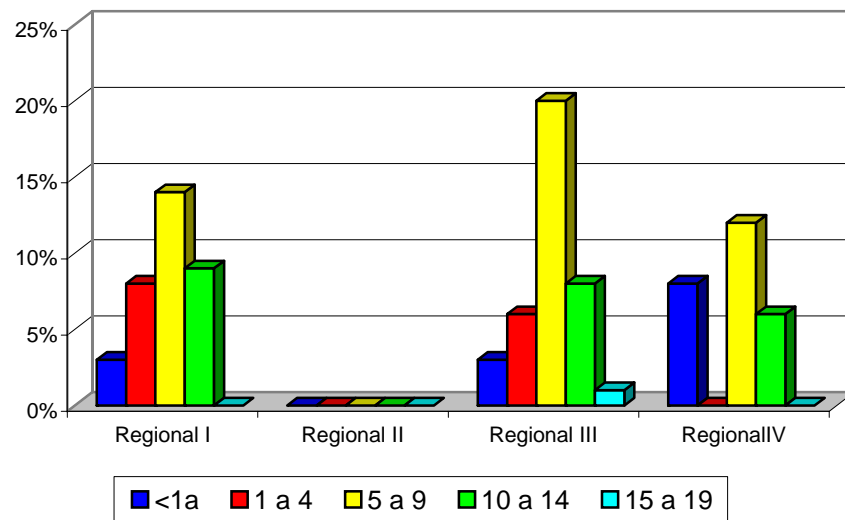


Figura 9 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo a regional de saúde e a faixa etária das vítimas, Guarulhos, 2001 e 2002

No que concerne a idade da vítima, nossos dados se confirmam na pesquisa de Deslandes (1994b) que encontrou a faixa etária de 5 a 9 anos como uma das mais frequentes e no estudo de Vendruscolo (2004), que para violência física a faixa etária de 3 a 10 anos foi a mais significativa com 59%.

No entanto nossos achados com relação a esta característica divergem dos resultados da pesquisa realizada por Ubeda; Ferriani; Gomes (2003) cuja prevalência dos casos ficou entre 14 a 18 anos, ou seja, já dentro da faixa etária da adolescência.

O trabalho de Vendruscolo (2004) realizado em Ribeirão Preto/SP, ainda encontrou no sexo feminino a maior porcentagem de ocorrência de violência física, 51%, diferentemente do nosso estudo e da pesquisa realizada por Roque (2001) que encontrou nas vítimas de violência física um percentual superior para o sexo masculino, neste estudo 52,5% das vítimas eram meninos.

Podemos concluir que o fato das crianças vítimas de violência doméstica pertencerem mais ao sexo feminino ou masculino, depende, em parte do tipo de violência, dos

aspectos sociais e culturais de cada local e que esta não é uma variável que determina a ocorrência de violência física (OMS, 2002; VENDRUSCOLO, 2004).

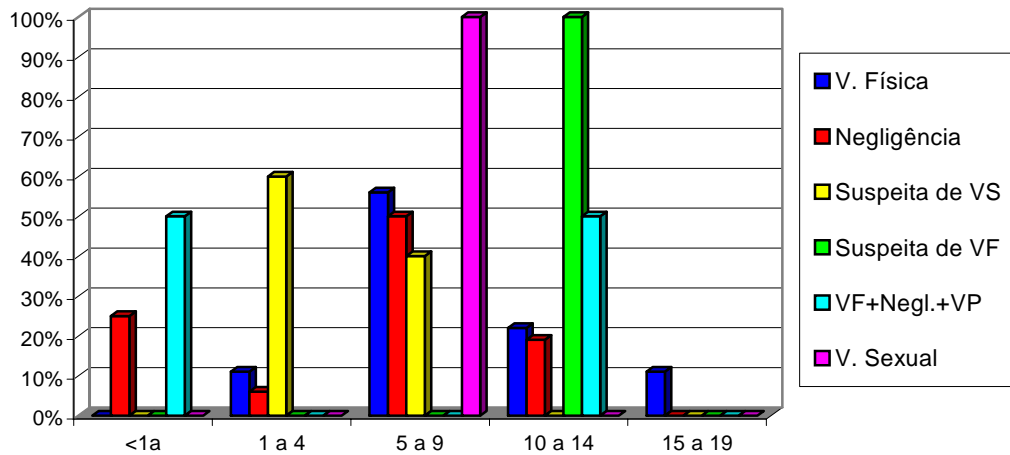


Figura 10 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo o tipo de violência e a faixa etária das vítimas, Guarulhos, 2001 e 2002

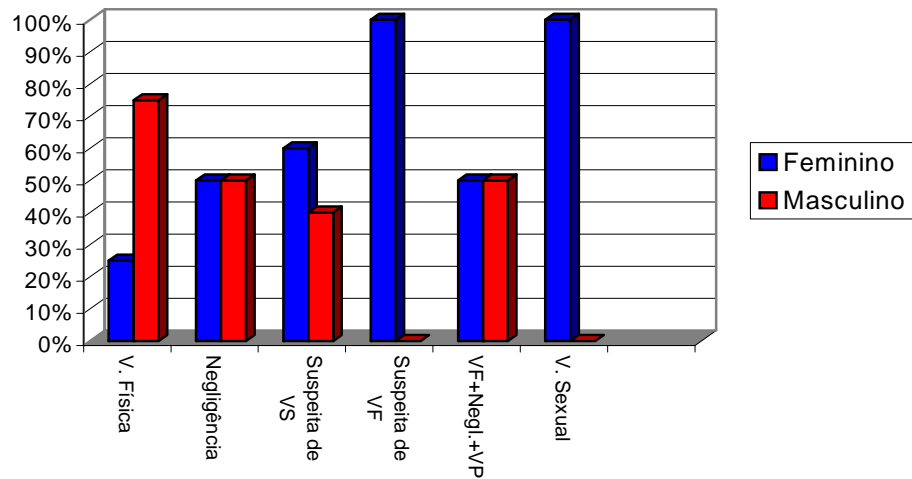


Figura 11 – Distribuição das notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes segundo o tipo de violência e o sexo das vítimas, Guarulhos, 2001 e 2002

Com relação à negligência são crianças e adolescentes em todas as faixas etárias, sendo que dessas a maior porcentagem, 50% são crianças também na faixa etária de 5 a 9 anos e 25% menores de 1 ano, ocorrendo igualmente entre os sexos apresentando um percentual de 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino.

Sobre o vínculo com a vítima constatamos que ambos os pais são apontados como o principal agressor, correspondendo a 44% das ocorrências, uma vez que estas estão centradas no cuidado inadequado ou na ocorrência de danos físicos resultantes de falha dos pais em prover uma supervisão apropriada.

Ao realizarem uma revisão de literatura na área de negligência, Schumacher; Smith Slep; Heyman (2001) apontam como fatores de risco para a negligência infantil: o tamanho da família, auto-estima, impulsividade, uso de drogas, falta de apoio social, estresse dos pais e a vivência em uma comunidade pobre.

Minty e Pattison (1994) em seu estudo afirmaram que assistentes sociais britânicos, freqüentemente, deixam de valorizar a problemática da negligência, apesar da evidência indicar que ela poderá levar a sérios danos ao crescimento e desenvolvimento da criança. Eles notaram que havia um número significativo de mortes atribuídas à negligência dos pais e a falha de profissionais em reconhecer adequadamente o risco para as crianças pelos casos mais graves de negligência, uma vez que, conforme apontado no quadro teórico a identificação da negligência é complexa, dado aos aspectos limítrofes entre esta e as dificuldades socioeconômicas da população.

Segundo o Guia de Atuação Frente a Maus-Tratos na Infância e na Adolescência (s/d) da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP – a negligência é um dos tipos de maus-tratos mais freqüentes, e que aparece muitas vezes associada a outras formas (p. 28). Refere que são necessários dois critérios para caracterizar a negligência: a cronicidade e a omissão.

Mesmo em condições de pobreza, segundo o guia, a família possui um “estoque” de possibilidades para prover os cuidados de que a criança necessita.

Considerando as características socioeconômicas da região do município de Guarulhos, eleita como campo de estudo da presente pesquisa, as políticas sociais implantadas, a demanda para estas políticas e a cultura local e familiar, podemos constatar que frente a esta realidade, as famílias possuem poucas possibilidades e habilidades para o cuidar e para supervisionar seus filhos, o que nos leva a inferir que, se não todos, mas a grande maioria dos casos não se caracterizaria como negligência.

Com relação a suspeita de violência sexual, ou seja, 14% das notificações, foi predominante a faixa etária de 1 a 4 anos, 60% dos casos foram registrados nesta faixa etária, tendo como principais agentes agressores, o pai (20%), a mãe (20%) e outros adolescentes (20%).

