

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

DELÂNIO HORÁCIO DOS SANTOS

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES E AFIRMAÇÃO DE DIREITOS:
A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DE PERNAMBUCO

Recife – PE

2013

DELÂNIO HORÁCIO DOS SANTOS

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR CONTRA
CRIANÇAS E ADOLESCENTES E AFIRMAÇÃO DE DIREITOS:
A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Serviço Social da Universidade
Federal de Pernambuco, como exigência à
obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Mondaini de
Souza.

Recife – PE

2013

Catálogo na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S237v Santos, Delânio Horácio dos

Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes e afirmação de direitos: a notificação compulsória no Hospital das Clínicas de Pernambuco / Delânio Horácio dos Santos. - Recife : O Autor, 2013.

189 folhas : il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Mondaini de Souza.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2013.

Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Violência doméstica. 2. Estatuto da Criança e do Adolescente. I. Souza, Marco Antônio Mondaini de (Orientador). II. Título.

361 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2013 – 122)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE MESTRADO

Ata da Defesa de Dissertação do Curso de Mestrado em Serviço Social, realizada no Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco. As nove horas e trinta minutos do dia vinte e nove de agosto de dois mil e treze, no Anfiteatro do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a Defesa de Dissertação intitulada: “**Violência Doméstica/Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes e Afirmação de Direitos: a notificação compulsória no Hospital das Clínicas de Pernambuco**” de autoria do Mestrando, **Delânio Horácio dos Santos** o qual já havia preenchido todas as demais condições exigidas para obtenção do Grau de **Mestre em Serviço Social**. A Banca Examinadora aprovada pelo Colegiado do Curso e homologada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, processo número **23076.035334/2013-49**, foi constituída pelos seguintes Professores: **Marco Antônio Mondaini de Souza, Doutor em Serviço Social**, Orientador e Examinador Interno; **Helena Lúcia Augusto Chaves, Doutora em Sociologia**, Examinadora Interna; **Valéria Nepomuceno Teles de Mendonça, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Externa; **Ana Cristina Brito Arcoverde, Doutora em Sociologia**, Suplente Interna; **Mirian Damasceno Padilha, Doutora em Serviço Social**, Suplente Externa. Na qualidade de Orientador, o **Dr. Marco Antônio Mondaini de Souza** presidiu os trabalhos e após as devidas apresentações, convidou o candidato a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a apresentação, o candidato foi arguido pela Banca Examinadora, que após as devidas considerações finalizou os trabalhos e decidiu...**APROVAR**..... a Dissertação com as seguintes menções: **Dr. Marco Antônio Mondaini de Souza: ...APROVAR**.....; **Dr^a. Helena Lúcia Augusto Chaves: ...APROVAR**.....; **Dr^a. Valéria Nepomuceno Teles de Mendonça: ...APROVAR** E para finalizar, lavrei a presente ata que será assinada por mim e por quem de direito. Recife, 29 de agosto de 2013.

BANCA:

Prof. Dr. Marco Antônio Mondaini de Souza

Prof^a. Dr^a. Helena Lúcia Augusto Chaves

Prof^a. Dr^a. Valéria Nepomuceno Teles de Mendonça

MESTRE:

Delânio Horácio dos Santos

*À Simone Souza Leite, presença acolhedora,
amizade, dedicação, carinho;*

*A Wellington Galdino Soares, companheiro,
porto seguro, aconselhador, por se aproximar
quando eu mais precisava.*

*Encontrei em vocês força e inspiração para
finalizar essa etapa em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A tarefa de tecer essa dissertação foi marcada por muitos momentos nos quais me senti ou tive a sensação de estar só no mundo. Mas essa é uma fase que grande parte de inspiração, força, objetividade, é voltada para pesquisa, leitura, (des) construção dos capítulos, coleta e análise dos dados. E tudo isso requer certo distanciamento de várias ocasiões com a família, amigos/as. Todavia, a construção do trabalho ora apresentado é fruto de coletividade, troca de conhecimentos, idas e vindas, reflexões, acertos e equívocos... Dessa forma, sou/serei eternamente grato a todas as pessoas que trilharam esse caminho comigo, são elas:

Tuma 2011.1 do Mestrado em Serviço Social UFPE, a quem posso chamar de FAMÍLIA. A definição correta é essa! Adilson Júnior, Aldineide Felipe, Aurora Assunção, Clara Martins, Ilka Perusso, Magaly Colares, Mayara Mendes, Simone Souza, Thiago Santos, vocês, nesses pouco mais de dois anos, demonstraram que o conhecimento agrega coletividade, (des) concordâncias, pluralidade, historicidade, vida em constante movimento – e por que não sentimentos? Cuidamos, apostamos, vibramos, apoiamos, sorrimos, choramos, “brigamos”, assim como ocorre em toda convivência familiar (risos). Estendo minha gratidão e estima por vocês.

Profº. Drº. Marco Antônio Mondaini de Souza (meu orientador), por aceitar compartilhar suas reflexões, indagações, observações, elementos tão caros à constituição desse trabalho dissertativo. Agradeço-lhe também por ter me permitido acompanhá-lo como estagiário docente na disciplina de Direitos Humanos, ocasião enriquecedora para minha vida acadêmica e profissional. Sou grato, em particular, pelas inúmeras vezes que ouvi suas palavras de encorajamento, quando não encontrava forças para conduzir a pesquisa.

Professoras do Programa de Pós-graduação em Serviço Social UFPE, em especial àquelas que contribuíram através de suas aulas: Alexandra Mustafá, Fátima Lucena, Anita Aline, Mônica Costa, e Profª. e Coordenadora Ana Vieira.

Professoras Ângela Amaral e Juliane Peruzzo, pelo carinho e afeto durante nossos encontros (corredores da Universidade, sala de aula, Encontros de Serviço Social).

Professora Ana Arcoverde, pelas contribuições valiosas durante minha qualificação do projeto de dissertação.

Professora Helena Chaves, pela presença na qualificação do projeto e defesa da dissertação, agregando, através de sua arguta reflexão, elementos indispensáveis à qualidade deste trabalho.

Professora Valéria Nepomuceno, por compartilhar sua vasta experiência profissional e estudos sobre a temática dos direitos da infância e adolescência, enriquecendo esse trabalho durante a banca examinadora.

Profissionais participantes dessa pesquisa, oriundos dos setores Ambulatório de Puericultura, Enfermaria de Pediatria, Centro Obstétrico e Maternidade, do Hospital das Clínicas de Pernambuco, por aceitarem contribuir com esse trabalho através da partilha de seu cotidiano de intervenção.

Assistentes Sociais do Serviço Social do HC/PE – minha “escola” de formação – que sempre me acolhem tão bem e muito contribuíram para a conclusão da coleta de dados, em especial à Cristiane Valença e à Chefe do Serviço Social Verônica Medeiros.

Meu pai Armando e minha mãe Lourdes, pelos anos dedicados à minha vida, por sempre me incentivar a estudar, fortalecer os meus sonhos, apoiar minhas decisões, torcer mais que todos (risos).

Familiares, pelas orações e incentivo, em particular meu irmão Dalônio Santos, minha prima Luizy Silva. Valeu pela força!

Amigas/os de perto (especiais e indispensáveis em minha vida), sempre prontas/os para abraçar, aconselhar, lutar, torcer. Em especial, Elida Ribeiro, Felipe Gondin, Lilian Alexandre (por ter iniciado comigo a discussão da violência infanto-adolescente em nosso TCC), Lucicleide Araújo, Rachel Freitas, Raquel Maíra, Sandra Albuquerque, Silvana Attal, Simone Nascimento, Rebeca Thiellman, Viviana Monteiro, Weslly Nascimento.

Amigos que conheci no início da Pós-graduação, acompanhando-me todo este percurso, ouvindo minhas lamúrias, etc., transformando esse momento em algo mais brando, através de telefonemas, contatos pela internet, encontros... Daniel Sampaio, Deibison Silva, Eduardo Brenner, Leilson Barbosa, Marciel Monte, Sandiro Sodré, Silvio Filho, Tarcízio Soares. Obrigado por tudo!

Cintia Reis, Andrea Pedrosa, Luiza Vanderley, Rita Nascimento, Rosaly Medeiros (minha primeira coordenadora), Assistentes Sociais do Hospital Miguel Arraes, meu primeiro espaço de intervenção profissional, pela torcida de sempre.

Daniela Souza, Graça Crespo, Karine Torres, Julianna Vanderlei, equipe amada do Núcleo de Pesquisa da Gerência de Monitoramento de Avaliação, pela amizade, abraços, torcida e prestígio.

Todos e todas que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho.

Cordel do Estatuto da Criança e do Adolescente (Manoel Messias Belizario Neto)

Vou contar para vocês
O que deixou tão contente
 Todo o nosso país,
 Porém especialmente
A quem é a todo instante
Um público tão importante:
 Criança e adolescente.

 Quando no ano 90,
 Julho convém ressaltar,
 O Governo Federal
 Resolveu sancionar
 O Estatuto por lei
 Que muito serviu, direi
 Para nos auxiliar.

 Antes dos anos noventa,
Lembram bem as entidades,
 E toda a população
 As reais dificuldades
Pra criança e adolescente
 Em especial carente
 De família de verdade.

 E após ser sancionada
 Pouca gente acreditou
Que fosse posta em prática,
 Mas tanto se lutou!
 Agora temos a lei
 E então amigos sei
 Que a espera terminou

 Só sabe o valor do ECA
 Quem vivia a perecer
 À busca de um auxílio
 Pra poder se defender
Sem ele o público em questão
 Vivia sem solução
 Sem saber o que fazer.

 Mas para firmar o ECA
 Não fora tão fácil não.
 Movimentos sociais,
Lutando deram-se as mãos
 E juntos com a sociedade
 Defendendo tal idade
 Conseguiram essa ação.

Por isso esse público alvo
Tem muito a comemorar
Também todo segmento
Que esteve a lutar
Não só no treze de julho
Podemos mostrar orgulho
Pois o ECA aqui está.

Mas é inútil amigos
Se ficarmos todos sós
Tentando fazer cumpri-lo.
Temos que juntar a voz.
Sempre que alguém precisar
Deve o ECA apresentar
Pra se desatar os nós.

Resumo

Este estudo tem por temática a violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente e a efetivação de direitos desse segmento populacional acionada a partir da notificação compulsória dos casos suspeitos e/ou confirmados de “maus-tratos”, no Hospital das Clínicas de Pernambuco. Objetiva, de forma geral, analisar as condições objetivas/subjetivas de concretização desta notificação no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC/PE), para efetivação de direitos deste grupo geracional. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece em seu art. 13º a obrigatoriedade da comunicação dos casos de suspeita ou confirmação de violência ao Conselho Tutelar de onde reside a vítima e às demais autoridades competentes. Profissionais de saúde pública, e, mais recentemente, os que compõem a rede privada, receberam do Ministério da Saúde a incumbência da notificação compulsória, realizada através de um instrumental próprio criado por tal Ministério: a Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências interpessoais. Todavia, o não registro e não-municação dos casos, ou seja, a subnotificação, se faz presente nos serviços de saúde do SUS, por diversos fatores particulares e alguns gerais, de acordo com cada realidade estudada, o que foi demonstrado, em sua grande maioria, na literatura produzida por autores das ciências da saúde, e mais recentemente, no primeiro decênio do Século XXI, do Serviço Social. Diante do exposto, a pergunta central de nossa pesquisa foi: Quais as condições objetivas/subjetivas para a efetivação da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência infanto-adolescente, nos serviços de saúde do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC/PE), para efetivação de direitos de crianças e adolescentes vítimas de violências? Partimos da hipótese de que a notificação dos “maus-tratos” em infantes e púberes atendidos neste Hospital se efetiva ou não devido a condições objetivas/subjetivas, sejam elas de caráter individual, material, intelectual, moral, institucional, legal. Trata-se de um estudo qualitativo, no qual foram entrevistados por meio de um questionário semiestruturado 12 profissionais de nível superior (assistentes sociais, enfermeiros, médicos e psicólogos) componentes do Ambulatório de Puericultura, Centro Obstétrico, Maternidade, Enfermaria de Pediatria e Serviço Social. Escolhemos neste estudo a teoria social crítica, a fim de discutirmos o tema em sua totalidade, desvelando as contradições da realidade do nosso objeto de análise. Concluímos, então, que alguns profissionais dos espaços analisados dão passos iniciais mais sensíveis à concepção da violência enquanto uma violação dos direitos de crianças e adolescentes vitimizados. Contudo, para que haja o cumprimento da notificação para fins construtivos de perfis epidemiológicos, que seja suficientemente capaz de gerar subsídios à formulação de políticas públicas de enfrentamento, o Estado deve proporcionar qualificação necessária aos trabalhadores de saúde e ambientes adequados de trabalho que possam resguardar os notificadores, condições objetivas ao exercício de atendimento às vítimas de violências.

Palavras-chave: violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente; Estatuto da Criança e do Adolescente; afirmação de direitos; notificação compulsória.