Quanto a violência sexual confirmada, 2,8% de todos os casos, o único caso registrado ocorreu com uma vítima do sexo masculino na idade de 8 anos, portanto na faixa etária de 5 a 9 anos, cometido por um cunhado da vítima.

Nas suspeitas de violência sexual destaca-se como vítima o sexo feminino com 60% das ocorrências, o que vem confirmar os dados obtidos em estudos nacionais e internacionais já realizados, apesar dos meninos também serem vítimas potenciais de abuso sexual.

Uma pesquisa nos lares na Romênia revelou que 0,1% dos pais investigados admitiram ter abusado sexualmente de seus filhos e 9,1 % das crianças ouvidas relataram ter sofrido abuso sexual pelos seus pais ou por outras pessoas.

De acordo com o Guia de Atuação Frente a Maus-Tratos na Infância e na Adolescência (SBP, s/d) “em cerca de 80% dos casos de abuso sexual, o agressor é um dos

pais ou pessoa com algum laço afetivo com a família da vítima e conhecida da criança. As vítimas são, em geral, do sexo feminino e os agressores do sexo masculino” (p. 23).

Ribeiro; Ferriani; Reis (2004), em recente estudo realizado junto ao Centro de Referência da Criança e do Adolescente em Ribeirão Preto, analisando as características relativas as vitimizações sexuais intrafamiliares cometidas contra crianças e adolescentes, no período de 1995 a 2000, identificaram um maior número de casos, 58%, envolvendo crianças, constatando-se o predomínio de vítimas do sexo feminino, 48,7%.

Neste mesmo estudo, pais e padrastos foram os responsáveis pelo maior número de vitimizações, identificando-se os primeiros, com 19,7% das agressões cometidas contra crianças e os segundos, com 17,1% nas vitimizações perpetradas contra adolescentes.

Cabe ressaltar que considerando o baixo número de notificações encontradas relativas à violência sexual ou suspeita, este tipo de violência deva ser visto a partir de sua gravidade (VENDRUSCOLO, 2004), uma vez que guarda aspectos relevantes para a pouca visibilidade de dados na área, a exemplo da desqualificação das revelações verbais e não verbais das vítimas por parte dos profissionais em nome da ética, fidelidade e de justiça, do silêncio das vítimas e familiares muitas vezes pressionados pela desigualdade de gênero e idade configurando-se em um espaço de subordinação e poder (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

Podemos referir que os dados levantados neste estudo, considerando a subnotificação, não representam a magnitude do fenômeno da violência doméstica contra crianças em Guarulhos, muito mais pode e deve ser feito em relação ao problema.

Os profissionais da área da saúde desempenham um importante papel na identificação, tratamento encaminhamento e notificação dos casos e suspeitas.

O reconhecimento e a conscientização dos gestores e dos profissionais, embora sejam elementos essenciais para uma eficaz intervenção e prevenção, são apenas parte da

solução. Os esforços e políticas devem voltar-se prioritariamente e diretamente para as crianças, suas famílias e ambiente onde vivem, assim são necessárias ações conjuntas e intersetoriais que visem diminuir a vulnerabilidade social, programática e individual de nossas crianças.

4.2 O SIGNIFICADO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA INFÂNCIA NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS

Após o processo de organização do material coletado nas entrevistas, das várias leituras deste material e de sua análise qualitativa, apreendemos das falas dos profissionais duas categorias empíricas, as quais serão trabalhadas a seguir.

Para Minayo (1996a) *“categoria empírica, construída a partir dos elementos dados pelo grupo social, tem todas as condições de ser colocada no quadro mais amplo de compreensão teórica da realidade, e de, ao mesmo tempo, expressá-la em sua especificidade”* (p.94).

As categorias empíricas extraídas tratam-se do “nada a fazer” e do “medo”, assim a nossa discussão que se segue, procura interpretar o exposto pelos atores sociais entrevistados, à luz das categorias configuradas pelos núcleos de sentidos presentes nas falas desses atores.

4.2.1 “NADA A FAZER”

A primeira categoria empírica identificada na fala dos atores sociais entrevistados é “nada a fazer”, evidenciando a ausência de políticas públicas que possam dar conta desta problemática e a dificuldade dos sujeitos em identificar e assistir aos casos de violência no cotidiano de sua atuação. Esta categoria também traz e objetiva outras lacunas no olhar dos sujeitos, como a falta de visibilidade do problema, a falta de preparo dos profissionais para lidar com esta questão e os aspectos sociais e culturais que permeiam a violência doméstica contra crianças.

“Os profissionais não têm uma visão minuciosa acaba deixando isso passar, entendeu? Uma negligência... uma coisa mais assim, ... então deixam passar, não se envolvem, essa é a nossa realidade e isso fica difícil, muitas vezes não temos nada a fazer”(E1).

“Ah, eu acho que é uma coisa muito triste, triste e assim, a gente não tem muito que fazer” (E4).

“A prefeitura limita alguma coisas e a gente fica meio amarrada com aquilo... mandam a gente fazer algumas coisas que a gente tá lá com as mãos amarradas” (E5).

“Bem, o que eu sinto é que a psicologia trabalha isolada... então acabo não tendo muito contato com os outros profissionais, só quando é um caso muito grave ou então alguma coisa assim, eu acabo discutindo com a Enfermeira ou com a Pediatria, mas é muito raro e as vezes temos quase nada pra fazer ou fazemos muito pouco”(E6).

Na realidade, a violência doméstica não é um problema novo na história da humanidade, relatos mostram a ocorrência de maus-tratos contra crianças desde os primórdios das civilizações. Registros históricos demonstram que desde a Antiguidade a infância tem sido alvo de violência e negligência em função das diferentes concepções, da própria definição e entendimento do conceito de criança e de família (ARIÉS, 1986).

Assim, sacrifício de crianças em cultos de adoração a Deus, a prática do infanticídio, o abandono e o oferecimento de crianças em rituais, o emprego de disciplinas rígidas no processo de socialização, a noção de que a criança seria um adulto em miniatura e o direito paterno de vender seus filhos são alguns dos exemplos encontrados ao longo da

história em relação à violência contra crianças (VEYNE, 1992; ASSIS, 1994; GUERRA, 1998).

No Brasil, a partir da década de 80, através das lutas pela defesa dos direitos da criança e do adolescente que estiveram no bojo do processo de redemocratização do país, pudemos observar um contínuo avanço na busca em se desvelar à problemática da violência doméstica, não só com experiências e iniciativas de trabalhos e projetos interinstitucionais ligados ao setor governamental e não governamental, como também um grande avanço nas pesquisas e publicações acadêmicas.

Na medida em que se deram tais iniciativas e intervenções, podemos referir que este fenômeno apesar de ocupar a pauta, mesmo que timidamente, das políticas públicas nacionais, ainda requer uma melhor estruturação e enfrentamento.

Para impedirmos a (re) produção do ciclo da violência intrafamiliar, as iniciativas sócio-políticas na área devem buscar responder aos desafios de tirar a violência doméstica contra crianças da clandestinidade; compreender melhor o processo de produção desse fenômeno, formar profissionais competentes e socialmente comprometidos no combate a essa modalidade de violência, e prevenir a violência, impedindo que a uma família se torne abusiva, antes de sê-lo (AZEVEDO; GUERRA, 1997).

Isto, presente no conjunto das falas levantadas neste estudo, vem comprovar, e ao mesmo tempo revelar a necessidade de que também no município de Guarulhos tenhamos como prioridade de pauta o estabelecimento efetivo de políticas intersetoriais no enfrentamento da violência doméstica contra crianças.

Esta constatação pode parecer incoerente na medida que evidenciamos no referencial levantado o fato do Brasil possuir uma das mais avançadas legislações na área da infância e adolescência e as iniciativas e serviços existentes no município de Guarulhos.

Então onde se encontra a lacuna?

Uma importante área das políticas públicas que precisa ser considerada é a maneira como a assistência social, a educação, o sistema judiciário e os conselhos tutelares em conjunto com o sistema de saúde operam com respeito às notificações geradas pelos profissionais da saúde, a contra referência e a necessidade de ações conjuntas.

Todos têm um papel fundamental na identificação, notificação e encaminhamento dos casos de violência contra crianças, mas um papel tão mais importante de articular ações conjuntas através de uma rede de atenção que possa dar uma resposta mais efetiva garantindo os direitos da criança e o comprometimento dos gestores com ações e serviços mais avançados para a área.

“A impressão que eu tenho dos serviços prestados à população, em Violência Domestica em Guarulhos, acho que é uma visão geral que a gente tem, em relação à saúde, porque a gente não tem uma estrutura, né? Um trabalho....a gente não tem uma estatística , então acho que falta realmente um controle maior sobre a ação também, um projeto mesmo...” (E1).