Abstract

This study is subject to domestic violence/child-adolescent intrafamilial and enforcing rights of this population segment driven from the mandatory reporting of suspected and / or confirmed abuse, the Hospital Clinics of Pernambuco. Objective, in general, examine the objective conditions/subjective realization of this notification Hospital Clinics of Pernambuco (HC/PE) for enforcing rights of this generational group. The Statute of the Child and Adolescent (ECA) establishes in its article. 13 mandating the reporting of cases of suspected or confirmed to the Guardian Council of violence where the victim resides and the other competent authorities. Public health professionals and, most recently, those who make up the private network, received from the Ministry of Health the task of compulsory notification, performed through a very instrumental created by this Ministry: the Notification Form / Research Single Domestic Violence, Sexual and / or other interpersonal violence. However, the non-registration and non-munication of cases, ie, underreporting, is present in the SUS health services for many private and some general factors, according to each situation studied, which was demonstrated in his most part, the literature produced by authors in the health sciences, and more recently, in the first decade of the XXI Century, Social Work. Given the above, the central question of our research was: What are the objective conditions/subjective to the effectiveness of mandatory reporting of suspected or confirmed cases of child and adolescent violence, health services, Hospital Clinics of Pernambuco (HC/PE) for the realization of rights of children and adolescents victims of violence? We hypothesized that the reporting of abuse in infants and pubescent attended this hospital is effective or not because of objective conditions / subjective, whether of individual character, material, intellectual, moral, institutional, cool. This is a qualitative study, in which they were interviewed using a semistructured questionnaire 12 top-level professionals (social workers, nurses, doctors and psychologists) components of the Ambulatory Child Care, Obstetric Center, Maternity, Pediatric Nursing and Social Work. We chose this study critical social theory in order to discuss the issue in its entirety, revealing the contradictions of the reality of our object of analysis. We conclude, then, that some of the spaces analyzed professionals give initial steps more sensitive to the conception of violence as a violation of the rights of children and adolescents victimized. However, for there to be compliance with the notification for constructive purposes of epidemiological profiles, which is capable of generating enough subsidies to the formulation of public policies action, the state must provide necessary skills to health workers and adequate working environments that can protect the notifiers objective conditions to the exercise of care for victims of violence.

Keywords: domestic violence/intrafamilial child and adolescent; Statute of Children and Adolescents; assertion of rights; compulsory notification.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH** – Autorização de Internação Hospitalar
- ANDES** – Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
- CBIA** – Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência
- CCS** – Centro de Ciências da Saúde
- CDC** – Convenção sobre os Direitos da Criança
- CEP** – Conselho de Ética e Pesquisa
- CF** – Constituição Federal
- CGDANT** – Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
- COB** – Centro Obstétrico
- CRAS** – Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS** – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CT** – Conselho Tutelar
- DASIS** – Departamento de Análise de Situação de Saúde
- DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DEM** – Delegacia Especializada da Mulher
- DNCr** – Departamento Nacional da Criança
- DST** – Doença Sexualmente Transmissível
- EBSERH** – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- FEBEM** – Fundação do Bem-estar do Menor
- FUNABEM** – Fundação Nacional de Bem-estar do Menor
- GPCA** – Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente
- HC/PE** – Hospital das Clínicas de Pernambuco
- HUs** – Hospitais Universitários
- IMPI** – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
- INEP** – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LACRI – Laboratório da Criança

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NEPI – Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares do Hospital das Clínicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

PDE – Plano de Desenvolvimento da Educação

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNBEM – Política Nacional do Bem-estar do Menor

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência hospitalar

PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

ProUni – Programa Universidade para Todos

PSF – Programa de Saúde da Família

REHUF - Reestruturação dos Hospitais Universitários

REUNI – Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades

SAM – Serviço Nacional de Assistência aos Menores

SAS – Secretaria de Assistência Social

SGD – Sistema de Garantia de Direitos

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UG – Unidades Gestoras

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UO – Unidades Orçamentárias

UPAG – Unidades de Pagamento

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01 – Capacidade Física Hospital das Clínicas de Pernambuco	25
Quadro 02 – Perfil dos Entrevistados no HC/PE	119
Quadro 03 – Caracterização das vítimas de violência doméstica/intrafamiliar, sexual e outras violências atendidas no HC/PE – Jan a Dez de 2011	153
Tabela 01 – Suspeita de caso de violência doméstica/intrafamiliar	132
Tabela 02 – Conduta dos profissionais após suspeita do caso de violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente	133
Tabela 03 – Atitudes dos Profissionais após a Notificação da Violência Doméstica/Intrafamiliar	139
Tabela 04 – Dificuldade(s) encontrada(s) pelos profissionais em diagnosticar se o paciente foi vítima de violência	142
Tabela 05 – Código de Ética e denúncia da violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente	144
Tabela 06 – Espaço Físico e Materiais existentes no HC/PE para atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violências	147
Tabela 07 – Papel do profissional de saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica intrafamiliar	149

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Quantitativo de Notificações das Violências de Caráter Compulsório no HC/PE 2007 a 2012. 152

Gráfico 02 – Faixa etária X Possível Agressor dos pacientes vítimas de violência atendidos no HC/PE - Jan a Dez de 2011. 155

Gráfico 03 – Faixa etária X Tipos de Violência Perpetrados nos pacientes vítimas de violências atendidos no HC/PE - Jan a Dez de 2011. 158

SUMÁRIO

Introdução	16
Capítulo I – Crianças/Adolescentes e Afirmação de Direitos no Brasil	33
1.1 Infância na república brasileira: da ação repressiva e moralizante ao confinamento	34
1.2 Proteção social e assistência a crianças e jovens: Os Códigos de Menores de 1927 e 1979	39
1.3 Estatuto da Criança e do Adolescente: entre a “inovação” e a “não efetivação de direitos”	49
Capítulo II – Violência Infanto-Adolescente: fenômeno socio-histórico	61
2.1 Violência Doméstica/Intrafamiliar contra crianças e adolescentes: conceitos e expressões	65
2.2 O ECA e os direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica/intrafamiliar	82
2.3 Violência contra crianças e adolescentes e saúde pública	88
Capítulo III – A Notificação Compulsória da Violência Doméstica/Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes nos Serviços de Alta Complexidade do Sistema Único de Saúde	95
3.1 Saúde pública e Notificação Compulsória da Violência Infanto-adolescente	95
3.2 Sistema de Informação e Notificação da Violência doméstica, sexual e/ou outras violências no SUS	105
3.3 Aspectos Metodológicos e Éticos	113
3.4 A Notificação Compulsória da violência no Hospital das Clínicas de Pernambuco: Análise dos Dados da Pesquisa de Campo	118
3.4.1 A Notificação Compulsória da violência no Hospital das Clínicas de Pernambuco: análise comparativa 2009 e 2011	151
Considerações Finais	161
Referências	171
Anexos	
Apêndice	

Introdução

A história do Brasil é marcada pela herança cultural de indiferença no trato à situação do “menor”, concebida como expressão de desvio social, desvirtuação da moral; problema enfrentado mediante ações repressivas contra famílias pobres, crianças em situação de rua, abandonadas, envolvidas em atos infracionais, inadaptadas ao convívio familiar e comunitário, que não conseguem prover suas necessidades de subsistência, cuidar de sua saúde etc.

Tais situações, aglutinadas na Doutrina da Situação Irregular, presentes nos Códigos de Menores de 1927 e 1979, conduziram à criação de ações legitimadas juridicamente na intervenção estatal discricionária. O enfoque principal dessa Doutrina estava em respaldar a ação do Juiz que, indiscriminadamente, traçava o destino de crianças e adolescentes – oriundas em sua totalidade de famílias menos abastadas – ao confinamento.

Costa (2012, p. 129) referencia o descaso dado às deficiências das políticas sociais, passando a ser a institucionalização a solução primária para as desigualdades sofridas por esses segmentos populacionais. E complementa ainda que: “Em nome dessa compreensão individualista, biologistica, o juiz aplicava a lei de menores sempre a partir de uma justificativa positiva, a qual transitava entre o dilema de satisfazer um discurso assistencialista e uma necessidade de controle social (idem)”.

A Constituição Federal brasileira de 1988, reconhecendo a especificidade dos direitos dos vários segmentos sociais, entre eles o de crianças e adolescentes, também pelo fato de o Brasil ser signatário das decisões oriundas da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, passa a pautar, pela primeira vez, a questão da proteção à infância e à adolescência, estabelecendo essa função social à família, sociedade e ao Estado.

A partir desta Convenção estabeleceu-se uma nova fase dos direitos infanto-juvenis. Tratava-se da influência da legislação internacional, introduzida gradativamente pelas Constituições de vários países, e pela inserção da Doutrina da Proteção Integral, base valorativa que fundamenta os direitos desses grupos geracionais.

Dessa forma, a temática dos direitos de crianças e adolescentes equipara-se a dos adultos. Pode-se dizer que vai além do conjunto das legislações específicas da população adulta, pelo fato de ser a infância e adolescência fases especiais de desenvolvimento, necessitando que fossem criadas normativas, legislações específicas que abarcassem o conjunto das conquistas desses novos sujeitos de direitos.

Costa (idem, p. 128) referencia que “o texto constitucional buscou sua fundamentação no Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, incorporando também diretrizes dos Direitos Humanos no Plano Internacional, especificamente, seguindo os caminhos traçados na elaboração da Convenção Internacional dos Direitos da Criança”.

Sendo assim, a nova Constituição possibilitou a criação de uma lei que firmasse as conquistas obtidas: o Estatuto da Criança e do Adolescente, que expressa os novos direitos de crianças e adolescentes, assegurados pela Carta Magna, em seu art. 227.

Contudo, a instituição dessa Lei estatutária ainda esbarra em dificuldades a sua materialização, visto que o público a quem se destina, apesar dos inúmeros benefícios não contemplados nos antigos Códigos de Menores, vivencia, cotidianamente, inúmeras expressões de violações de direitos. Uma dessas violações diz respeito à violência doméstica/intrafamiliar.

Está clara no Estatuto da Criança e do Adolescente a reprimenda a quaisquer atos que resultem em violências, negligência, exploração, discriminação, crueldade e opressão, assim como a punição na forma da lei a qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (art. 5º).

A violência contra este segmento geracional, como expressão da questão social, foi inserida na agenda política devido à articulação de atores sociais que buscavam discutir, criar ações de enfrentamento, prevenção e promoção da saúde, e por também conceberem que a violência infanto-adolescente gera impactos negativos ao desenvolvimento destas vítimas.

Em sua origem, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública. Passa a ser um agravo à saúde na medida em que gera efeitos negativos individuais e/ou coletivos. A preocupação com o tema surgiu pela primeira vez na literatura nos anos 1960, quando os trabalhadores da saúde, através de reflexões acadêmicas e debates técnicos começaram a apurar e notificar os casos de violência contra crianças e adolescentes às autoridades policiais

e sanitárias, por entendê-la como causadora de impactos nocivos e, às vezes, irreversíveis, no crescimento e desenvolvimento das vítimas. Nestes estudos e debates foram identificados os tipos de violência com mais evidências de repetição contra crianças e adolescentes, quais sejam: física, psicológica, sexual, financeira/econômica.

A década de 1980 foi marcada por várias mudanças no panorama político, social e na saúde. Neste período, a sociedade, profissionais de saúde, entidades não governamentais e organizações internacionais chamaram a atenção do Estado para os temas sociais, principalmente os temas ligados à saúde, a fim de romper com práticas meramente curativas.

O setor saúde se constitui como um *locus* propício na identificação, comunicação e enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, por ser um espaço onde as vítimas procuram por cuidados clínicos a princípio. Espaço propício porque deveria representar um lugar seguro para as vítimas relatarem o ocorrido, e se sentirem, no mínimo, resguardadas e protegidas. No entanto, os serviços de saúde pública, ao invés de cumprirem com deveres ético-profissionais, assim como de efetivar direitos, refletem que

o respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. [...] Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 11).

É neste sentido que o setor passa, a partir de 2001, a receber obrigações específicas referentes à identificação, notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados e encaminhamento à rede de proteção socioassistencial local, pois os casos de violência precisam ser tratados cientificamente, através de trabalhos de prevenção, superando a crença de que ela é problema minoritário, de segundo plano dentre as atribuições interventivas dos profissionais de saúde.

De acordo com a portaria do Ministério da Saúde (MS) GM nº. 1.968/2001 de 25 de Outubro de 2001, os casos suspeitos e/ou confirmados de violências contra crianças e adolescentes, atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser notificados às autoridades competentes. Essa notificação foi incorporada, em 2008, ao sistema de informação epidemiológica do MS.

A efetivação da notificação pelos profissionais de saúde possibilita o conhecimento das dimensões desses agravos, evidenciando as formas de violência, os fatores de risco para ocorrência desse fenômeno, permitindo o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência adequadas para os vitimizados. Azambuja (2005) em concordância com Santana (2002) diz que “todos os profissionais que trabalham diretamente com crianças e adolescentes sejam enfermeiros, médicos, assistentes sociais, professores, cuidadores, dentre outros, devem estar preparados para suspeitar e identificar situações de maus-tratos contra esse público”.

Em relação à prevenção das violências contra crianças e adolescentes, o Estatuto, em seu Artigo 13º, dispõe que os casos suspeitos ou confirmados de maus tratos devem ser obrigatoriamente encaminhados ao Conselho Tutelar da região onde reside a vítima, sem prejuízo de outras providências legais. A não comunicação à autoridade competente, pelo médico, professor ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, é considerada infração administrativa, sujeito à multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência, conforme o Artigo 245º do ECA.

Apesar do comprometimento do Ministério da Saúde na prevenção e enfrentamento deste agravo à saúde, a notificação contínua individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan¹) ainda é considerada incipiente no campo da epidemiologia, o que gera uma *subnotificação* de casos e, conseqüentemente, a não publicização aos órgãos competentes de enfrentamento (as redes interna e externa), prejudicando as ações do Estado na criação de políticas públicas de enfrentamento à violência, re-vitimizando crianças e adolescentes que sofreram e/sofrem esses atos.

A literatura produzida por autores das ciências da saúde, em sua grande maioria, e mais recentemente, no primeiro decênio do Século XXI, pelo Serviço Social², demonstra que diversos fatores particulares e alguns similares, de acordo com cada realidade estudada, interferem na efetivação da notificação.

¹ “O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no estado de Minas Gerais ou difilobotríase no município de São Paulo.” Fonte: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em Jan. de 2012.