“Como sugestão eu acho que deveria ter mais integrações em todos os segmentos de política que existe, no município, a saúde, o conselho tutelar, a parte jurídica, que a gente tivesse conhecimento do que cada setor pode estar oferecendo para a comunidade, para essas crianças vitimizadas, para as famílias” (E6).

“Sim, uma rede de atenção e assistência, seria muito bom se pudéssemos trabalhar, ou até mesmo termos um espaço somente para discutirmos de forma mais integrada se não todos, mas os principais e mais prioritários casos , com assistentes sociais, com o conselho, com o psicólogo” (E8).

Na maioria das sociedades modernas, até bem pouco tempo a responsabilidade de responder, conter e intervir sobre a violência era do sistema judiciário, da segurança pública e assistência social para o aporte de bens materiais para os indivíduos ou famílias aqueles que necessitassem dentro de uma abordagem puramente assistencialista. Setores com a educação e saúde ficavam a parte deste fenômeno, cabendo, por exemplo, a saúde o papel de dar às vítimas após a ocorrência da violência o tratamento clínico ambulatorial ou psicológico, muita vezes, tão somente medicalizando e psicologizando a violência.

Atualmente, o setor saúde é chamado para incorporar este problema uma vez que dentro do conceito ampliado de saúde, tudo que significa agravo e ameaça a vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e a qualidade da existência, faz parte do universo da saúde pública (MINAYO; SOUZA, 1999).

A saúde ainda é um aliado ativo e valioso na resposta global à violência e traz diversas vantagens e benefícios para esse trabalho. Um desses benefícios é a proximidade e, conseqüentemente, a familiaridade com o problema. Os profissionais das unidades de saúde, bem como outros provedores de assistência à saúde, dedicam bastante tempo às crianças vítimas de violência doméstica em seus atendimentos. Outro benefício é a informação que pode ser gerada pelo setor, colocando-a em uma posição única de chamar atenção com relação a este problema (OMS, 2002).

“É extremamente importante a notificação, até para tenhamos os dados estatísticos” (E1).

“Eu acho que é quando nós denunciemos, nos envolvemos. Porque você está interferindo, levantando o problema, é óbvio que não podemos fechar os olhos porque, além disso, tem uma criança envolvida um ser humano” (E10).

Historicamente também a área da saúde tem concentrado recursos e esforços para atender às conseqüências da violência, sendo que ultimamente, ainda que de forma localizada, começa a haver uma abordagem mais integral, incluindo aspectos psicossociais (MINAYO, 2002).

Este caminhar é que buscam através de suas falas, os sujeitos aqui envolvidos, trazendo o fenômeno da violência como uma prioridade e a necessidade da integração de esforços de várias disciplinas, setores e comunidade para a construção de uma política pública mais visível e sustentável.

“Eu acho que deveria ter da Prefeitura são as orientações para essas crianças nos próprios bairros, mas que não viesse da unidade, que viesse da própria prefeitura, abrir um espaço para essas crianças para essas famílias se ocuparem” (E7).

“Gostaria muito que a Secretaria implementasse e criasse um espaço dentro do programa da criança onde pudéssemos ser capacitados e orientados a trabalhar com essa problemática, bem como oportunizar uma integração de forma mais oficializada com outros serviços e secretarias” (E9).

“[...] Porque orientar e aconselhar é bom, mas a saúde e a área social devem se unir para ajudar mais essas famílias e pessoas que estão nesta situação” (E10).

Para Azevedo (2002) a qualidade de vida de crianças e adolescentes será uma realidade quando a luta contra a violência entre classes sociais (violência estrutural de que as

infâncias pobres, prostituídas e exploradas no trabalho são alguns frutos) e a luta contra a violência intraclasse social (de que a infância no lar é uma consequência) forem levadas simultaneamente.

Ressaltamos também o equívoco ainda presente nas agendas políticas nacionais, e isto também presente no nível municipal, de que a infância pobre seria mais importante que a infância que sofre abuso e violência doméstica, o que é compreensível, porém não aceitável na nossa opinião, frente ao diferencial de visibilidade que cada problema assume na atualidade.

Pesquisas na área da violência doméstica caracterizando-a como um fenômeno plurifacetado e de complexas raízes macro-estruturais (AZEVEDO; GUERRA, 1997; GUERRA, 1998; FALEIROS, 1995; CHESNAIS, 1999; OMS, 2002) apontam que dentre os fatores de riscos para o desencadeamento de atos violentos, podemos destacar a má distribuição de renda, a pobreza, o desemprego, a fome, a dificuldade de acesso aos bens públicos, de consumo e direitos básicos, o abuso de drogas, a desigualdade de gênero e o histórico de violência familiar ou pessoal.

Essa percepção está presente de forma significativa nos discursos,

“ [...] porque quanto mais é pobre, mais negligente a pessoa vai se tornando, então eu diria que a violência que eu detecto esta muito relacionada com as condições de vida da população” (E1).

“Eu tenho vários casos de mães etilistas e que saem na noite e deixam as crianças sozinhas, tenho vários casos desses” (E8).

“Sabemos da importância da notificação e do registro dos casos que nos chegam, mas às vezes se torna difícil definir se é realmente ou não, pois muitos casos são de ordem social, tem pessoas que já não

tem aquela mente forte para suportar as coisas, então assim, já sofre com o álcool, com a droga, com isso e aquilo e ainda passam fome. Então quem são as maiores vítimas? As crianças”. (E10).

É, portanto incontestável que as condições de vida, atitudes e comportamentos de uma sociedade e, conseqüentemente, de sua célula, a família e dos sujeitos que a compõe, mantém uma intrínseca e indestrutível ligação com a organização econômica, política e com as políticas públicas implementadas pelo Estado.

Recentemente em seu estudo Roque (2001) afirmou que,

“A escalada da violência na família é o efeito cumulativo de processos conjugados de violência econômica, política e intelectual que destroem o indivíduo autônomo, impedindo-o de lidar com seus impulsos agressivos com conseqüências disfuncionais para si mesmo, para sua família e para a comunidade como um todo”. (p. 154)

As falas a seguir reafirmam esta questão.

“É uma luta, ela quer porque quer aquele homem Então ela dá escândalo na porta do emprego, perde o emprego e as crianças apanham de raiva pra paga o pato...” (E2).

“Porque ela deixava as crianças sozinhas e ia atrás dele. No meio dos ratos as crianças. Ela colocava no colchão para não caírem e ficava a noite toda atrás dele. As crianças com baixo peso a um ano e três meses, não fala, não anda, muito magrinhas” (E4).

“Se eu for falar para você o que a Prefeitura deveria fazer é no problema social, é um problema, porque você sabe, o pai desempregado, uma mãe desempregada acaba levando ao desespero” (E7).

Com os discursos e produção teórica apresentada cabe-nos uma reflexão sobre a violência que ocorre no campo estrutural que acaba por delinear a violência no espaço privado das famílias. A violência que se estabelece para a defesa da ordem, educação ou expectativas individuais, busca reduzir os sujeitos pelo terror, medo ou pela negação do conflito, estabelecendo a apropriação dos mecanismos de solução dos conflitos, considerando apenas a ordem do dominante sobre o dominado, do adulto sobre a criança. As relações sociais e/ou pessoais se torna prejudicial para uns em benefício de outros, através de dispositivos de imposição da vontade, desrespeito e desconsideração.

No entanto, em suas reflexões Engels (1981) questiona a idéia de se explicar a violência pela imposição da vontade e pelas relações políticas e considera que “o aspecto econômico da relação é mais fundamental na História do que o aspecto político” (p. 166). Ao enfatizar os interesses econômicos Engels busca o significado da violência nos meios e condições materiais. Para ele, o exercício da violência e seus meios estão relacionados ao desenvolvimento da tecnologia, que se articula com a manutenção do poder e da propriedade.

Esse determinismo econômico, no entanto, não é o único vértice a ser considerado, mas na determinação histórica da violência há que se considerar os interesses e determinantes econômicos, culturais, sociais e políticos que se inter-relacionam dialeticamente na disputa pelo poder, pela posse do outro, da autoridade. É fundamental, portanto delimitarmos e retomarmos a relação entre poder e violência.

Arendt (1994), questiona a correlação exercida por Engels entre economia e violência, relacionando-a com a perda do poder legítimo. Para a autora, o poder se delineia na busca de uma legitimação pelo qual o domínio através da violência aflora quando o poder está preste a ser perdido. Trazendo este conceito para o campo da violência doméstica contra criança, esta também implica na perda do poder legítimo, onde o adulto inverte sua função de proteção e passa a exercer a dominação.

Assim, o padrão de violência imposto por muitas famílias às suas crianças não pode ser visto isolado das questões mais amplas de poder, frustração, redução dos direitos sociais e de privação causadas pelo desemprego, injustiça social, políticas econômicas ineficientes e pela ausência do Estado em cumprir o seu papel de gerador e gestor das políticas sociais.

Em diferentes pesquisas (GUERRA, 1998; ROQUE, 2001; VENDRUSCOLO, 2004) os autores encontraram um maior número de agressores desempregados ou assalariados na faixa salarial de no máximo três salários mínimos. Na nossa pesquisa como apontado anteriormente na caracterização do campo de estudo, a região em que se insere nossa investigação, é uma região que possui um dos maiores níveis de exclusão social e um dos piores níveis de qualidade de vida e desenvolvimento humano o que nos permite reafirmar e considerar o acima exposto.

Segundo Cruz Neto e Moreira (1999) as políticas públicas são instrumentos de mediação responsáveis pela organização da sociedade, moldando, elevando, modificando, cristalizando, e/ou desvirtuando a trajetória e as condições de vida da população, usualmente classificadas de acordo com o setor ou segmento da sociedade no qual intervém diretamente, podendo ser alocadas em duas “linhas-macro”: as sociais, aquelas que têm como objetivo organizar a sociedade civil e a política, e as econômicas que visam o funcionamento do mercado.

O estudo da violência, suas relações, intervenções e prevenção demandam ainda segundo os autores um olhar sobre o campo das políticas sociais, e na nossa percepção, também sobre o campo das políticas econômicas, para que possamos superar a sua ineficiência e inexistência, pautada pela disputa de interesses da qual prevalece a elite dominante em detrimento as classes populares mais pauperizadas.

É preciso ter claro que a falta ou a ineficiência de políticas públicas sociais e econômicas, por si só não explica a violência doméstica, mas esta também é produto de uma violência macro estrutural, determinando no espaço privado o desenvolvimento da primeira.

Em Guarulhos, é importante e urgente salientarmos que, apesar dos esforços para a implementação de novas políticas públicas, especialmente sociais, como demonstra o que foi apresentado na parte inicial deste trabalho, estas políticas e serviços ainda estão permeadas pelo campo do discurso e da intencionalidade de integração.

“ [...] eu acho que para isso é importante a secretaria estabelecer um fluxo e uma integração com todos os serviços que possam estar envolvidos na assistência e atendimento dos casos” (E1).

“Ah sinto... Assim de, de um apoio maior. A prefeitura limita algumas coisas e a gente fica meio amarrado com aquilo, porque não temos apoio e nem retorno de outros serviços” (E4).

“Se eu detecto situações de violência, eu encaminho para o Conselho para fazer também a parte dele, mas não tenho nenhum retorno do Conselho Tutelar. As informações que eu vou colhendo, de como está andando é com o próprio paciente” (E6).

“Como sugestão eu acho que deveria ter mais integrações em todos os segmentos de política que existe, no município, a saúde, o Conselho Tutelar, parte jurídica que a gente tivesse conhecimento, do que cada setor pode estar oferecendo para a comunidade, para essas crianças vitimizadas, para as famílias, porque eu não sei, eu faço assim, a denúncia, o Conselho vê, mas eu não tenho depois uma seqüência, eu não sei o que aconteceu com aquela família, uma continuidade daquilo que está sendo feito para que a gente pudesse trabalhar todos os segmentos envolvidos, trabalhar em conjunto” (E8).

Este “*trabalhar em conjunto*” é apontado como uma ação imprescindível para a integração dos serviços e políticas sociais em diferentes estudos e documentos em busca de um reordenamento na intervenção e na abordagem da violência (DESLANDES, 1999; CHESNAIS, 1999; BRASIL, 2001; ROQUE, 2001; OMS, 2002; GUARULHOS. SMS, 2004a; GUARULHOS. SAS, 2004b; GUARULHOS. PM, 2004d; GUARULHOS. PM, 2004e), no entanto observamos que, apesar de presente nos documentos oficiais esta integração e reordenamento não é de conhecimento dos profissionais não estando, portanto presente na sua ação cotidiana.

No entanto há questões estruturais que dificultam esta integração, bem como o ato de notificar ou fazem com que os profissionais minimizem os benefícios gerados pela notificação. A exemplo disso é a atuação dos Conselhos Tutelares, apesar dos Conselhos serem a porta de entrada designada pelo ECA para receber as notificações de violência doméstica contra crianças e adolescentes, porta esta também estabelecida no município de Guarulhos, aqueles, na realidade brasileira ainda não estão implementados em todos os municípios, e mesmo onde instalados funcionam muitas vezes em condições adversas, com falta de infra-estrutura para o seu funcionamento, com formação heterogênea ou insuficiente de seus conselheiros e grande demanda de serviços.

“Porque a gente não sabe mais o que a gente faz, a quem a gente recorre, porque o Conselho infelizmente não está preparado, não é um pessoal especializado para lidar com essas questões” (E6).

“Eu acho que deve se fazer uma divulgação real do que é o Conselho Tutelar, para que as pessoas conheçam o Conselho Tutelar, profissionais conhecerem o Conselho Tutelar, porque os próprios profissionais não tem noção do que é o Conselho Tutelar” (E8).

Corroborando com a nossa evidencia, em recente estudo Gomes et al. (2002), encontrou que há uma expectativa por parte dos profissionais da saúde em ter retorno das notificações aos conselhos, bem como um questionamento com relação à competência dos conselhos para resolver os problemas encaminhados e que a descrença em relação a resolubilidade dos casos por parte dos profissionais também reflete questões estruturais mais amplas, como a insuficiente estruturação do aparelho público, tanto em termos numéricos para dar conta de suas demandas quanto qualitativamente no sentido de ter uma abordagem adequada para os casos.

Observarmos que, as questões sociais e econômicas foram trazidas nas falas de forma mais enfática e presente, no entanto, a violência enquanto um problema cultural e perpetuado através das relações e gerações também está presente na fala dos atores sociais deste estudo.

“Eu acho que é cultura. Infelizmente a família dela que também cuida das crianças que eu acompanho é assim” (E9).

“Alguns casos que apareciam a violência doméstica contra a mulher e muitas vezes, a grande maioria das vezes ou melhor, sempre, essa violência se atendia às crianças, ela acabava descontando, descarregando as frustrações dela nas crianças” (E6).

Em seu estudo Vendruscolo (2004) também encontrou este aspecto da violência presente na fala dos sujeitos da pesquisa, como característica cíclica na sua ocorrência.

Tomando o referencial teórico construído, ressaltamos o papel da família como um espaço da construção de padrões culturais, morais e éticos, em contrapartida como um

espaço também perpetuador dos padrões violentos de educação, das desigualdades de gênero e das relações de poder abusivas, “assim, os atendimentos às famílias, crianças e adolescentes se perpetuam, com o crescimento da criança, na constituição de novas famílias e de novos atendimentos às suas crianças, recomeçando o ciclo da violência” (VENDRUSCOLO, 2004, p. 207).

O olhar sobre a violência e a intervenção sobre este problema esta também intimamente ligado com a história de vida dos profissionais, sua experiência e compromisso.

Outra questão apontada pelos sujeitos e identificada na literatura é a falta de priorização da prevenção primária, recaindo a ênfase do atendimento quase sempre nos níveis secundário e terciário, além da falta de formação e capacitação dos profissionais da saúde para atuarem frente a este problema.

“Muitos profissionais estão despreparados para avaliar e perceber as situações de violência... Eu acho que é falta de capacitação dos profissionais e uma supervisão, acompanhamento” (E6).

“Acho que seria necessário divulgar mais entre os profissionais o que fazer e como fazer, muitos não sabem com agir ou não se sentem respaldados...” (E8).

“Assim como eu muitos colegas tem dificuldade de identificar o que é violência, e que referência temos além do Conselho” (E9).

As intervenções de prevenção primária para reduzir a violência doméstica, segundo a OMS (2002), incluem uma melhoria na assistência ao pré-natal, bem como melhoria nos programas da pré-escola e de desenvolvimento social; incentivo e divulgação de

boas práticas parentais; apoio às famílias, sobretudo as mais vulneráveis, para que tenham melhor habilidade parental e social; melhoria de infra-estrutura urbana tanto física como socioeconômicas e campanhas de mídia para mudar atitudes, comportamentos e normas sociais.

Gonçalves e Ferreira (2002) discorrendo sobre a identificação da violência doméstica nos serviços de saúde, relata que esta é carregada de muitas incertezas, uma vez que não tem sido tratada de forma sistematizada e integrada aos currículos de graduação e que não tem sido pauta de educação continuada nos serviços, seja de saúde ou educação.