² Apresentaremos a discussão de algumas obras no quadro teórico-conceitual desta pesquisa.

No estado de Pernambuco, a notificação dos casos de violências contra crianças e adolescentes apresenta-se, desde 2007, dentre outros espaços de saúde pública, em um serviço de alta complexidade do Sistema Único de Saúde em Recife: no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC/PE).

Por ser um hospital universitário o nosso *locus de pesquisa* – precisamente o Hospital das Clínicas de Pernambuco –, se faz necessário mencionar, ainda que de forma introdutória, o cenário contemporâneo da universidade pública, no Brasil, sinalizando a contrarreforma do Estado e os impactos nocivos às instituições de ensino superior e, conseqüentemente, aos hospitais universitários. *A posteriori* seguiremos explicitando a realidade do HC/PE referente ao enfrentamento dos casos de violências.

Nos idos dos anos 1990, com a investida neoliberal imposta mundialmente pela burguesia, de forma particular segundo as condições sócio-históricas de cada país, a partir da crise do capital iniciada na transição da década de 1960 e 1970, o Estado se reconfigura a fim de que seja atendido o apelo de tal classe para elevação da taxa de lucros. Sendo assim, o Estado “passa a implementar políticas de desregulamentação da economia, privatização e terceirização dos serviços públicos e focalização das políticas sociais [...]” (Teixeira, 2012, p.57).

Nessa reconfiguração estatal, norteada pela ideologia neoliberal, as políticas sociais são transformadas em mercadorias, e o acesso à saúde, à educação, à habitação etc., são cada vez mais adquiridos mediante compra. Dessa forma, parcelas da população que se encontram em níveis de miserabilidade ou contam com rendas baixíssimas não fazem parte dos grupos que conseguem acessar esses serviços. E essa investida do neoliberalismo conseqüentemente também representa limites à materialização da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde de acordo com seu marco legal constitucional e suas leis orgânicas.

A contrarreforma representou o sucateamento da rede pública de saúde, combinada a “uma política racionalizadora fundada na seletividade da atenção, contribuindo de forma direta e indireta para a instalação e expansão da rede privada” (Soares, 2010, p.58). Sendo assim, a invasão privatista na saúde pública vem acompanhada da promessa de retirar os gargalos que impedem a fluidez do acesso a consultas, à qualidade nos atendimentos, à gestão das instituições, inculcando no imaginário social o ideário de eficiência e eficácia garantidas pela rede privada de saúde. Deste modo, a “lógica empresarial” ganha fôlego e avança

destituindo os direitos sociais galgados pela classe trabalhadora, fragilizando ainda mais, em particular, as possibilidades do Estado em atender às necessidades de saúde da maioria da população.

Retomando a discussão da universidade pública, essa instituição, enquanto patrimônio social, deve capacitar os discentes a construir conhecimentos críticos e inovadores, por sua capacidade de representação social, cultural, artística e científica³.

Contudo, no início do século XXI, são acirradas as ameaças à concepção da universidade pública enquanto um bem público, advindas da refuncionalização da educação nos governos militares, exaltadas pela contrarreforma do Estado nos anos 1990. Nascimento (2013), refletindo acerca do movimento de descaracterização dos espaços de ensino superior, que sofrem constantes investidas da privatização/mercantilização da educação, aponta que o Estado aliado aos interesses dos investidores no setor de serviços não exclusivos de ação estatal, a partir de medidas contrarreformistas, imprimem às universidades a condição de “organização social”⁴, modelo de gestão fundada nos marcos do neoliberalismo.

Castro (2009) sinaliza o espraiamento mundial da privatização da educação, identificando que esse movimento começa gradualmente a minar o caráter público das universidades federais e estaduais, devido ao corte ou mesmo redução de investimentos, acarretando medidas de captação de recursos oriundos da articulação/parceria com setores privados. Exemplifica a autora que tal união traz como consequência: “a queda da qualidade do ensino e os limites à expansão e à democratização de acesso ao ensino superior” (p.247).

³ De acordo com o Caderno nº. 2 do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN), a universidade pública é uma das instâncias onde a associação entre o ensino-pesquisa-extensão deve ser o norte em todas as suas ações, visando cumprir seu papel social formativo e crítico, promovendo a construção de conhecimentos que valorizem o pluralismo, a diversidade, desenvolvidos, deste modo, de forma equilibrada, articulada e intersetorial (BRASÍLIA, 2013).

⁴ A universidade redirecionada à lógica de uma “organização social” se prestará, nas palavras de Chauí (1999) apud Nascimento (2013), “a uma prática social determinada de acordo com sua instrumentalidade: está referida ao conjunto de meios (administrativos) particulares para obtenção de um objetivo particular. Não está referida a ações articuladas às ideias de reconhecimento externo e interno, de legitimidade interna e externa, mas a operações definidas como estratégias balizadas pelas ideias de eficácia e de sucesso no emprego de determinados meios para alcançar o objetivo particular que a define. Por ser uma administração, é regida pelas ideias de gestão, planejamento, previsão, controle e êxito. Não lhe compete discutir ou questionar sua própria existência, sua função, seu lugar no interior da luta de classes, pois isso, que para a instituição social universitária é crucial, é, para a organização, um dado de fato. Ela sabe (ou julga saber) por que, para que e onde existe.”

Constituintes do corpo universitário, os Hospitais Universitários de Ensino (HUs) também sofrerão as investidas da mercantilização do ensino-pesquisa-extensão, assim como constantes ataques de modelos de gestão que desvirtuam o acesso à saúde enquanto um direito social preconizado na Constituição Federal de 1988, dando espaço à flexibilização de direitos trabalhistas, definição de metas de atendimentos, etc.⁵.

Sendo assim, novos modelos de gerenciamento⁶ são apresentados com a promessa de solucionar os problemas presentes nos serviços públicos de saúde, como péssimas condições estruturais, tecnologias ainda primárias em alguns estabelecimentos, a acomodação dos servidores públicos, a alta demanda reprimida, dentre outros tão propalados por setores privatistas interessados em desconstruir, por exemplo, os avanços dos HUs conquistados por movimentos sociais, docentes, discentes, servidores, em defesa do SUS.

Característico do neoliberalismo, o decréscimo de investimentos nas políticas sociais atinge diretamente os seus beneficiários, ou seja, a classe trabalhadora. Essa redução nos recursos públicos incidirá, assim como em demais setores, nas universidades, e associados a elas os hospitais universitários. Todos que conformam o “mundo acadêmico” – docentes, discentes, demais servidores públicos – podem perceber o avanço pernicioso da contrarreforma estatal nas universidades, com consequências nocivas ao campo da pesquisa, ensino, extensão. Somado a isso, especificamente em nossa análise, os HUs recebem baixo investimento desde o governo FHC, seguindo no governo Lula, mesmo que tenha havido aumentos nominais durante o mandato deste, sobretudo após 2006, não acompanhando o crescimento do PIB, pelo contrário, os recursos são destinados em escala descendente e mais recentemente estagnada (CISLAGHI, 2011).

⁵ Como bem ressaltam Machado e Kuchenbecker (2006), “Instituições hospitalares são analisadas a partir de múltiplos e diferenciados enfoques: porte, vinculação com o sistema de saúde, assistência prestada, nível de complexidade, modelo organizacional, entre outras. Além disso, os hospitais têm sido considerados sob a perspectiva de sua contribuição na formação de profissionais de saúde, seu papel na incorporação de novas tecnologias, entre tantos outros aspectos. A multiplicidade de abordagens possíveis com relação à temática relacionada aos hospitais universitários impõe a necessidade de delimitação do enfoque da análise [...]”. Dessa forma, tentaremos apresentar as tendências contemporâneas representadas pelos principais desafios que os HU enfrentam no Brasil.

⁶ Sobre o tema dos modelos de gestão inseridos no contexto de reestruturação nos hospitais vinculados ao Ministério da Educação (MEC), Martins (2011) ⁶ realiza pesquisa a fim de apontar quais os principais modelos organizacionais contemporâneos e, dentre estes, o que mais se aproxima da proposta deste Ministério. Para isso, investiga e avalia o processo de implantação do modelo de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), tomando como particularidade analítica a realidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

A partir da implementação do Programa de Reestruturação e Expansão das Instituições Federais de Ensino Superior (REUNI) é introduzida na Universidade a lógica dos contratos de gestão. Característica da Reforma do Estado de Bresser Pereira, esse mecanismo de financiamento estará presente nos serviços de saúde e universidades. Nesse contexto, tal Programa aprofunda a lógica gerencial de gestão com financiamento por contrato baseado em resultados e metas. Dessa forma, a universidade encontra-se sob constante ameaça de perda de sua autonomia, visto que o direcionamento das atividades acadêmicas será o cumprimento de interesses do mercado ou governo, em detrimento dos anseios e reais necessidades da maioria da população (CISLAGHI, s/d).

Conseqüentemente, a proposta em pauta será a de passar a gestão tanto de universidades como dos hospitais para organizações sociais, fundações públicas de direito privado e, mais recentemente, à empresa pública. Através da falaciosa promessa da ampliação da oferta de serviços, da eficiência, a custos menores, essas organizações de caráter público/privado “passariam a ter sua dotação orçamentária atrelada à celebração de contratos de gestão com o Estado”.

No campo da refuncionalização estatal do Governo Lula, especificamente no âmbito da política de saúde, a Medida Provisória nº 520 autoriza o poder executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEHR SA. Mesmo havendo a derrota dessa Medida pelo Senado, a presidenta Dilma Rousseff prosseguiu com esse projeto, que sofreu algumas alterações em seu texto original. Assim, sancionou a Lei nº 12.550/2011 em 15 de dezembro de 2011, criando a EBSEHR, o que na verdade representa a continuidade da reforma do Estado implementada por Bresser Pereira, dando fôlego às investidas do mercado nessa área.

A EBSEHR constitui-se empresa unipessoal, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação. Sua perspectiva é tornar a gestão dos HUs uma direção privatista, assumindo estratégias de utilização do financiamento público, ou seja, ainda que essa Empresa afirme assumir responsabilidades com a melhoria do quadro situacional da saúde pública no Brasil, seu real interesse é a obtenção de lucro.

Apresentados minimamente os impactos da contrarreforma na universidade pública e nos hospitais universitários, retornaremos à discussão do HC/PE e apontaremos nossa primeira aproximação com a realidade do atendimento às vítimas de violência nesta Instituição.

De acordo com o Planejamento Estratégico do Hospital das Clínicas de Pernambuco 2011-2106, este Hospital foi concebido com o propósito de apoiar o ensino de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco. Atualmente, o HC/PE conseguiu se alçar ao patamar de hospital-escola, centro de pesquisas científicas e prestador de serviços socio sanitários à população residente no Estado de Pernambuco e na região Nordeste.

Na UFPE, o HC é qualificado como órgão suplementar ligado diretamente ao gabinete do Reitor para efeito de supervisão e controle administrativo. Sua função é apoiar atividades de ensino e pesquisa do CCS. Está também situado na rede assistencial de atenção à saúde de alta complexidade do SUS, sendo referência para o estado de Pernambuco e para a região Nordeste.

O hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco tem por objetivo prestar serviços de:

- Assistência de saúde aos portadores de doenças, aos acidentados ou aos que, por outras causas, necessitem de atendimento e tratamento hospitalar;
- Apoio às atividades de ensino de graduação, atualização, aperfeiçoamento, especialização e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde e de Departamentos de outros Centros da Universidade, ligados a atividades médico-hospitalares;
- Fundamentação de campo de pesquisa proporcionando meios para este objetivo;
- Desenvolvimento de atividades de educação para a saúde da população usuária desta Instituição de Saúde, no hospital e na comunidade;
- Prestação de assistência de saúde para a reabilitação dos/as incapacitados/as.

O Hospital tem como fonte de financiamento o MEC e o MS, com custeio praticamente paritário, de modo que, para cada real aportado pelo MEC, o MS tem como contrapartida o mesmo valor de investimento. Essa política de proporcionalidade destina-se à correção de distorções que perduravam há décadas, possibilitando aos HUs o aumento de recursos disponibilizados para custeio.

Tal instituição possui uma área física composta por seis blocos que integram, em 64 mil m², departamentos de ensino, salas de aulas, internamentos, ambulatórios, centros cirúrgicos, unidades de diagnóstico e de tratamento, dependências administrativas e unidades de logística.

De acordo com os dados Rehuf 2011, a capacidade física do Hospital das Clínicas de Pernambuco pode ser representada no quadro abaixo:

Quadro 01 – Capacidade Física Hospital das Clínicas de Pernambuco

Área física construída	64 mil m²
Total de Leitos*	478
Unidade de Tratamento Intensivo (adulto)	11 leitos
Unidade de Tratamento Intensivo (neonatal)	08 leitos
Centro Cirúrgico*	10 salas
Centro Cirúrgico Ambulatorial*	
Centro Obstétrico*	04 salas
Centro Dialítico	20 hemodialisadores
Salas de Procedimentos	40
Atendimento Ambulatorial	142 consultórios
Salas de Aula	19
Anfiteatros	05
Pontos de Acessos a Portais	66

Fonte: REHUF 2011 apud Planejamento Estratégico do Hospital das Clínicas de Pernambuco 2011-2106.