Apesar da crescente discussão e estabelecimento de novas orientações, procedimentos e regulamentações na área da saúde voltadas para o fenômeno da violência, no nosso entendimento ainda se faz necessário e indispensável trazer ao conhecimento de todos os profissionais da área da saúde os indicadores familiares, ambientais e as manifestações clínicas que permitem suspeitar que uma criança tenha sido vítima de violência.

Gomes et al. (2002) com relação a isso enfatiza que,

“ [...] a efetivação de um atendimento depende da possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos. Por outro lado, ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir em seu atendimento” (p. 75).

Para além das limitações e precárias situações vividas por grande parte das famílias, caracterizadas por problemas de ordem sociais, impostos pelo ambiente em que vivem, quando lhes impedem de viver seus direitos e exercer sua cidadania, a exemplo do direito a um emprego digno que lhe garante sua subsistência, à diminuição das barreiras culturais e sociais que tanto influenciam na interação e desenvolvimento das pessoas, a problemática da violência ainda perpassa pela descrença dos profissionais quanto a

possibilidade da resolubilidade dos casos e pelo medo de sofrer represálias, fato que trataremos ao analisar a próxima categoria empírica.

4.2.2 MEDO

Uma outra característica da violência doméstica é o silêncio instalado à sua volta, geralmente rompido apenas quando atinge os limites da crueldade. Comumente as pessoas não querem se envolver em questões desta natureza seja por medo das ameaças que são feitas ou por terem a opinião que não devem se intrometer em assuntos familiares.

Esta categoria empírica evidencia o medo que emerge no imaginário, no cotidiano e na ação dos atores sociais frente aos casos de violência doméstica, sendo um dos fatores delineadores da ação dos sujeitos, influenciando no que fazem ou no que pensam poder ou não fazer.

“Porque eu tenho casos assim. Já teve casos que a família me fala o que acontece, todo mundo sabe, aí passa por um pronto socorro e ninguém percebe ou faz que não percebe muitas vezes por medo” (E4).

“ [...] alguns vêm, mas preferem não dar continuidade no caso ficam só na orientação, talvez por medo” (E6).

Para Ainsworth (1981) medo é a consciência de uma ameaça, que pode assumir inúmeras formas. Já Morris e Kratochwill (1983) definem medo como uma reação emocional mais ou menos intensa perante um perigo específico, real ou imaginário.

“Eu mesma quando acabei de desligar o telefone fiquei com medo. Falei gente o quê foi que eu fiz. Fiquei preocupada, não conseguia dormir direito” (E5).

Na modernidade, a violência tem sido considerada como uma das figuras reveladoras da desordem e da diferença que ela ameaça introduzir. Segundo Balandier (1997), apud Teixeira e Porto (1998), a violência pode tomar a forma de uma desordem contagiosa, dificilmente controlável, de uma doença da sociedade que aprisiona o indivíduo e, por extensão, a coletividade num estado de insegurança que gera o medo. O medo, a catástrofe, o apocalipse freqüentam os palcos da modernidade como velhos monstros de retorno. Uma cultura de assombro e um imaginário do medo inscreve-se no corpo em movimento da cultura atual.

Para Hersen (1973) citado por Roazzi; Federicci; Carvalho (2002) o medo pode ser analisado a partir de três aspectos: (1) verbal, sendo que neste aspecto ele aparece como auto-relato, avaliação subjetiva do sujeito sobre o seu medo; (2) motor, que se caracteriza pela reação comportamental-orgânica observável e medida; (3) psicológico.

Os depoimentos ilustram que ao verbalizar a situação do medo nossos atores o enfatiza como algo real decorrente de experiências ameaçadoras que convivem no seu dia a dia inclusive sentindo-se ameaçados em sua integridade física e no desenvolvimento de seu trabalho.

“É... receosa, eu fiquei sabendo que ela já tinha sido chamada e ela muito brava disse que ia descobrir quem foi que fez a denuncia ... Eu fiquei contente de ver que não falaram da onde vinha a denúncia” (E4).

“Bom, o medo que dá é porque assim, nós adentramos, temos um tipo de intimidade, conhecemos cada um deles, entendeu, a índole deles, tem pessoas que não tem uma boa índole, como no primeiro caso, o pai já era usuário...” (E7).

Segundo Gomes et al. (2002) este sentimento é comum nessas situações, e em seu estudo, o autor também encontrou nas falas dos sujeitos entrevistados o medo de sofrer represálias ao notificar casos de violência doméstica.

Deslandes (1999) e Gonçalves e Ferreira (2002) igualmente destacam que, dentre as resistências para se notificar, costuma haver uma experiência negativa por parte dos profissionais em se sentirem perseguidos pelos familiares das vítimas notificadas.

“Porque outras pessoas fizeram isso por mim entendeu, não precisou ser a gente daqui, porque depois a gente fica mal visto pelo bairro. Você já pensou denunciar uma família e no mês seguinte você ter que ir lá!” (E5).

De acordo com Roazzi; Federicci; Carvalho (2002) os medos alteram-se com a idade, gênero, classe sócio-econômica, nível de desenvolvimento cognitivo e com outras variáveis de natureza individual ou social, e que as reações de medo podem ser grandemente influenciadas por variáveis de ordem cultural.

Considerando que a violência tem vários significados e determinantes, históricos, político-culturais e socioeconômicos, é imprescindível entendermos que o olhar hoje empreendido sobre a violência muda e mudou historicamente, e atos que não tinham

visibilidade como violentos passam a ser assim considerados à medida que o padrão civilizatório vai se definindo mais claramente.

Assim, para entendermos a dinâmica e manifestação deste medo relatado pelos sujeitos, é preciso um aprofundamento teórico-crítico frente à questão da violência urbana e da violência doméstica as quais não devem ser analisadas como um conjunto de fatos e causas isoladas, vinculadas à falta de controle dos indivíduos, mas como um fenômeno societário complexo que envolve não só o crime enquanto transgressão, mas as relações entre as forças sociais e políticas da sociedade assim como as relações familiares, não podendo, portanto, ser estudada fora da sociedade que a produz, uma vez que ela se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas que, por serem construídos por determinada sociedade, e sob determinadas circunstâncias, podem ser por ela desconstruídos e superados (BURKE, 1995).

A violência entrou na ordem do dia da nossa sociedade, sendo apontada como uma das principais preocupações da população, sobretudo das grandes cidades, constituindo-se em um ingrediente importante e irrefutável na dinâmica urbana contemporânea.

O medo desencadeado pela situação de violência que se registra de forma mais intensa nas grandes metrópoles brasileiras ganhou status de problema nacional. Isso porque, além da gravidade e das conseqüências que gera, essa situação quando noticiada recobre o território de forma instantânea e homogênea, fazendo-se presente de forma generalizada no espaço urbano. Sejam pequenas, médias ou grandes, as cidades brasileiras vêm, paulatinamente e sistematicamente, internalizando o medo da violência urbana como elemento indissociável da vida na cidade (QUEIROZ, 2000).

Ainda segundo a autora, pensar no cotidiano dos cidadãos residentes nas cidades tidas como violentas, pressupõe considerar os indivíduos em constante estado de

alerta. Para esses, o perigo está próximo, circunda as ruas, o ambiente privado dos lares e do trabalho.

De modo semelhante, Adorno (1992) apud Queiroz (2000), reitera que o perigo “[...] está também difuso e presente nos mais recônditos espaços da vida social. Todo contato ou vínculo passa a ser visto como sendo passível de ‘impureza’, o que reforça expectativas de isolamento e segregação” (p. 22).

Neste sentido, a realidade ora estudada, observando os discursos e os dados expressos na Regional de Saúde III, aponta para a compreensão das relações e do espaço desta região sob a égide do medo, medo este que tem sua interface com a violência social urbana e que é transposto para o ambiente e para as relações do trabalho.

Outro ponto que merece destaque e que envolve as relações no trabalho é a questão do sigilo no ato da notificação. Diferente de outros estudos a exemplo de Gonçalves e Ferreira (2002) que aborda o fato do ato de notificar não representar uma quebra do sigilo profissional e Ferreira e Schramm (2000) que referem que o Estado bem como os profissionais têm o dever *prima facie* de intervir para proteger crianças de situações seriamente danosas para elas.

Segundo Singer (2000) o conceito de dever *prima facie* foi proposto por David Ross, em 1930, o qual propunha que não há, nem pode haver, regras sem exceção. Este dever é uma obrigação que deve cumprir, a menos que ela entre em conflito, numa situação particular, com um outro dever de igual ou maior porte. Um dever *prima facie* é obrigatório, salvo quando for sobrepujado por outras obrigações morais simultâneas.

Tomando este conceito temos claro que não só a ação de proteger a criança de atos violentos é um dever *prima facie* para o Estado e profissionais, mas a manutenção do sigilo entre os profissionais também o é, pois ambos os deveres dentro da complexidade

inerente ao fenômeno deve ser analisados e considerados em conjunto para evitar conflitos de ações e consequências indesejáveis.

Desta forma, nossos atores trazem na suas falas a preocupação da quebra do sigilo enquanto fator de consequências indesejáveis e permeadas mais uma vez pelo medo na sua atuação enquanto profissional da saúde.

“Eu acho que o agente, sendo um caso de um agente que fizesse a denúncia que não seja identificado, porque se falar que foi o agente, de imediato a família vai saber que o agente que ela atendeu” (E5).

“Olha, eu nunca precisei fazer, mas se é feito, que continue sendo assim, no sigilo, que ninguém fique sabendo quem fez a denúncia, porque se descobrem, pega mal para nós. Por isso que eu acho que deve ser assim, uma coisa bem sigilosa mesmo, porque se não sempre acaba sobrando para nós na rua, sempre” (E7).

Aqui se evidencia uma outra interface do medo relatado pelos atores, a quebra de sigilo ou a constatação de quem realizou a notificação configurando também uma ameaça, a qual pode estar determinando a subnotificação no município ao nos reportarmos aos dados quantitativos levantados ao caracterizarmos o cenário das notificações.

A trajetória da análise da violência doméstica no município de Guarulhos evidencia que a complexidade dos casos de violência também está sob o contexto de aspectos emocionais, representados pelo medo, que compromete uma melhor atuação do profissional frente ao problema em questão e demanda articulações de diferentes ações institucionais que possam transpor os campos disciplinares e individuais e se estabelecer no campo público para

que consigam não só intervir na realidade como também estabelecer de forma definitiva o paradigma dos direitos da criança e do adolescente.

“Já sabes. Somos de raças, nacionalidades e de grupos sociais distintos... mas todos somos crianças...”

Refletir sobre o problema da violência doméstica contra a criança e suas nuances impõe-se como exercício para se compreender a dinâmica atual da família e da sociedade. O tema é complexo, e dado a esta complexidade é um conhecimento ainda em construção o qual tem no presente estudo sua contribuição. Apesar dos progressos em relação à compreensão da violência entre os diferentes grupos e cenários, e em seus aspectos determinantes, do processo de intervenção e prevenção, ainda há urgência por mais pesquisas. Há muitos motivos para se realizar estas pesquisas, mas as maiores prioridades são obter um melhor entendimento do problema e de suas raízes e determinações, e um melhor monitoramento epidemiológico do fenômeno a fim de possibilitar o desenvolvimento e a avaliação das políticas públicas, das ações e das respostas mais adequadas.

Neste trabalho apresentamos as ações e políticas implementadas pelo município de Guarulhos no tocante à abordagem da violência doméstica contra crianças e o seu cenário representado quantitativamente pelas notificações realizadas nos anos de 2001 e 2002, bem como a análise qualitativa das entrevistas realizadas com profissionais da saúde cuja atuação possui uma interface com famílias que convivem com a violência doméstica cometida contra suas crianças.

Desde a antiguidade e, sobretudo na atualidade a família representa o espaço prioritário e o alicerce onde se estabelecem as oportunidades de socialização, bem estar e proteção nas relações humanas. As características de cada núcleo familiar, sua constituição, condições e qualidade de vida a que está submetido lhe impõe um maior ou menor grau de vulnerabilidade e conseqüentemente um maior ou menor grau de empoderamento. Mas se nos

confrontarmos com a realidade da vida moderna, podemos observar um conjunto de fatores de ordem moral, social, econômica, política e cultural que concorrem para que a família e a sociedade se organizem sob princípios de desrespeito à pessoa humana, configurando-se como um espaço que reproduz cotidianamente o poder de hierarquia e subordinação do dominante sobre o dominado, do domínio de adultos sobre crianças. Considerando, portanto esta interface e complexidade, a violência doméstica infantil não pode ser explicada por modelos teóricos deterministas ou unidimensionais os quais estão ancorados no pressuposto da causalidade linear. Mesmo o modelo interativo, hoje hegemônico no trato da violência doméstica, que busca superar o simplismo do pressuposto unicausal, substituindo-o pelo da multicausalidade decorrente da interação de fatores macro e micro, ainda não é satisfatório, isso porque se apóia no mesmo marco referencial dos modelos unidimensionais, qual seja, o empírico-analítico.

Neste sentido uma perspectiva crítica permite resgatar um modelo através do qual a compreensão de que o homem, como ser histórico e social, é parcialmente determinado, mas é também criador de mundos e transformador de realidade (AZEVEDO, 2002).

Em que pese os avanços alcançados até o momento ainda prevalece uma permisividade social e política ao redor da violência contra crianças e adolescentes, a qual impede que este problema seja detectado e se assista e intervenha de maneira oportuna. Entre os elementos que dificultam a identificação e manejo dos casos de violência nos serviços de saúde podemos destacar os que se referem aos prestadores de serviço, ao sistema de saúde, a formação e conhecimento e sensibilização dos gestores e profissionais e a reação de medo dos profissionais e das próprias vítimas e famílias.

Percebemos que a nossa pesquisa atingiu os objetivos a que se propôs, isto é, conhecer e analisar o significado da violência contra crianças no cotidiano dos profissionais

de saúde do município de Guarulhos, os limites de sua atuação, as lacunas no atendimento e acompanhamento dos casos, as origens e possíveis conseqüências dessas lacunas.

Da mesma forma o que encontramos com os resultados alcançados nos possibilitou responder às nossas questões e pressupostos uma vez que estes têm relação direta com os objetivos.

Pudemos identificar que a dificuldades enfrentada pelos profissionais da saúde para acolher e atender as crianças vítimas de violência doméstica é a pouca visibilidade política e institucional que o problema ainda enfrenta no município. A participação de toda a sociedade no enfrentamento deste desafio é a mudança substancial que se apresenta. A atuação frente à violência deixa de estar nas mãos apenas dos serviços de segurança pública, judiciário e assistência social, para se integrar entre os diferentes segmentos da sociedade civil e setores governamentais. A área da saúde deve tomar para si um dos mais importantes papéis nesta nova época, participar de forma efetiva na identificação, assistência e prevenção da violência doméstica infantil.

Considerando as categorias empíricas “*nada a fazer*” e “*medo*” resgatamos a íntima representação entre ambas, uma vez que é no contexto da falta de políticas públicas, dos aspectos sociais, econômicos e culturais relatados como determinantes, do desconhecimento e do medo que se dá o processo de reconhecimento, limitação e busca de melhor atenção no fenômeno da violência.

Atendendo ao pressuposto de que para desempenhar efetivamente o seu papel os profissionais da saúde precisam conhecer, compreender e enfrentar este problema, no nosso estudo, bem como através de outros estudos realizados no setor da saúde, pudemos demonstrar que ainda existe um desconhecimento dos procedimentos para a identificação, atenção e dos mecanismos de referência; existem situações em que o próprio sistema de saúde e sua organização limitam a atenção, orientação e prevenção necessárias, além das barreiras

de caráter pessoal como, por exemplo, o medo e concepções reducionistas que ainda acompanham este tipo de violência.

Como consequência dessas lacunas podemos constatar o continuísmo social do descompromisso e do pouco envolvimento dos profissionais desvelados pelo “tudo acontece como se nada estivesse acontecendo” pois segundo suas falas “nada temos a fazer”.

O papel do setor da saúde em Guarulhos, na atenção, na assistência e na prevenção contra a violência resulta de sua responsabilidade com o público e na urgência em adotar uma postura proativa em cooperação e integração com outros setores, que em sintonia com as recomendações da OMS (2002) vise a criação, implementação e monitoramento de um plano de ação para a prevenção contra a violência; aprimoramento da capacidade de coleta de dados; o fortalecimento as respostas para as famílias e vítimas da violência através de uma revisão dos serviços atualmente prestados e de uma melhor integração entre os apoios de saúde, educação, assistência social e judicial e integrar a prevenção contra a violência às políticas sociais e educacionais e, assim promover a igualdade de gêneros e social.

A forma como olhamos esta ação proativa inclui a prevenção inserida em ações de comunicação, culturais, políticas e econômicas, que sejam capazes de gerar uma consciência coletiva e um compromisso frente aos problemas de desigualdade, exclusão e discriminação aos quais muitas crianças estão submetidas, evitando que a violência doméstica se perpetue de geração em geração e promovendo alternativas de organização social e familiar.

Para isso é necessário fortalecer e criar novos espaços de atenção às vítimas, com equipes multidisciplinares dentro da lógica de rede de atenção e apoio que também na visão dos nossos atores sociais necessita de um empenho e compromisso político para a sua efetivação.