*entre ativos e inativos

Atualmente, segundo dados do REHUF 2011, o HC/PE dispõe de um quadro composto por 229 docentes, 962 estudantes de graduação, 250 entre alunos de especialização, mestrado e doutorado, 293 residentes de diversos campos de saberes e práticas, 227

estudantes de ensino médio. Segundo o Planejamento deste Hospital, para prestação de serviços socio sanitários, o mesmo conta com um quadro de recursos humanos de aproximadamente 1614 servidores. Além deste quantitativo de servidores, o HC/PE computa cerca de 59 voluntários, 122 servidores cedidos de outros órgãos, 392 terceirizados, totalizando algo em torno de 4100 “colaboradores”. Nesse sentido, queremos chamar atenção ao relativo montante de pessoas que prestam serviços a tal Instituição sem possuir vínculo institucional por meio de concurso público, o que confere os rebatimentos do desmonte da gestão pública dos HUs e a investida do setor privado através de seus modelos de gestão, que, dentre outras consequências, flexibilizam formas de contratação.

O Cenário institucional do HC/PE, neste período, referente às ações de enfrentamento aos casos de violência, era permeado por práticas isoladas, escassos momentos de sensibilização/capacitação dos profissionais a respeito desta problemática, como também a falta de normatização de rotinas e fluxos e a não articulação com a Rede de Atendimento especializada nesses casos.

Os pacientes vítimas de violência que procuravam os serviços do referido Hospital eram atendidos pela equipe médica que exercia suas intervenções rotineiras, ficando uma lacuna entre os determinantes que condicionaram o ato violento. Sendo assim, os casos careciam de atendimento qualificado, seguimentos, visibilidade, reflexões, registros, encaminhamentos e monitoramento.

Há mais ou menos 04 anos, nos deparávamos, pela primeira vez, em nosso estágio curricular em Serviço Social, exercido no ano de 2009, no Hospital das Clínicas de Pernambuco, com a realidade cruel vivenciada por vítimas de violências de todas e quaisquer naturezas, demandantes dos serviços socio sanitários deste hospital universitário. Nesta ocasião, a teoria e a prática nos impeliam a buscar sua indissociabilidade, pois as demandas apresentadas, em particular, ao Serviço Social, iam além da emergencial intervenção necessária. Era preciso, então, realizar um exercício sistemático de contato com a literatura sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes, através do qual encontramos a vasta bibliografia produzida, sobretudo, nas Ciências da Saúde, e outras em menor número, por exemplo, nas produções dos assistentes sociais.

As demandas apresentadas partiam de vários sujeitos vitimizados. Contudo, destacavam-se aquelas dos grupos considerados mais vulneráveis: crianças e adolescentes

(principalmente do sexo feminino), mulheres, idosos. Todavia, em alguns setores do HC/PE (Pediatria, Puericultura, Maternidade, Centro Obstétrico), já evidenciados em nosso Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social pela UFPE, em 2010, a prática do atendimento às vítimas era, por vezes, circunscrita à intervenção biomédica.

No que se refere à intervenção no HC do Serviço Social nos casos de violência, as demandas passavam pelo Plantão do Serviço Social e Escala Rotativa. Entretanto, as assistentes sociais percebiam na prática profissional uma insuficiência em relação às discussões teórico-metodológicas acerca desta temática; ainda não fortaleciam vínculos com a Rede de Atendimento; e não havia uma profissional de referência para fins de atendimento às vítimas.

Identificamos durante o estágio os inúmeros casos de violências contra crianças e adolescentes, massivamente os praticados em adolescentes do sexo feminino, como relações sexuais iniciadas precocemente, ocasionando gestação; suspeita de negligência, violência psicológica, etc. Casos esses não publicizados, não comunicados ao Conselho Tutelar e às demais instâncias responsáveis, como normatiza o ECA. Logo, as notificações não eram concretizadas, mesmo com a normativa do Ministério da Saúde desde 2001, através da Portaria 1968/2001, de serem notificados por quaisquer profissionais de saúde os casos de suspeita ou confirmação de violências envolvendo infantes e púberes.

Como o sub-registro não se contabiliza, não foi possível comprovar através de dados que, no HC/PE, a subnotificação ocorria, mesmo que empiricamente constatássemos isso no cotidiano desta Instituição. Para isso, seria necessário ter acesso aos prontuários dos pacientes atendidos.

Sendo assim, diante da problemática exposta acima, a pergunta central que norteou nossa pesquisa foi: Quais as condições objetivas/subjetivas para a efetivação da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência infanto-adolescente, nos serviços de saúde do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC/PE), para efetivação de direitos de crianças e adolescentes vítimas de violências?

Nosso trabalho dissertativo teve por o objetivo geral ‘analisar as condições objetivas/subjetivas de concretização da notificação compulsória dos casos suspeitos e/ou confirmados de violências contra crianças e adolescentes, no Hospital das Clínicas de

Pernambuco (HC/PE), para efetivação de direitos deste grupo geracional'. Tendo por objetivos específicos: discutir a importância da notificação compulsória na alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para cuidados socio sanitários com crianças e adolescentes vítimas de violências; analisar a efetividade de direitos infanto-adolescente acionados a partir da notificação compulsória realizada pelos profissionais da alta complexidade do SUS, dos casos de suspeita ou confirmação de violências contra crianças e adolescentes; identificar as condições objetivas/subjetivas à efetivação da notificação compulsória no HC/PE, dos casos suspeitos e/ou confirmados de violências contra crianças e adolescentes.

Partimos neste trabalho da hipótese de que a notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes, por profissionais dos serviços de alta complexidade do Hospital das Clínicas de Pernambuco, se efetiva ou não devido a condições objetivas/subjetivas, sejam elas de caráter material, intelectual, moral, institucional, legal.

A relevância deste estudo está em analisar a importância da Notificação para enfrentamento, cuidados, proteção, promoção e recuperação da saúde de crianças e adolescentes vítimas de violências, demandantes dos serviços de saúde, mais especificamente em Recife/PE, no Hospital das Clínicas de Pernambuco, a fim de ressaltarmos a necessidade da notificação sistemática para que sejam construídos perfis epidemiológicos como subsídios importantes na formulação e implementação das ações dos órgãos que formam a Rede de Proteção, assim como da necessária publicização dos dados contidos na ficha de notificação para que o Estado elabore políticas públicas eficientes no enfrentamento desse agravo à saúde.

Sendo assim, defendemos a necessária análise por se tratar de um tema que vem sendo discutido por diversas áreas profissionais, no Brasil, principalmente pelos profissionais do setor de saúde, nas três últimas décadas do século XX, cujas produções demonstraram a preocupação e enriquecimento teórico-metodológico dos trabalhadores deste campo, para fins de um atendimento multidisciplinar de cuidados clínico, psicológico, social, legal, individual e familiar, indo além de intervenções meramente curativas, por entenderem que a violência causa impactos negativos no crescimento e desenvolvimento dessas vítimas.

Propomos em nossa Dissertação aprofundar a análise sobre o exercício da notificação nos espaços de alta complexidade no SUS, concebendo-a, dentre outras atribuições dos trabalhadores de saúde, como de extrema importância no trato com os vitimizados por

violência – cuja demanda primária são os cuidados curativos – e como dever ético destes profissionais no cumprimento desta atribuição.

Pretendemos também discutir se está sendo efetivada a garantia dos direitos de infantes e púberes vítimas de violências, referente à proteção, promoção e recuperação da saúde, direitos esses acionados a partir da identificação, notificação e encaminhamento à Rede Social de Proteção à Criança e ao Adolescente, realizados pelo profissional de saúde pública.

Concomitantemente, por serem as diversas expressões da questão social a “matéria” de intervenção profissional dos assistentes sociais, a violência constitui-se também como demanda dos usuários ao Serviço Social. Por se encontrarem inseridos em diversos espaços sócio-ocupacionais, um deles o setor público de saúde, e, dentro deste, os espaços de intervenção junto a vítimas de violência, é demandado deste profissional abordagem socioeducativa com a família, a socialização de informações sobre a notificação e demais procedimentos e encaminhamentos necessários.

Dessa forma, desejamos também contribuir com a discussão realizada pela categoria profissional dos assistentes sociais, no primeiro decênio do século XXI, na qual são sistematizadas as experiências em espaços sócio-ocupacionais, assim como produções teóricas acerca da temática da violência, pois está presente no Código de Ética do Assistente Social, de 1993, a defesa intransigente dos direitos humanos, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Esse trabalho dissertativo foi construído em 03 (três) capítulos. O primeiro capítulo versa sobre a política de proteção e assistência à infância no Brasil, no período compreendido entre os primeiros anos da República, o período pós-regime ditatorial e a conjuntura de democratização, com a o advento da Constituição Federal de 1988 e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990.

Ressaltamos o trato repressivo e moralizante dado à infância na República brasileira, e as ações de confinamento aos “menores” que se encontravam sob a tutela dos juízes, crianças e adolescentes em situação de abandono e/ou delinquência, vítimas da legalização do assistencialismo e judicialização.

Ademais, no decorrer deste capítulo, explanamos a “superação” dos antigos Códigos de Menores e a instituição do ECA, assim como a polêmica discussão sobre o que esta nova Lei estatutária ainda traz de herança daqueles instrumentos normativos.

No segundo capítulo discutimos uma das violações de direitos de crianças e adolescentes, através do recorte analítico no temário das violências praticadas nesses segmentos populacionais, optando pela temática violência doméstica/intrafamiliar.

Estabelecida a violência doméstica/intrafamiliar como tema de análise para este estudo, apresentamos o fenômeno da violência infanto-adolescente enquanto uma produção socio-histórica, imbricado por múltiplas determinações, no qual a magnitude dos impactos negativos não permite o pleno desenvolvimento desse grupo populacional.

Dando sequência à exposição desta seção, destacamos as expressões desse tipo de violência (física, sexual, psicológica, negligência), particularizando-as analiticamente, evidenciando os conceitos escolhidos para cada uma dessas expressões, destacando as características dos vitimizados.

Dando sequência, à luz de alguns artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente, refletiremos acerca do que está disposto nesta lei estatutária, de modo particular aos direitos de crianças e adolescentes vitimados por violências. Por fim, demonstraremos a inserção deste tema na agenda de saúde pública e o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública.

No terceiro e último capítulo, discutimos no primeiro item a notificação compulsória das violências cometidas em crianças e adolescentes, nos serviços de saúde ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS); o respaldo legal da comunicabilidade ao Conselho Tutelar (CT) dos casos suspeitos ou confirmados de violências envolvendo esse segmento populacional e a sanção aos profissionais que não cumprirem esse ordenamento.

Ressaltamos, ainda, a importante função socio sanitária da notificação enquanto informação indispensável à conformação de perfis epidemiológicos e subsídio à formulação de políticas públicas de enfrentamento deste fenômeno. Elucidamos também alguns desafios à inserção de um fazer sistemático no atendimento às vítimas de violências nas unidades de saúde, pautado na identificação, promoção da saúde, prevenção, encaminhamentos à rede.

Seguimos desenvolvendo um subitem acerca do Sistema de Informação e Notificação da Violência doméstica, sexual e/ou outras violências do SUS, evidenciado o papel-chave do setor saúde na publicização dos casos de morbimortalidade. Acrescemos a essa discussão as informações produzidas no último relatório do Ministério da Saúde, o Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA), que se divide em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais ou autoprovocadas (VIVA Contínuo); 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela). Interessou-nos para este trabalho a exposição dos dados apontados no VIVA Contínuo, por serem citadas informações sobre as notificações de violências em 27 municípios de 20 unidades da Federação.

No último item deste terceiro capítulo, expusemos os resultados colhidos durante nossa pesquisa de campo junto aos profissionais que compuseram a população de nossa pesquisa. Por ter sido um número reduzido de participantes e por serem também de setores distintos, tentamos analisar os dados ora de forma particular, dividindo a exposição por respostas separadas por categorias profissionais, ora buscando encontrar similaridades nas informações prestadas.

Estabelecemos esse modelo de exposição na perspectiva de demonstrarmos se está sendo efetivada ou não a notificação compulsória das violências contra crianças e adolescentes nos setores pesquisados, com vistas à identificação de avanços e/ou limites à concretude desta comunicação no HC/PE com a Rede Social de Proteção às Vítimas.

Por fim, expusemos os dados cedidos pelo NEPI-UFPE em gráficos e tecemos reflexões ancoradas no nosso referencial teórico, aglutinadas também à comparação com os dados apresentados em nosso Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social na UFPE (SANTOS e VIEIRA, 2010).

Findada a exposição da estrutura dos capítulos desta dissertação, cabe lembrar que buscamos a historicidade de nosso objeto de estudo no caminho trilhado desde as aulas iniciais à qualificação de nosso projeto de pesquisa, tarefa empreendida aqui, reconhecemos, ainda como caráter inicial, aproximativo, no entanto, demarcada pelo esforço de ir além das aparências, do apreendido pelas expressões fenomênicas.

Logo, nos posicionamos junto aos outros tantos pesquisadores sensibilizados à luta pela efetivação dos direitos de crianças e adolescentes, em especial dos vitimizados pela violência estrutural – produtora de inúmeras desigualdades – e demais expressões, não permitindo a esses sujeitos visibilidade social, pertencimento, identidade, o direito de gozar de todos os direitos creditados à infância e à adolescência.

Esperamos que este trabalho suscite outras indagações, críticas, debates, possibilitando a troca de experiências entre os profissionais que compõem o Hospital das Clínicas de Pernambuco e demais trabalhadores dos espaços de saúde.

Capítulo I – Crianças/Adolescentes e Afirmação de Direitos no Brasil

“Educar a criança era cuidar da nação; moralizá-la, civilizá-la. Cuidar da criança e vigiar a sua formação moral era salvar a nação” (RIZZINI, 2011, p. 270).

No Brasil, a questão da infância, diga-se daquela composta por crianças oriundas de famílias pobres, foi secularmente tratada por mecanismos que pretendiam manter o menor na condição nata e insuperável de pertencimento às classes sociais subalternas. Para tanto, ações caritativas, assistencialistas, judiciais, repressivo-moralistas de instituições públicas, religiosas, não governamentais, privadas, foram implementadas.