Todo este processo de visibilidade não ocorre de maneira homogênea, existem

avanços e retrocessos, êxitos e obstáculos, requerendo um exercício de perseverança, compromisso e integração para que as crianças vítimas de violência doméstica, suas famílias e comunidade sejam na realidade os protagonistas deste caminhar.

AINSWORTH, S. *O poder emocional positivo: como governar seus sentimentos*. São Paulo: Cultrix, 1981.

ANASTÁCIO, Z. V. *Rede criança: um projeto preventivo na área da infância e violência física doméstica/rede pró-vida de proteção e valorização das crianças e adolescentes do município de Guarulhos. (Relatório Final de Curso)*. São Paulo: Instituto de Psicologia/USP, Laboratório de Estudos da Criança, IX TELELACRI, 2002. (mimeografado).

ARENDT, H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ASSIS, S. G. *Crianças, violências e comportamento: um estudo em grupos sociais distintos. (Relatório Final de Pesquisa)*. Rio de Janeiro: ENPS/FIOCRUZ, 1992. (mimeografado).

ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 126-134, 1994. Suplemento 1.

ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Criando Caim e Abel – pensando a prevenção da infração juvenil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 133-144, 1999.

AZEVEDO, M. A. Contribuições brasileiras à prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 125-135.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 1997.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. *Pele de asno não é só história: um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família*. São Paulo: Rocca, 1998.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO - BID. *Informe de progreso económico y social*. Washington DC, 1998.

BESERRA, M. A.; CORRÊA, M. S. M.; GUIMARÃES, K. N. Negligência contra a criança: um olhar do profissional de saúde. In: SILVA, M. P. da S. *Violência doméstica contra a criança e o adolescente*. Recife: EDUPE, 2002. p.61-81.

BEZERRA, M. A. *Violência doméstica contra criança e adolescente: representação do profissional da saúde*. 2000. 154p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

BILAC, E. D. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 29-38.

BOCK, A. M. M.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. MJ. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul.1990. Seção 1, p.51.

BRASIL. MS. *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. Disponível em <http://www.senado.gov.br/legbras>. Acessado em: 20/maio/2003.

BRASIL. MS. *Lei nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.senado.gov.br/legbras>. Acessado em: 20/maio/2003.

BRASIL. MS. *Lei nº 8.742*, de 07 de dezembro de 1993a. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Disponível em <http://www.senado.gov.br/legbras>. Acessado em: 20/maio/2003.

BRASIL. MS. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*, Brasília: MS, SPS, 1993b.

BRASIL. MJ. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: MJ, 1997.

BRASIL. MS. *Política nacional de redução da morbi-mortalidade por acidentes e violência*. Portaria NS/GM nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU nº 96 seção 1E, de 18/05/01. Brasília: MS, SAS, 2001.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Texto constitucional de 05 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 01, de 1992, a 38, de 2002, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 01 a 06, de 1994. 19. ed. 2002. Brasília: Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicações, Câmara dos Deputados, 2002a. (Série de textos básicos; nº 28).

BRASIL. MS. *Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*. Brasília: MS, SAS, 2002b.

BRASIL. MS. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: MS, SAS, 2002c. Cadernos de Atenção Básica, n. 8, Série A – Normas e Manuais Técnicos, n. 131.

BRASIL. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. *Diário Oficial da União*, Edição n. 96 de 20/05/2004.

BRONFENBRENNER, U. Ecological system theory. In: VASTA, R. (Org.). *Six theories of child development: revised formulations and current issues*. London: JKP, 1992. p. 187-249.

BROSS, D. C. et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver: Kempe Children's Center, University of Colorado, School of Medicine, 2000.

BURKE, P. Violência social e civilização. *Braudel Papers*, n. 12, p. 1-8, 1995.

BUVINIC, M. Violência nas Américas: um plano de ação. In: BUVINIC, M.; MORRISON, A. R.; SHIFER, M. *A família ameaçada: violência doméstica nas Américas*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

CAMPOS, A.; POCHMANN, M.; BARBOSA, A.; AMORIN, R.; SILVA, R. (orgs). *Atlas de exclusão social do Brasil*. São Paulo: Cortez, 2003. 167p. v.2.

CENTRO DE REFERÊNCIA, ESTUDOS E AÇÕES SOBRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (CECRIA). *Fundamentos e políticas contra a exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes* - Relatório de estudo. Brasília: MJ/CECRIA, 1997. 76p.

CHAMBOULEYRON, R. *É possível mudar - a criança, o adolescente e a família na política social do município*. São Paulo: Helvética, 1993. Série Direitos da Criança, v.1.

CHAMBOULEYRON, R. Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. In: DEL PRIORE, M. (Org.). *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2000. p. 55-83.

CHESNAIS, J. C. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 53-69, 1999.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). *Panorama social da América Latina 2000*. Santiago de Chile, 2000. 322p.

CORDEIRO, A. M. A criança e seus pais: amada e violada. In: STEINER, M. H. F. *Quando a criança não tem vez: violência e desamor*. São Paulo: Pioneira, 1986. Série Cadernos de Educação. Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 51-66.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 33-52, 1999.

CURY M.; PAULA, P. A. G. de.; MARÇURA, J. N. *Estatuto da criança e do adolescente anotado*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1991.

DEL PRIORE, M. (Org.). *História das Crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2000.

DESLANDES, S. F. *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ENSP / CLAVES, 1994a.

DESLANDES, S. F. Atenção à criança e adolescente vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 177-187, 1994b.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DESSEN, M. A.; LEWIS, C. Como estudar a "família" e o "pai". *Paidéia. Cadernos de psicologia e educação*. Ribeirão Preto, v. 8. n.14/15, p. 105-121, fev/ago. 1998.

DIMENSTEIN, G. *A guerra dos meninos: assassinatos de menores no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1990.

DREXEL, O. M. I.; IANNONE, L. R. *Criança e miséria vida ou morte?* 13. ed. São Paulo: Moderna, 1997.

ENGELS, F. *Política*. São Paulo: Ática, 1981.

FALEIROS, V. P. A fabricação do menor. *Humanidades*, Brasília, n. 12, 1986.

FALEIROS, V. P. Violência contra a Infância. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 10 , n. 2, p. 475-490, jul/dez. 1995.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. A importância da família. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org) *Família brasileira: a base de tudo*. 2. ed. São Paulo/Brasília: Cortez/UNICEF, 1997.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34. n. 6, p. 171-179, dez. 2000.

FREITAS, M. C. (Org). *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1997.

GELLES, R. J. *Intimate violence in families*. London. Thousand Oaks: Sage Publicacions, 1997.

GOMES, R. A Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.), *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 67-80.

GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 171-81, 1999.

GOMES, R.; ALMEIDA, A. B. B. de; ECHEINS, I. B.; SOLTER, M.; PAIVA, S. C. S. de. A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. *Revista Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 5-8, julho. 1999.

GOMES, R.; JUNQUEIRA, M. de F. P. S.; SILVA, C. de O.; JUNGER, W. L. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 71-82, 2002.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 123-130, jan./fev.2002.

GRACIANI, M. S. S. *Pedagogia social de rua: análise e sistematização de uma experiência vivida*. São Paulo: Cortez/Instituto Paulo Freire, 1997.

GUARULHOS. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria Municipal da Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Guarulhos - 2001/2004*. Guarulhos: PM, 2001.

GUARULHOS. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria Municipal da Educação. Departamento de Ensino Escolar. *Quadro estatístico da rede municipal de educação*. Guarulhos: PM, 2002a.

GUARULHOS. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Serviço de Abastecimento de Água e Esgoto. Relatório Anual. Guarulhos: PM, 2002b.

GUARULHOS. Prefeitura Municipal de Guarulhos. *Mapa de exclusão e inclusão social de Guarulhos*. São Paulo: Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, 2003.

GUARULHOS. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria Municipal da Saúde. *Projeto de atenção à saúde da população em situações de violências e outras causas externas*. Guarulhos: PM, 2004a. 12p.

GUARULHOS. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria da Assistência Social e Cidadania. Disponível em <http://www.guarulhos.sp.gov.br>. Acessado em: 02/set/2004b.

GUARULHOS. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. *Relatório de produção*. Guarulhos: PM, julho. 2004c.

GUARULHOS. Prefeitura Municipal de Guarulhos. *Plano diretor de desenvolvimento urbano, econômico e social do município de Guarulhos*: Projeto de Lei N° 085/2004. Guarulhos: PM, 2004d. 16p.

GUARULHOS. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Decreto N° 22855, de 08 de outubro de 2004e. Dispõe sobre a criação do comitê municipal de enfrentamento à violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. Disponível em <http://www.guarulhos.sp.gov.br/> boletim oficial. Acessado em: 08/out/2004.