O “cuidado” destinado às crianças foi pensado pelas elites dominantes que as concebiam como um problema anacrônico ao desenvolvimento social. Logo, se fazia necessário enfrentar a situação socioeconômica degradante na qual se encontravam. Contudo, à infância pobre restou o trabalho precoce, o controle étnico, dos corpos, da moral individual e da família, da educação moralizante e alienadora.

A legalidade e justificativa dessa (des) proteção social foram compiladas nos Códigos de Menores de 1927 e 1979, quando a problemática do menor pobre, especialmente aquele em situação de rua, tornou-se pauta estatal, condizente ao projeto de nação avançada que o Brasil esperava alcançar.

Mais de meio-século após a vigência do Código Mello Mattos e 35 anos da promulgação do Código de Menores de 1979, a Doutrina da Situação Irregular que os regia foi superada, suplantada pela Doutrina da Proteção Integral, pelo avanço nos direitos universais de crianças e adolescentes, peculiares à condição de seu desenvolvimento. No Brasil, a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) confere a esses segmentos geracionais a identidade de sujeitos de direitos, passando a ser de responsabilidade do Estado, da sociedade e da família o zelo pelo atendimento aos seus direitos de pessoa humana.

Todavia, pouco mais de duas décadas após a promulgação do Estatuto, a violação de direitos de crianças e adolescentes ocorre cotidianamente através do descaso ao cumprimento

da prerrogativa de deixá-los a salvo de todo ato ou omissão que criem obstáculos ao pleno gozo dos direitos inerentes à pessoa humana, às oportunidades e facilidades ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual e social, em condição de liberdade e dignidade.

Pretendemos, pois, neste capítulo, apresentar e refletir acerca da política de proteção e assistência à infância no Brasil, dos primeiros anos da República até a promulgação do ECA, ressaltando algumas decisões políticas influenciadas pelas elites burguesas; a legalização do assistencialismo e judicialização dos menores abandonados e/ou delinquentes, presente no Código de Menores de 1927 (também conhecido como Código Mello Mattos) e na filosofia da infância em situação irregular inserida com mais transparência no Código de 1979, discussões estas presentes nos dois primeiros tópicos.

No item seguinte, explanamos a superação dos antigos Códigos de Menores e a instituição do ECA, assim como a polêmica discussão sobre o que esta nova Lei ainda traz de herança daqueles instrumentos normativos, e, em seguida, no último item, elucidamos o enfrentamento à violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes à luz do Estatuto.

1.1 Infância na república brasileira: da ação repressiva e moralizante ao confinamento

No início do século XX, temos no Brasil um aumento no número de habitantes, passando de 10 para 30 milhões, dos quais, 51% tinham menos de 19 anos. O país dava passos para a construção de uma “nova” sociedade baseada no modelo europeu, investindo-se na criança.

Um largo contingente populacional que perpetuaria sua situação de miserabilidade, desemprego, ausência ou baixa escolaridade, desprovimento de meios para sua subsistência, representado em sua grande maioria pelos escravos recém-libertos, fazia parte do grupo classificado pela classe dominante à época como viciosos, avessos ao trabalho, elementos de alta periculosidade etc. Destarte, esses grupos não estariam inseridos nos moldes de um país que se movia para um projeto civilizatório no qual a ordem, a moral, os valores cristãos, os

estratos sociais, deveriam ser mantidos e, principalmente, difundidos às famílias das classes populares. Como consequência desse fato, medidas para sanar esse problema social imprimiam ao indivíduo pobre propensão e hábito ao trabalho desde a infância.

A rua representava o lócus formador de criminosos. Dessa forma, o Estado toma as rédeas para enfrentar a criminalidade, evitando-se assim, a produção de hordas de bandidos. A sociedade encarregava-se – à luz de teorias sobre a criminalidade, trazidas dos países tidos como civilizados – de escolher entre a punição dos autores de crimes através da repressão judicial ou a recuperação para a vida em sociedade (RIZZINI, 2011).

Neste processo, a infância logo passa a ser alvo de associação e cuidados prementes de controle da criminalidade, pois a criança, segundo os adeptos da ‘cruzada pela infância’, se não fosse criada e educada desde os primeiros meses, seria um propício autor de crimes hediondos; isso quando não creditavam a ela uma herança criminal. Logo, a criança em situação de abandono (material e moral) e delinquência estava sujeita à tutela da Justiça-Assistência.

A tutela estatal de binômio jurídico-assistencialista foi sendo formulada para controlar o menor⁷ e intervir sobre sua família, por meio de normas jurídicas e procedimentos judiciais. Segundo Rizzini (idem, p. 130): “foram elaboradas *leis de proteção e assistência ao menor*; inventados os *tribunais para menores*; reestruturadas as instituições para a infância (asilares e carcerárias) e criado um sistema de *liberdade vigiada*, destinado a manter parte dos menores fora do asilo, porém sob cerrada vigilância” [grifos da autora].

As práticas da justiça e assistência à infância e adolescência (fase geracional ainda não considerada como marco peculiar ao desenvolvimento transitório da criança à puberdade) nos primeiros anos do período republicano brasileiro são fortemente marcadas por processo sócio-histórico, político, econômico, cultural, de proteção social a tais segmentos geracionais como um projeto das classes hegemônicas, cujo objetivo seria o de “enfrentar” o problema da criança pobre, *o menor*, naturalizando, portanto, a pobreza, reprimindo e criminalizando a família por não zelar e proporcionar à criança meios materiais, educacionais e de cuidados com sua saúde.

⁷ O termo *menor* passa a ser uma categoria jurídica e socialmente construída para designar a infância pobre, abandonada (material e moralmente) e delinquente. “Ser menor era carecer de assistência, era sinônimo de pobreza, baixa moralidade e periculosidade”. (RIZZINI, 2011, p. 134).

Tais traços foram revelados na obra de Rizzini (2011), ao discorrer sobre as raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil, revelado num percurso da época colonial às primeiras décadas do século XX, período chamado pela autora de o “século perdido”. Perdido para milhares de crianças e jovens que se encontravam em situação degradante, entregues à vivência de rua, mendicância, violência, furtos, trabalho precoce, dentre outras mazelas advindas da desigualdade social estrutural⁸.

Ideias presentes e materializadas na transição do século XIX ao início da República⁹, criadas através de concepções biologicistas, repressivo-moralistas – acreditava-se que as camadas mais pobres assim o eram por determinação biológica e social – conduziram à formulação e execução de projetos sob a filosofia higienista e moralizante, de responsabilidade de duas figuras fundamentais a sua execução: o *médico* e o *juiz*. Estes projetos objetivavam salvaguardar a criança dos “males sociais” oriundos da condição inata do “ser pobre”, encontrar-se desvalida, abandonada, pervertida, ser perigosa, delinquente, pertencer a famílias sem vínculo empregatício, por conseguinte inclinadas ao vício do álcool e ao cometimento de crimes, fortemente propícias a casos de doenças sexualmente transmissíveis (sífilis) e problemas respiratórios (tuberculose). (RIZZINI, 2011; FALEIROS, 2011).

Em virtude desse quadro, para ser mantida a vigilância e evitar a disseminação de focos epidêmicos à saúde, assim como controlar a promiscuidade, pelas condições insalubres das moradias e pela “imoralidade” dessas famílias, ao médico caberia agir para orientar quanto aos cuidados adequados à criança, controlar certas doenças e o etilismo dos membros familiares, ações estas somadas ao controle da raça e da ordem, através da intervenção do Estado, para fins de garantir uma posteridade de crianças robustas, estimulando-se o controle do aleitamento materno. Os filhos das famílias tidas como incapazes e indignas de lhes prestarem cuidados e educação, seriam de responsabilidade estatal.

⁸ Rizzini e Pilotti (2011) no livro “A arte de governar crianças – a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil”, conseguem apresentar as formas de proteção social à criança, desde a presença dos colonizadores até os primeiros anos da República.

⁹ Segundo Faleiros (2011, p. 36) este período representou ao mesmo tempo tanto ruptura quanto continuidade. A forma pessoal do Imperador ao governar demonstrou ruptura. Todavia, as relações clientelistas e coronelistas perpetuaram-se, expressas na troca de favores, materializadas na combinação do localismo e da máquina estatal em função dos setores exportadores. Além disso, a não intervenção estatal na área social, disseminada e defendida pelos liberais, fazia-se presente.

Para por em prática a educação moralizadora da infância pobre, ao juiz foi delegada a missão de estabelecer matérias que incutissem princípios moralistas e normas condizentes com esse projeto de nação, para que assim a sociedade pudesse atingir a meta civilizatória esperada. Portanto, o papel do jurista era de ser incisivo no controle social, legitimando a intervenção autoritária do poder público sobre a população. (RIZZINI, *idem*).

Em 1902, o Congresso Nacional discute a implantação de uma política chamada de "assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes", idealizada a partir dos estabelecimentos destinados à recuperação dos menores, antes confinados em Casas de Detenção juntos a criminosos adultos. É perceptível que não era questionada a institucionalização como forma de prevenção e tratamento. Pelo contrário, investia-se em espaços considerados necessários e salubres, para que a criança fosse retirada de um meio permissivo a doenças e atentatório à moral.

Ainda para os menores moralmente abandonados (não viciosos ou pervertidos), 'escolas de prevenção ou preservação' foram indicadas, divididas por sexo, situadas dentro do perímetro urbano, onde seria ministrada instrução básica e dedicação ao trabalho, fixado em 08 horas diárias. Por conseguinte, crianças e jovens são moldados para o trabalho, sendo utilizados também nos patronatos agrícolas.

Aos menores delinquentes, restava a 'Escola de Reforma', estabelecida na zona suburbana da cidade, subdividida numa seção industrial (destinada aos menores absolvidos) e noutra agrícola (para os condenados). Esta escola conduzia suas ações sob a pedagogia do trabalho enquanto ação capaz de resgatá-los, regenerá-los dos vícios e das perversões (*idem*, p. 138).

Encaminhamento e integração da criança no trabalho efetivaram-se também com a criação da Escola Correccional 15 de novembro, no ano de 1903, com objetivos de proporcionar educação física e moral aos menores em situação de abandono, recolhidos por ordem das autoridades competentes. Ou seja, a ordem vigente era "integrar pelo trabalho ou dominar pela repressão [...]" (FALEIROS, 2011, p.43).

Na conjuntura de 1920, durante o governo de Arthur Bernardes (1922-1926), o Estado intervém na questão da infância através de ações "protetivas", visto que a criança era tida como a "raiz da família", o sustentáculo do futuro (bom ou mau) que a sociedade viria a

alcançar, caso a assistência estatal abarcasse cuidados à saúde (desde o pré-natal) e à forma como era educada e criada.

Ao caracterizar as ações políticas criadas para os chamados ‘menores abandonados e delinqüentes’, nas primeiras décadas do século XX, Vicente de Paula Faleiros (2005, p. 05) comenta que em 1923 foi autorizada a criação do Juízo de Menores, e em 1924 foram criados o *Conselho de Assistência e Proteção aos Menores* e o *Abrigo de Menores*. Logo, o Estado começa a assumir responsabilidade pela infância e juventude violada e desprotegia pela família, e confere ao juiz mais poder, centralizando e concentrando os poderes no Juízo de Menores, que passa a exercer funções jurisdicionais e de assistência. Em consequência, ocorre a entrada estatal na esfera doméstica, advinda pelo poderio transmitido ao juiz, através da imposição da assistência educativa.

Dentro do conjunto de ações de julgamento dos menores, encontrava-se pleiteada como instância julgadora dos processos destes os Tribunais de Menores, cuja funcionalidade se daria através do comando de Juízes especializados, que contariam com ajuda de demais especialistas – trabalhariam nesta equipe um jurista penitenciarista, um médico fisiologista, psiquiatra e um pedagogo – para concretizar a missão confiada aos magistrados.

Para auxiliar o juiz em sua tarefa, foi criado o Conselho de Assistência e Proteção aos Menores, que consistia em uma

Cúpula composta por diretores de instituições, e presidido pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores -, além dos comissários de menores (art. 42) - para investigar, vigiar e deter menores indicados pelo juiz - e dos delegados de assistência e proteção (art. 95) - cujas funções eram manter-se em contato com o ‘menor’, observar suas tendências, seu comportamento, o meio em que vive, visitar os pais, tutor, pessoas, associações, institutos encarregados de sua guarda quando preciso, fazer periodicamente um relatório ao juiz sobre a situação moral e material do menor e tudo o que interessar à sorte deste, e propor medidas que julgarem proveitosas (art. 95, § 4º) (Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, s/d, pg. 10, disponível no *site*:<<http://www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/politpubl.pdf>>).

Nota-se nos artigos supracitados, o quanto o menor era alvo de vigilância ferrenha, de investigação e detenção, sob o mando do juiz, caindo também nas mãos dos delegados, cuja funcionalidade de assisti-lo e protegê-lo acabava sendo mais um mecanismo moralizante, invasivo, chegando aos espaços de sua vida social e afetiva, com a perspectiva ainda de vigiar pais, responsáveis e/ou instituições.

Em 1920, temos o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado no Rio de Janeiro, um encontro ocorrido no momento em que o país tentava atingir um novo padrão de desenvolvimento e modernização, o que conduziu reflexões e validações de políticas de assistência e proteção para o menor. Pensava-se com esse Congresso ações redentoras para a questão da infância condizentes a um projeto de controle e defesa social. Idealizado pelo Departamento da Criança no Brasil e presidido pelo médico Arthur Moncorvo Filho, o Primeiro Congresso conseguiu reunir intelectuais de diversas áreas e saberes, associações, corporações, no qual os debates giraram em torno das relações que envolviam os papéis a serem desenvolvidos pela família, pelo Estado e pela sociedade (CÂMARA, s/d, p. 758).

Em 1921, a lei orçamentária federal (Lei n. 4.242) expressa preocupação por parte do governo com a proteção e assistência ao menor abandonado e delinquente. O professor, ex-deputado e juiz, José Cândido de Albuquerque Mello Mattos, consolida as leis de assistência e proteção a menores. O Decreto 16.272 de 20/12/1923 regulamenta a assistência e proteção aos menores e o Decreto Legislativo n. 5.083, de 1926, autoriza o governo a decretar o Código de Menores, levando em conta o Código Civil e o Código Penal. Todavia, o Código só vem a ser promulgado em forma de Decreto (17.934-A), após aprovação do regulamento da assistência e proteção aos menores em situação de abandono e delinquência, assinado pelo Presidente da República Washington Luiz, depois de tramitar durante os governos de Epitácio Pessoa e Arthur Bernardes. (FALEIROS, 2011).

1.2 Proteção social e assistência a crianças e jovens: Os Códigos de Menores de 1927 e 1979

A política de proteção e assistência à criança pobre no Brasil, no início do século XX, traz consigo o modo de pensar e agir da época em que é formulada e posteriormente materializada. Sua construção, portanto, não esteve isenta das visões de mundo, de sociedade,

estiveram sim atreladas à história, à política e aos inúmeros interesses econômicos, *pari passu* às transformações do país.

Padilha (2006) analisa a tendência de dois paradigmas presentes na construção da política de proteção e assistência ao menor, que nortearam as legislações instituídas, a saber: a *Doutrina da Infância em Situação Irregular*, presente nos Códigos de Menores de 1927 e 1979, e o *Princípio da Doutrina de Proteção Integral à Infância*, adotada em 1990, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁰.

Estes paradigmas/doutrinas, como aponta a autora, fazem parte do debate político, norteado por correntes de pensamentos que vão desde o liberalismo até o socialismo. (idem, p. 37). Fortemente marcada pelo pensamento liberal e positivista, a Doutrina da Infância em Situação Irregular revela um Estado controlador, personificado na autoridade do juiz, cuja missão dentro do projeto de bem-estar da nação era o de controlar e incutir regras e normas aos menores em situação de pobreza e às suas famílias.

O Brasil movia-se em seu processo de industrialização, expresso no crescimento populacional somado à elevada pauperização das camadas populares. Devido ao grande contingente de crianças nas ruas em estado de ociosidade, situação inserida nos debates internacionais sobre a infância pobre, o país estava convencido que era indispensável criar medidas jurídico-sociais. Estas medidas tinham por finalidade moldar os menores, transformando-os em pessoas úteis a nação, evitando-se a mendicância, vagabundagem, criminalidade, desordem e indisciplina, fatores que divergiam do progresso capitalista em curso.

A política de assistência e proteção ao menor foi sendo discutida sob o viés salvacionista da criança, apresentada por juristas, parlamentares, profissionais da área de saúde, na forma de projetos de lei. Contudo, a liderança jurídica era nítida, somada a forças da polícia, setores políticos, médicos sanitaristas, associações caritativas e filantrópicas. (PADILHA, 2006). Sendo assim, as “leis menoristas” demonstravam o caráter acentuado na ideia de salvar a criança, e prontamente o Estado entra em cena para realizar o controle sobre a população pobre, pois se acreditava que a desordem social advinha das camadas populares.

¹⁰ Tema abordado no próximo item.

Por isso, crianças e jovens eram comumente classificados de acordo com o seu estado de abandono e grau de periculosidade.

Como não podia ser diferente a um novo projeto de modernização e desenvolvimento proposto no Brasil republicano, ideologias foram sendo incorporadas e/ou perpetuadas, primando-se a ordem, o desenvolvimento industrial, as ideias higienistas de controle étnico, a moralização da pobreza, a educação alienadora, o trabalho precoce como sinônimo de dignidade e fuga da ociosidade e vagabundagem.

A questão do trabalho realizado pelo menor foi alvo de distintas reflexões realizadas por juristas, empresários, médicos e parlamentares. O trabalho precoce como prevenção social, na concepção de médicos e juristas, deveria ser executado com jornada de trabalho de 06 horas para os menores com a idade mínima de 14 anos. Os empresários defendiam a inserção de crianças com idade inferior a 14 anos, alegando a positividade do trabalho precoce na organização das indústrias. Já no parlamento ocorriam debates sob concepções liberais, positivistas e socialistas, definidoras do rumo da política de proteção e assistência à infância, como ilustra Padilha:

Os parlamentares liberais vinculados aos positivistas defendiam a liberdade de contrato e a não intervenção do Estado na proteção do trabalho infantil. Para estes parlamentares, a solução para os problemas dos menores era a caridade, numa clara estratégia clientelista. A tendência socialista defendia o contrário. Propunha uma ampla intervenção do Estado, a favor da proteção do trabalho infantil (2006, p.44).

O tema da educação, presente na pauta da política de assistência e proteção ao menor, convergia com o discurso de que se fazia necessário garanti-la aos pobres, não para o desenvolvimento cognitivo, sua saída do terreno da ignorância, mas sim para mantê-los excluídos socialmente, evitando que os mesmos caíssem na ociosidade e na criminalidade.

Em 1927 foi instituído o primeiro Código de Menores, que possuía 231 artigos, e cuidava, ao mesmo tempo, das questões de higiene da infância e da delinquência, estabelecendo também vigilância pública à criança pobre, sob a tutela do Estado. O objetivo e fim desta Lei encontravam-se expresso no Capítulo I, art. 1º que dizia: “*o menor, de um ou*

outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 annos de idade, será submettido pela autoridade competente ás medidas de assistencia e protecção neste Codigo” [grifos nossos] ¹¹.

Percebe-se claramente no artigo acima o corte *geracional e classista* que faz incidir sobre a infância pobre. Parcela do público-alvo a quem o Código se destinava, *os abandonados*, foi sintetizada e classificada no art. 26 como *menores de 18 anos, que não possuíam habitação própria nem meios de subsistência, por terem pais falecidos, desaparecidos ou desconhecidos, assim como por não terem tutores ou pessoas que vivam sob a guarda, ou ainda mesmo sob tutela desses sujeitos, estes não tenham tido condições de cumprir o seu papel social; encontrarem-se em estado de mendicância, vadiagem ou libertinagem; ou terem pais que costumem exercer práticas imorais contrárias aos bons costumes.*

Faleiros, a respeito de um adendo sobre a infância abandonada comenta que

Os abandonados têm a possibilidade (não o direito formal) de guarda, de serem entregues sob a forma de “soldada”, de vigilância e educação, determinadas por parte das autoridades, que velarão também pela sua moral. O encaminhamento pode ser feito à família, a instituições públicas ou particulares que poderão receber a delegação do pátrio poder. A família é, ainda que parcialmente, valorizada (2011, p. 47).

Contudo, “valorizada”, desde que consiga comprovar possuir condições materiais, morais e econômicas para cuidar e educar seus filhos, incentivando-os ao trabalho precoce; que esteja exercendo atividades laborais, resida em ambientes salubres, dentre outras condições.

Além disso, no inciso VII do art. 26 do Código de Mello Mattos, aparecem alíneas sobre o menor abandonado vítima de crueldade, abuso de autoridade, negligência ou exploração por parte dos pais, tutor ou encarregado, que podem por em risco sua vida ou saúde. Uma delas diz respeito aos “*maos tratos physicos habituaes ou castigos immoderados*”. Porém, estes são referidos para tipificar a criança ou jovem na situação de

¹¹ Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm>. Acesso em fev. 2013.

abandono, e não para o enfrentamento de práticas como os “castigos imoderados”, ou “maus-tratos” físicos ocorridos com frequência, defendidos e aceitos socialmente.

Somavam-se também ao rol dos classificados como abandonados, *os vadios* (perambulavam pelas ruas ou logradouros públicos, mas viviam em casas dos pais ou tutor, e estavam aptos a receber instrução ou entregar-se a trabalho sério e útil); *os mendigos* (pediam esmola para si ou outrem ou vendiam objetos); *os libertinos* (perseguiam ou convidavam companheiros ou transeuntes para praticar atos obscenos; viviam na e da prostituição).

O Capítulo VII – “Dos Menores Delinquentes” – definia-os como aqueles contando idade inferior a 14 anos, que não seriam submetidos a processo penal de espécie alguma, mas cabia a autoridade competente tomar “*sómente as informações precisas, registrando-as, sobre o facto punível e seus agentes, o estado physico, mental e moral do menor, e a situação social, moral e economica dos paes ou tutor ou pessoa em cujo guarda viva*”. Desta forma, o menor em delinquência era alvo de intervenção controladora, moralizante; e aos responsáveis por seu desenvolvimento restava-lhes a vigilância invasiva de suas condições social, moral e econômica, escamoteando-se a desigualdade estrutural desses sujeitos.

Ainda em relação aos menores delinquentes, uma questão preocupante era a classificação incerta dessa situação, ou seja, “uma simples suspeita, certa desconfiança, o biotipo ou a vestimenta de um jovem poderiam dar margem a que fosse sumaria e arbitrariamente apreendido” (RIZZINI, 2011, p. 142).

Esse quadro pode nos indicar que o Código de Menores de 1927, aos olhos despercebidos, resulte num avanço no âmbito da proteção e assistência à infância, num conjunto de dispositivos que garantiria um protecionismo, um cuidado extremo ao menor, solucionando esse problema. No entanto, a resolubilidade recaíra na ação controladora do Estado, expressa na preocupação em conter a população promotora da desordem, ou seja, as camadas populares.

Essa Lei procurou contemplar diversas situações à infância e à juventude. Determinado a resolver o problema dos menores, o legislador enveredou por caminhos que transpassassem o âmbito *jurídico*, através de medidas protetivas e assistenciais, sobretudo as de controle estatal, mediante mecanismos de tutela, vigilância, guarda, por meio do Juiz de Menores. O juiz deveria buscar a regeneração dos menores, definindo-se explicitamente que a

questão da infância abandonada e delinquente era de caráter público, sendo autorizado, dentre outras atribuições, a retirar o pátrio poder dos pais faltosos no cumprimento do dever de cuidar, educar e proteger a criança; a ordenar as medidas concernentes ao tratamento, colocação, guarda, vigilância e educação. Tais medidas eram adotadas *a posteriori* classificação pela idade, saúde, grau de instrução, profissão, assim como pela situação econômica, moral e social dos pais ou tutor.

Rizzini (2011, pp. 142-143) reflete acerca do processo que conduziu à aprovação do Código de Menores, trazendo à tona uma divergência contida nesta Lei, mesmo com a mobilização de diversos sujeitos envolvidos na atualização da política de proteção e assistência à infância. Divergência por não ter sido possível se chegar a um estágio de nação defendido pela elite intelectual, de um Brasil saneado, culto e civilizado, mesmo que tenha havido “o poder de pressão dos representantes do pensamento humanitário em torno da ‘*nobre causa da infância*’” [grifos da autora]. E acrescenta que “nos quarenta anos que se seguiram à instauração da República – anos de debate e gestação de uma política nacional dirigida à infância – privilegiaram-se as formas de contenção extrema do segmento pobre da população infanto-juvenil [...]”.

Da transição dos primeiros anos da República ao advento do Estado autoritário e corporativista da primeira fase da era Vargas (1930-1945), a política para a infância e juventude, circunscrevia suas ações por meios repressivos e assistencialistas. Na constituição de 1934, um dos seus artigos, o de número 138, era designado àquelas crianças que se encontravam desamparadas/desvalidas, sendo criados mecanismos para a disseminação da educação eugênica; amparo da maternidade e da infância; assistência às famílias de prole numerosa; proteção à juventude contra toda exploração, bem como contra todo o abandono físico, moral e intelectual; restrição da moralidade e das morbidades infantis, através de medidas legislativas e administrativas; a redução da propagação de doenças contagiosas. Segundo Faleiros, o referido artigo nos mostra “[...] a influência dos higienistas, em geral médicos preocupados com a sanidade pública e com a “preservação da raça”, na formulação de propostas para a “eugenia” e a moralização do meio, das instituições e das famílias” (2005, p. 06).

No Governo Provisório de Getúlio Vargas, o discurso apelativo feito aos governadores dos estados expressava a visão do presidente em relação à infância pobre, atendendo ao apelo

das elites, através da “utilização de critérios científicos no atendimento, a aliança entre os setores público e privado, a defesa da nacionalidade, a vergonhosa mortalidade infantil das cidades brasileiras e a formação de uma raça sadia, de cidadãos úteis” (Rizzini, 2011, p. 247).

Ainda para Faleiros (2005), as outras ações relevantes desta fase são a criação das delegacias de menores que funcionaram de 1941 a 1964, o SAM (Serviço Nacional de Assistência aos Menores) vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr).

O SAM, instituído em 1941, no período ditatorial Vargasista, objetivava proporcionar assistência de alcance nacional aos menores carentes e infratores da lei penal. Todavia, a lógica pedagógica de assistência deste Serviço seguia o modelo de controle e correção dos delinquentes e desprovidos, ou nas palavras de Faleiros (2011, p.54): “A implantação do SAM tem mais a ver com a questão da ordem social que da assistência propriamente dita”.

Com o aumento do poder do SAM, o poderio dos juízes foi sendo reduzido. Esta instituição passou por um redirecionamento em 1944 (Decreto-lei n. 6.865), vinculando-se ao Ministério da Justiça e ao juizado de menores, passando a orientar e fiscalizar educandários particulares, investigar crianças e jovens para fins de internamento e ajustamento social, proceder ao exame médico-psicopedagógico; promover, abrigar e distribuir os menores pelos estabelecimentos, incentivar a iniciativa particular de assistência a menores e estudar as razões para o abandono (idem).