GUERRA, V. N. A. Violência de pais contra filhos: algumas indagações. In: STEINER, M. H. F. (Org.). *Quando a criança não tem vez: violência e desamor*. São Paulo: Pioneira, 1986. Série Cadernos de Educação.

GUERRA, V. N. A. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez, 1998.

GUIMARÃES, I. *Educação sexual na escola: mito e realidade*. São Paulo: Mercado das Letras, 1995. 128p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Crianças e adolescentes: indicadores sociais*. v. 4. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.

KLIKSBERG, B. *Falácias e mitos do desenvolvimento social*. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001.

KUPSTAS, M. (Org.). *Violência em debate*. São Paulo: Moderna, 1997.

LABORATÓRIO DE ESTUDOS DA CRIANÇA. Disponível em <http://www.lacri.usp.br>. Home Page. Acessado em: agosto de 2003.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. *Temas Básicos de Educação e Ensino*. São Paulo: E. P. U, 1986.

MEDEIROS, M. *Olhando a lua pelo mundo da rua: representações sociais da experiência da vida de meninos em situação de rua*. 1998. 171f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MELLO, S. L. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 51-60.

MINAYO, M. C. de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. Suplemento 1.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996a.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996b.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

MINAYO, M. C. de S. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (Org). *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p.95-114.

MINTY, B.; PATTISON, G. The nature of child neglect. *British Journal of Social Work*, n. 24, p.733-747, 1994.

MORRIS, R. J.; KRATOCHWILL, T. R. *Treating children's fears and fobias*. New York: Pergamon Press, 1983.

NOVO CÓDIGO DE MENORES. Lei nº 6.697. 6 ed. São Paulo: Atlas, 1988.

NUNES, C.; SILVA, E. *A educação sexual da criança*. Campinas/São Paulo: Autores Associados, 2000. Coleção Polêmicas do Nosso Tempo.

OCHOTORENA, J. P. et al. *Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo*. Espanha: Victoria-Gasteiz, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil*. Brasília: OPAS, 2002.

PASSETTI, E. O menor no Brasil republicano. In: DEL PRIORE, M. D. *História da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1998. p. 146-175.

PATRÍCIO, Z. M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético e "Koans e Tricksters". In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Orgs) *Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*, Brasília: ABEn/ Governo Federal, 2000. p. 121-143.

PETZOLD, M. The psychological definition of "the family". In: CUSINATO, M. (Org). *Research on family resources and needs across the world*. Milano, LED, 1996. p. 25-44.

PIMENTA, E. Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. n. 1, Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2000, p. 18. *Coleção ABIA – Saúde sexual e reprodutiva*.

QUEIROZ, I. S. *Territorialidades do medo no Grande Bom Jardim: a violência como vetor de mudanças no espaço urbano de Fortaleza*. 2000, 172f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.109-121, 1999.

REPPOLD, C. T.; PACHECO, J.; BARDAGI, M.; HUTZ, C. S. Prevenção de problemas de comportamento e o desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: HUTZ, C. S. *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 8-51.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. das G. C.; REIS, J. N. dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p.42-51, mar./abr., 2004.

RIZZINI, I. *A criança no Brasil de hoje: desafio para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Universitária Santa Úrsula, 1993.

RIZZINI, I. *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Universitária Santa Úrsula, 1997.

RIZZINI, I. *Assistência à infância no Brasil: uma análise de sua construção*. Rio de Janeiro: EDUSU-CESPI/Universitária Santa Úrsula, 1993.

ROAZZI, A.; FEDERICCI, F. C. B.; CARVALHO, M. do R. A questão do consenso nas representações sociais: um estudo do medo entre adultos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 18, n. 2, p. 179-192, maio/ago, 2002.

ROCHA, S. Governabilidade e pobreza: o desafio dos números. In VALADARES, L.; COELHO, M. P. *Governabilidade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. p. 54-67.

ROMANELLI, G. O relacionamento entre pais e filhos em famílias de camadas médias. Paidéia. *Cadernos de Psicologia e Educação*. Ribeirão Preto, v. 8. n. 14/15, p.123-136, fev/ago, 1998.

ROQUE, E. M. de S. T. *A violência na família contra crianças e adolescentes e a percepção dos operadores do direito, na comarca de Jardinópolis - SP*. 2001. 226f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ROSÁRIO, M. do. Políticas públicas voltadas para a proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência. In: UNICEF (Org.) *Violência doméstica*. Brasília: UNICEF, 2000. p. 12-17.

SAFFIOTI, H. I. B. Introdução: a síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A (Org.). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989.

SANTOS, H. O. *Crianças espancadas*. São Paulo: Papyrus, 1987.

SÃO PAULO. *Decreto nº 47.171*, de 1º de outubro de 2002. Dispõe sobre a instituição do sistema de vigilância epidemiológica para acidentes e violências e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. *Plano estadual de prevenção dos acidentes e violências*, São Paulo, 2004. 9p. (mimeografado)

SCHUMACHER, J.; SMITH SLEP, A. M.; HEYMAN, R. E. Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior*, n. 6, p. 231-254, 2001.

SEDA, E. *O novo direito da criança e do adolescente*. Brasília: CBIA-MAS, 1993.

SINGER, P. *Ética prática*. Lisboa: Gradiva, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais da saúde. Rio de Janeiro: SBP/CLAVES/FIOCRUZ/MJ, s/d. 40p.

TEIXEIRA, M. C. S.; PORTO, M. do R. S. Violência, insegurança e imaginário do medo. *Cad. CEDES*, Campinas, v. 19, n. 47, p.51-66, dez., 1998.

TEOTÔNIO, D. F. M. *Um núcleo para crianças e adolescentes com vivência na rua na percepção de seus integrantes*. 2000. 182f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992.

UNICEF. *Família brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 1994.

UBEDA, E. M. L.; FERRIANI, M. das G. C.; GOMES, A. Z. A violência contra a criança e o adolescente: estudo numa instituição do poder judiciário. In: Simpósio Internacional Inovação e Difusão do Conhecimento em Enfermagem. *Programas e Resumos*. Ribeirão Preto. Jubileu de Ouro do Simpósio, 2003, p.111.

VENDRUSCOLO, T.S. *Políticas e prioridades públicas: a experiência de Ribeirão Preto no atendimento à criança e ao adolescente, vítimas de violência doméstica*. 2004. 291f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

VEYNE, P. O império romano. In: ARIAS, P.; DUBY, G (Orgs). *História da vida privada*, v.1. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p.19-224.

VITALE, M. A. F. Socialização e família: uma análise intergeracional. In: CARVALHO, M. C. B. (Org). *A família contemporânea em debate*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 90-96.

WALDMAN, E. A.; JORGE, M. H. M. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.71-79, 1999.

ROTEIRO DA ENTREVISTA - (APÊNDICE A)

I. Identificação do entrevistado

Nome:

Sexo:

Formação:

Função:

Unidade de Saúde em que está atuando:

Área de atuação atual:

II. Questões

1. Qual a sua vivência ou experiência no atendimento dos casos de violência doméstica contra crianças?

2. O que tem feito frente aos possíveis casos de violência doméstica contra crianças com os quais você se depara?

3. Como vê o trabalho, os recursos disponibilizados no município com relação a assistência às crianças vítimas de violência doméstica .

TERMO DE CONSENTIMENTO – (APÊNDICE B)

Como enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos e Pós-Graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, vimos através deste solicitar sua colaboração em participar da pesquisa que estaremos realizando junto às Unidades de Saúde, através da qual buscaremos identificar e analisar as notificações realizadas, os limites da atuação dos profissionais, as lacunas existentes no atendimento e acompanhamento dos casos de violência doméstica contra crianças, as origens e possíveis conseqüências dessas lacunas.

Salientamos que a referida pesquisa se dará através de análise documental e entrevistas individuais, as quais serão gravadas e transcritas, não trazendo nenhum risco físico, moral ou ônus financeiro para os participantes, sendo que será mantida em sigilo a identificação dos entrevistados, ou seja, os participantes durante a gravação ou transcrição das entrevistas não serão identificados por nome, apelido ou qualquer outro meio que possibilite sua identificação. Assim sendo as informações serão usadas apenas para este estudo.

Lembramos que a qualquer momento da pesquisa os participantes poderão desistir de sua participação, sendo esta voluntária.

Grata,

Marta Angélica Iossi

COREn 41565/SP

Nome do profissional:

Assinatura:

Data:

(ANEXO A)

(ANEXO B)

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Marta Angélica Iossi

Assinatura:

Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos

R. Íris, 300 – Gopoúva – Guarulhos – CEP 07150-080

Email: martangelica@ig.com.br