Portanto, é perceptível que a “política do menor”, articulava repressão, assistência e defesa étnica, tornando-se uma questão nacional, de longa duração, influenciando na condução da trajetória de crianças e adolescentes pobres no Brasil.

No período democrático-populista de Vargas (1946 a 1964) há continuidade das ações do SAM e do DNCr, mas ampliam-se os convênios com instituições privadas, sendo destinadas uma verba por cada criança assistida, o que acarretou aumento da corrupção, pois havia falsificações do número de infantes.

Em relação ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), órgão federal, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, o Decreto-lei n. 2.024 de 17/2/1940 fixou as bases de organização e proteção à maternidade, à infância e à adolescência no país. Cabia a este Departamento estudar e divulgar o problema social referente a esse conjunto populacional. A

máxima era “*salvar a família, para proteger a criança*” (Pereira (1992, p. 17) apud (Rizzini, 2011, p. 270), e para tal feito foi necessária a criação de uma rede de instituições, dirigidas por organizações privadas, orientadas pelos preceitos científicos elaborados pelo DNCR (idem). Às gestantes, mães e a seus filhos, as unidades de atendimento seriam os postos de puericultura, os jardins de infância, as creches, as maternidades, os hospitais infantis, dentre outras.

Como a ordem era “*salvar a família, para proteger a criança*”, a figura da mulher foi tomada como a peça-chave para a manutenção da família, e sua função era a de educar moralmente a criança, prestando-lhe cuidados físicos. Para tanto, permaneceria em casa, não tendo o direito ao trabalho, à vida pública de um modo geral, sendo, além disso, culpabilizada caso viesse a fracassar em sua missão. Aos menores não assistidos por sua genitora, restavam-lhes as instituições/unidades de atendimento.

Após o golpe militar de 1964, uma grande parcela da sociedade que defendia, na verdade, uma (contra) reforma do SAM, criou uma política de caráter nacional para atender à criança pobre, expressa na Política Nacional do Bem-estar do Menor (PNBEM) – a partir da criação da Fundação Nacional de Bem-estar do Menor (FUNABEM).

Devido à pressão por parte da mídia, da Igreja Católica e da sociedade, o SAM é substituído pela FUNABEM¹². O Estado, na tentativa de reverter a situação deixada pela extinção deste Serviço, conduz as práticas de internamento mantendo-as no eixo central de suas ações, mesmo que para pequena parcela da sociedade este tipo de prática já havia se tornado ineficaz. À Fundação cabia formular e implantar a PNBEM, mediante o estudo do problema e criação de estratégias, sendo também de sua alçada orientar, coordenar e fiscalizar as entidades que executassem essa política.

Esta Fundação encontrava-se independente do Ministério da Justiça, e objetivava a não internação dos menores. Ainda assim, as famílias eram culpabilizadas e designadas como a

¹² O Serviço Nacional de Assistência ao Menor perpetuava as práticas de confinamento dos menores em instituições de internamento. Contudo, por não conseguir se libertar dessa herança foi recebendo severas críticas de setores da sociedade, que viam no SAM um criadouro, uma escola formadora de futuros delinquentes, uma instituição “Sem Amor ao Menor”, Rizzini (2011, p. 266). A extinção do SAM ocorreu, ainda, devido aos “atritos interburocráticos de agências estaduais de atendimento e juizados de Menores e policiais – dada a ausência de uma política, além de prescrições normativas do Código de Menores, que estabelecesse uma linguagem comum e domínios específicos de atuação” (FUNABEM, (1987^a, p.34) apud RIZZINI (2011, p. 288)).

única e principal responsável pelo abandono das crianças. A proposta antiSAM de não manter os menores internados era contraditória, pois, aliada com alguns estados, municípios e entidades privadas, estimulou-se a internação (herança do acervo do SAM enquanto estrutura e arranjo espacial) e a transferência de renda per capita para este propósito. Conseqüentemente foram criadas as unidades da FEBEM (Fundação do Bem-Estar do Menor) – por meio da aplicação da FUNABEM em recursos no nível local e da sensibilização dos governos estaduais – destinadas àqueles considerados perigosos e aos que tinham sido abandonados. Faleiros (2005) comenta que o objetivo (mascarado) da FEBEM não se concretizou. O que houve, na verdade, foi o aumento de crianças na rua, expostas a todo perigo (inclusive o de serem exterminadas); excluídas da escola, inseridas em trabalho indigno.

Em 1979, outro código foi criado, substituindo o antigo de 1927. Na verdade, representou de fato uma reformulação deste último. Iniciada sua tramitação no Congresso Nacional a partir do projeto Lei n. 105/74, de autoria do senador Nelson Carneiro, inspirado na Declaração dos Direitos das Crianças da Organização das Nações Unidas, de 1959, esse projeto contemplava os direitos preconizados nesta Declaração, tais como: direito à educação, à saúde, à profissão, à segurança social e à recreação, chamando a comunidade e o Estado a somarem responsabilidades às das famílias no que tange à proteção e assistência social ao menor (art. 13); previa a indispensável proteção à família, visto que se essa instituição não fosse amparada, o destino das crianças estaria prejudicado e, portanto, a nação não galgaria seu *status* de país desenvolvido.

Sustentado pela Doutrina da Situação Irregular, propunha que a proteção estatal deveria erradicar as irregularidades que atingiam o menor, procurando meios eficazes de prevenção, dando-os assistência, proteção e vigilância. Era considerado em situação irregular o menor com desvios de conduta, em virtude grave de inadaptação familiar ou comunitária, autor de infração penal, privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória; vítimas de “maus-tratos” ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsáveis; por estar em perigo moral etc. Esta "legislação menorista" não ampliava o seu raio de acesso aos direitos garantidos à criança e ao adolescente que não se encontrava em situação irregular.

Conforme Silva¹³, o jurista Alyrio Cavallieri foi quem propôs e fez aprovar no Código de Menores de 1979 a substituição das diferentes terminologias pelas quais se designava a criança: exposta, abandonada, delinquente, transviada, infratora, vadia, libertina, etc., reunindo-as todas sob a mesma condição de “situação irregular”. Nas palavras de Faleiros: “a criança só tinha direitos quando era julgada em risco, em uma situação de doença social, irregular. Não era um sujeito de direitos”¹⁴.

Padilha (2006, p.53) alerta-nos a perceber a centralidade familiar presente no princípio da situação irregular e a consequente culpabilização pelos problemas causados ao menor, e sinaliza também o esquivo estatal da obrigação de protegê-lo por meio de programas ou políticas sociais.

A autora acima citada sintetiza as medidas aplicadas ao menor, apresentando o que foi alterado e inovado no Código de 1979 em relação ao Código que o antecedeu: a gama de *medidas progressivas*, punindo-o da maneira mais leve a mais rígida (art. 14), tendo sido antes destinado apenas à internação àqueles em situação de abandono e delinquência; concernente ao *acesso à justiça*, o acionamento jurídico destinava-se ao menor em situação irregular, desta forma, os demais casos não teriam ingresso legítimo, demonstrando-se o caráter legal limitativo e a violação dos interesses da criança. Seria negado ainda o reconhecimento jurídico aos menores que não estivessem numa situação prevista como perigo moral (art. 2º), desvio de conduta (art. 5º, V), privação de assistência legal (art. 6º, VI).

Estritamente, o Código de 1979 se baseia na Lei de Segurança Nacional, instituindo a internação de carentes e abandonados até aos 18 anos, e o sistema prisional aos infratores. Somado a esse fato, o espírito e o sentimento nacionalista à época afetaram o sistema educacional brasileiro, e a educação de crianças e adolescentes orientada pelos preceitos do militarismo, enfatizava a obediência, segurança e disciplina, de responsabilidade da FUNABEM/FEBEM. Por conseguinte, a perspectiva do menor trabalhador (presente no Código de Menores de 1927) abre terreno à condição de clausura do menor infrator e carente, através dos primeiros ideólogos da FUNABEM.

¹³ Cf. SILVA, Roberto da. A Construção do Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível:<<http://www.abmp.org.br/textos/189.htm>. ACESSO EM: 17/11/2009.

¹⁴ Nas décadas seguintes do século XX várias convenções e documentos internacionais formaram o ambiente jurídico, social e político necessários para a construção de um novo direito relativo às crianças e adolescentes.

Podemos afirmar, a rigor, que ambos os Códigos foram determinados pela doutrina da situação irregular, salvaguardados seus aspectos conjunturais. Contudo, foram norteados por pensamentos e concepções diferentes, ligados ao liberalismo e positivismo, em que a criança e a família eram tuteladas por um Estado disciplinador e coercitivo.

1.3 Estatuto da Criança e do Adolescente: entre a “inovação” e a “não efetivação de direitos”

Passados os anos de repressão do regime militar brasileiro, no país ocorre o movimento por uma sociedade democrática, organizada pela luta de novos direitos e/ou defesa dos direitos humanos, com a participação de movimentos sociais, movimentos populares, partidos políticos, setores da sociedade civil.

Dentre os movimentos sociais ou populares preocupados com o problema de crianças que se encontravam em situação de miserabilidade nas ruas, podemos exemplificar o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, expoente na aglutinação de sujeitos insatisfeitos com a formatação da política direcionada à infância.¹⁵ Este Movimento reuniu crianças, adolescentes e educadores, promovendo participação na construção de uma política que primasse pelas reais necessidades destes segmentos populacionais. Em conjunto com a Pastoral do Menor, lideraram a emenda popular denominada “Criança, prioridade nacional”, mobilizando a sociedade brasileira de norte a sul, a lutar pela aprovação de mudanças na política de proteção e assistência à infância e a remover o entulho autoritário deixado pelo legado dos Códigos de Menores.

¹⁵ Os Encontros Nacionais de Crianças e Adolescentes organizados pelo Movimento constituíram frentes de estratégias de pressão diferentes das dos adultos. No segundo Encontro, em Brasília, no ano de 1989, cerca de 750 crianças e adolescentes em situação de rua ganharam visibilidade nacional, por ocuparem o Plenário do Congresso Nacional, realizando uma votação simbólica de aprovação do ECA. Além desse movimento, Nogueira Neto (2009, p. 2) dá destaque a outros movimentos sociais protagônicos: movimento sindical (com a CUT, à frente), Fórum Nacional de Defesa da Criança e do Adolescente – DCA, ABRÁPIA (RJ), Sociedade Brasileira de Pediatria, Centro Nossa Senhora das Graças (AM), Projeto Alternativas de Atendimento a Meninos e Meninas de Rua (RJ), Projeto Meninos e Meninas de Rua – PMMR (SP/ São Bernardo) e algumas entidades de defesa de direitos humanos (Fundação Bento Rubião, Centro D. Helder Câmara – CENDHEC, CEAP, GAJOP, IBISS etc).

Ocorre neste cenário de mudanças rumo à sociedade democrática, o Movimento Nacional Constituinte, que representou o desejo pelo reordenamento jurídico e a promulgação da Constituição Federal (CF), em 1988. Comumente nomeada de *constituição cidadã*, essa Carta Magna expressava o anseio da luta pela extinção da herança autoritarista, repressiva, excludente, presente nos governos ditatoriais, e apontava ganhos significativos em relação à aprovação e manutenção de dispositivos que assegurassem à população não sofrer as arbitrariedades do Estado e dos Governos ditatoriais do passado recente.

A saída de um regime ditatorial propiciou ainda um período de efervescência em busca de uma sociedade na qual o Estado atenderia às necessidades sociais, materializaria as conquistas obtidas e legalizadas com a Constituição de 1988. Contudo, como sinaliza Oliveira (2010, pp. 178-179), o Brasil dependia da implementação de um projeto socioeconômico que possuísse uma dimensão socialdemocrática, pré-condição não efetivada, barrando o processo construtivo de modernização redistributiva da sociedade brasileira. Acresce-se a esse fato a derrota eleitoral do projeto de reformas nacionalista e democrático-populares, em 1989, conjugada à falência do “Socialismo Real” no Leste Europeu e na ex-União Soviética, abrindo caminho a um novo ciclo de ofensiva político-econômica e ideológica neoliberal.

Na primeira metade dos anos 1990, no governo de Fernando Collor de Melo, foram implementadas políticas de ajuste fiscal, e, além disso, os discursos contrários às conquistas sociais garantidas na “Constituição Cidadã” acentuavam os altos custos oriundos da efetivação de direitos e afirmavam que o déficit público resultava em impedimento à retomada do desenvolvimento econômico. Ideologicamente, o neoliberalismo incutiu no imaginário popular a ideia de que o aparelho de Estado era ineficiente, corrupto, burocrático. Sendo assim, a iniciativa privada seria o oposto, ou seja, a grande salvação e superação dos entraves que impediam o país de avançar e crescer economicamente.

Já na segunda metade da referida década, ocorre a consolidação programática do neoliberalismo no Brasil. E discorrem os mencionados autores que “as elites brasileiras se unem em torno do projeto neoliberal, união essa que se configura na pactuação entre as elites financeiras e industriais, com as históricas oligarquias rurais existentes no país” (idem, p.178).

Retomando a discussão da promulgação da Constituição de 1988, pela primeira vez é indispensável reconhecer que se faz prioritário abordar a questão da criança, estabelecendo sua proteção pela família, sociedade e Estado, o que possibilitou a instituição de uma lei que

firmasse as conquistas obtidas pela infância e adolescência. É criado, dessa forma, pela Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que expressa os novos direitos desse público, assegurados pela Carta Magna, em seu art. 227.

O advento do conjunto de direitos peculiares a crianças e adolescentes presente nesta Lei, representaria um divisor de águas na história da proteção e assistência a tais grupos etários, no Brasil, visto que o Estatuto visava à superação secular de desproteção da vida, regulamentada e compilada nos dois antigos Códigos de Menores.

Defasado e repleto de práticas obsoletas, o Código de Menores de 1979 sofreu severas críticas ao tratar o problema da infância em situação irregular com similaridade ao Código antecessor, não correspondendo aos avanços iniciados internacionalmente na comemoração do Ano Internacional da Criança, fruto de uma mobilização mundial acerca dos direitos da infância e juventude. Conseqüentemente, esta legislação “menorista” não correspondia aos interesses das forças políticas e da sociedade civil, tampouco representava os anseios das crianças e adolescentes, que se encontravam confinados e violados em seus direitos à vida, educação, saúde, lazer, profissionalização etc., estando sob o jugo do juiz de Menores.

Internacionalmente, a conjuntura que antecedeu a aprovação do ECA – nas décadas de 1970 e 1980 – passava por uma transição evolutiva do capitalismo, atingindo sua fase globalizante, trazendo consigo metamorfoses na relação capital/trabalho, e nestas, mudanças significativas nas formas de gestão do trabalho, na extração dos excedentes e na propriedade privada (CHESNAIS, 1996 apud SILVA, 2010). Ocorreu, conseqüentemente, flexibilização do trabalho através da alteração do padrão fordista de produção, passando a vigorar o toyotismo. A política neoliberal previa um Estado mínimo para salvar a crise sistêmica contemporânea pela qual vinha passando o capital, expressa na falência do *Welfare State*, que compatibilizou acumulação e valorização do capital, aliada à garantia de direitos políticos e sociais.

É no neoliberalismo que vem às ruínas as concepções secundárias no trato com a questão da infância e suas leis “menoristas”, sendo o direito de crianças e adolescentes alçado a um patamar equiparado ao do adulto. Em contrapartida, vale dizer que é ainda no neoliberalismo que a conquista dos direitos das classes antes não inseridas ou minimamente protegidas pelo Estado encontra-se em ameaça constante. Dessa maneira, o ECA é uma *conquista tardia* das lutas sociais. Houve a conquista formal e progressista dos direitos de

crianças e adolescentes, o alcance de uma “*cidadania infanto-juvenil*”, contudo, existem entraves à sua materialização, “posto que o ECA se esgota no limite de sua demanda, sob o jugo do antagonismo capital e trabalho, e não tem por apoio um projeto revolucionário de sociedade” (Silva, 2010, p.36).

Esse quadro conjuntural, somado às insatisfações do governo, sociedade civil e movimentos sociais em torno da falência do Código de Menores e da Política Nacional de Bem-estar do Menor, resultou num consenso entre organismos internacionais e nacionais (como a FUNABEM, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Secretaria de Assistência Social – SAS, do Ministério da Previdência e Assistência Social), que teceram críticas abertamente a este Código, assim como às instituições coordenadoras e operadoras da PNBEM e às práticas institucionais.

No movimento dialético endógeno e exógeno da constituição do ECA, houve um peculiar adiantamento, no Brasil, da promulgação desta Lei. Na América Latina, no início da década de 1980, foram iniciadas as discussões do conteúdo da Convenção Nacional dos Direitos das Crianças, marcadas pela dimensão jurídica. No Brasil, essa discussão impulsionou a Constituição Federal de 1988 a introduzir bases sociojurídicas à reformulação da legislação de crianças e adolescentes.

Em 1989, trigésimo aniversário da Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprova unanimemente a Convenção sobre os Direitos da Criança – CDC. A ideia da realização dessa Convenção partiu da Polônia, em 1978, quando foi apresentada à Assembleia Geral a elaboração de um tratado internacional, coincidindo com a celebração do Ano Internacional da criança, em 1979. Contudo, essa proposta da Polônia não levou em consideração a magnitude e a complexidade da tarefa, sendo concluída com dificuldades a tempo para o décimo aniversário do Ano Internacional da Criança, em 1989.

Nogueira Neto (2009) afirma que a proposta da Polônia nada mais foi que uma mera reformulação dos direitos já reconhecidos na Declaração de 1959, apontada por vários governos na consulta iniciada em 1978. A redação final da CDC, todavia, nas palavras deste autor:

transforma a criança de objeto de direito a receber uma proteção especial em sujeito de uma ampla gama de direitos e liberdades; esclarece o significado de praticamente toda a gama de direitos humanos para crianças e adolescentes; estabelece um Comitê Internacional de especialistas em direitos da criança, com novas competências para a promoção de tais direitos (p. 4).

No Brasil, essa proposta incide sobre as lutas pelos direitos infanto-adolescentes, momento crucial da transição dos governos ditatoriais a um processo de reconstrução e democratização de seu ordenamento normativo e político-institucional, através de um Congresso Constituinte. O Brasil utiliza essa nova normativa jurídica internacional, produzida nas discussões em Nova Iorque e demais países acerca do projeto de convenção internacional, influente na elaboração da Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente, inserindo ideias-forças como: titularidade de direitos, prevalência da garantia de direitos sobre o atendimento de necessidades, reconhecimento novo do direito de expressão da opinião e da participação, princípios gerais da não discriminação e da prevalência do interesse superior etc. (idem, p.4).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) consiste num conjunto de leis específicas, cuja instituição previu direitos fundamentais, medidas socioeducativas e protetivas, assim como da prioridade na formulação e implementação de políticas públicas específicas – programas sociais, serviços de prevenção e proteção, medidas de organização pública, entidades de atendimento. Define os atos infracionais, estabelece os direitos e as garantias processuais e as medidas socioeducativas, a remissão, e as medidas pertinentes ao pai, mãe e/ou responsável. Confere ao Conselho Tutelar e à Justiça da Infância e da Juventude, a forma que devem proceder, a participação de promotores e advogados no Ministério Público, por parte do Juiz. (SIMÕES, 2009).

Encontramos no Estatuto, mais precisamente em suas disposições preliminares, o público-alvo a quem esta Lei destina sua proteção integral:

Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade (Art.2). A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico,

mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (art3).

Propõe, além disso, a criação de duas diretrizes no atendimento/educação de crianças e adolescentes: a primeira delas, as *medidas protetivas*, realizadas, em grande parte, pelos Conselhos Tutelares, são acionadas sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável, assim como em razão da conduta daqueles segmentos geracionais (art. 98). A segunda delas, as *medidas socioeducativas*, comporta àquelas aplicadas¹⁶ aos adolescentes em conflito com a lei (aquele que comete atos infracionais), formuladas a fim de lhes possibilitar “reorganização” de sua existência.

Criado sob a concepção progressista da *Doutrina da Proteção integral*¹⁷ – que objetivava extinguir práticas repressivas e moralizantes legalizadas pela *doutrina da situação irregular*, presentes nos antigos Códigos de Menores –, o ECA foi sendo construído num período em que diversas e divergentes forças políticas, magistrados, sociedade civil e movimentos sociais pela infância formulavam uma nova legislação que abarcasse os direitos inerentes de crianças e adolescentes, na conjuntura de abertura democrática pela qual o Brasil passava. Segundo Costa (1991, p. 31) apud Silva (2010, p. 40), sinteticamente, as forças políticas de maior destaque na formulação da legislação foram:

- a) no mundo jurídico – representado por juízes, promotores, advogados e professores de direito; b) nas políticas públicas – representantes da Funabem e por dirigentes técnicos de órgãos estaduais inscritos no Fonacriad (Fórum Nacional dos Dirigentes de Políticas Estaduais para Criança e Adolescente; c) nos movimentos sociais – representados pelo Fórum DCA e por um considerável grupo de entidades não-governamentais.

¹⁶ O conjunto de medidas aos adolescentes (art.112) que cometem atos infracionais define que a autoridade competente poderá aplicar: “I – advertência; II – obrigação de reparar o dano; III – prestação de serviços à comunidade; IV – liberdade assistida; V – inserção em regime de semi-liberdade; VI – internação em estabelecimento educacional; VII – qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI”.

¹⁷ Nogueira Neto (2009) sinaliza o indispensável aprofundamento reflexivo sobre a utilização da “Teoria (ou doutrina) da Proteção Integral”, do sentido que damos a ela. Afirma este autor ser essa Teoria (ou doutrina): “na verdade um somatório e uma tentativa de sistematização de várias teorias no campo do Direito, da Ciência Política, da Antropologia, da Sociologia, da Psicologia e outros campos do saber. Ou melhor, se dirá: variadas explicitações dos discursos justificadoras de novas práticas, em busca de uma teoria unificadora, definidora e explicativa. Um rico produto de construção multidisciplinar, superando o tradicional e reducionista modelo disciplinar prevalente no Brasil e que tanto dificulta a atuação intersetorial e multiprofissional”.

Propendia ainda tal Doutrina que a família, a sociedade e o Estado fossem obrigados a propiciar à criança e ao adolescente o respeito a todos os seus direitos fundamentais de pessoas em desenvolvimento físico e mental; como também que fossem consagrados aos menores de 18 anos direitos iguais garantidos aos adultos e, além disso, direitos específicos que visassem sua formação ou desenvolvimento: direito à vida, à educação, à saúde, ao lazer, à liberdade, etc.; e ainda que todas as crianças e os adolescentes fossem protegidos pelas disposições do ECA. Enfim, com o Estatuto criam-se novos *sujeitos de direito*. Consequentemente, não mais haveria o enfoque na pobreza, no trabalho ou no assistencialismo, medidas adotadas nos Códigos antecedentes.

Após o longo período de 63 anos da Doutrina da Situação Irregular ter conduzido a política de proteção e assistência ao menor, Silva (2010) registra a retração nas conquistas no campo sociojurídico, e indaga sobre o porquê de tamanho lapso temporal, e ao mesmo tempo responde que:

Esse “silêncio” só foi quebrado em 1990, em razão de os objetivos e fins do Código de Menores de 1979 e de seu paradigma da “situação irregular” terem sido superados histórica, jurídica e socialmente, por estar em oposição aos valores democráticos, liberais e jurídicos em dissonância com os princípios da diferença individual, moral, social, religiosa, cultural e educacional da nova configuração da ordem mundial (idem, p. 35).

O Estatuto da criança e do Adolescente é fruto de uma conjuntura que, de certa forma, representou um “avanço” nas leis à infância e adolescência, levando-se em consideração as condições históricas, as lutas políticas, as decisões econômicas, o trato com as questões sociais, culturais, que se buscou superar presentes nos antigos Códigos de Menores. Porém, as práticas de não efetivação de direitos de crianças e adolescentes ainda se fazem presentes mesmo com sua criação e da rede socioassistencial de serviços para esse segmento populacional.

Silva (idem) ao demarcar o campo nascedouro do ECA¹⁸ – a transnacionalização do capitalismo, do antigarantismo, da democratização e do comportamento juvenil – aborda que houve a necessidade de reformular-se a legislação menorista e o seu sistema de justiça juvenil. Dentre essas reformulações estão presentes os direitos e as garantias processuais. Em contrapartida, acirraram-se os mecanismos de controle sociopenal, as formas de punição, imposição de limites aos adolescentes que cometem atos infracionais, para que fossem garantidas as regras e o controle social da classe dominante. Dito de outra forma pela autora, “a justiça e o direito menorista foram criticados por “oferecer” proteção tutelar maximizada (paternalismo), pela impunidade em relação aos comportamentos violentos juvenis, sobretudo pela ausência das garantias de defesa”. Isso porque, como bem esclarece dita autora, reformulada a legislação menorista, e alterado o sistema de justiça juvenil, houve concessão de direitos e garantias processuais; em contrapartida, limites, responsabilidades penais, controle sócio-penal e formas de punição aos adolescentes e aos jovens foram aplicados, devido à força política e engajamento juvenil que punha em xeque as regras sociais dominantes.

Cavaliere (2003) apud Padilha (2006) – a quem recorreremos para apresentar sua síntese a respeito de alguns argumentos referentes aos impasses imobilizantes à operacionalização do ECA – aponta existir empecilhos:

- I. De *natureza política* expressos no avanço de setores conservadores e no constante ataque aos defensores de direitos humanos, acusados de serem protetores de criminosos e defensores da impunidade. Este posicionamento político conservador reforça atitudes repressivas e moralistas de criminalização da juventude pobre, com forte apelo ao retorno da institucionalização;
- II. De *ausência de boa política de financiamento*, que ocorre com o fim da FUNABEM-CBIA (a Fundação passa ser chamada de Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência, extinta em 1994) e da LBA, acarretando alocação de poucos recursos para Estados, fundações ou entidades privadas. O UNICEF passa por momentos de crises e corta recursos. Organizações europeias deixam de estimular a construção de novas estratégias ou programas de intervenção, passando – quando da queda do Muro de Berlim – a subsidiar o Leste

¹⁸ A autora recorre ao exame da Constituição Federal e das legislações referentes à infância, assim como às análises conjunturais (num movimento do nacional ao internacional), apontando as condições que viabilizaram o advento do ECA nos marcos do neoliberalismo.

Europeu. Além disso, o Estatuto prevê que os fundos tenham origem de Estados e Municípios, mas esses por vezes encontram-se esvaziados, visto que não foram fixadas alíquotas de arrecadação ou taxas, nem pensadas fontes fixas e impostos para cobrir custos de implantação de programas e projetos.

III. Da *crise de gestão* decorrente do conhecimento precário dos encarregados de administrar a verba pública.

Retomando a discussão de Silva (2010), a autora nos instiga à exigência de uma profundidade analítica sobre quais seriam as “continuidades” e “descontinuidades”¹⁹ na relação Estatuto da Criança e do Adolescente e os Códigos de Menores, e sinaliza, dentre outras “continuidades”, que a gestão da coisa pública – a parceria Estado e sociedade – acontece sob a (re) invenção neoliberal de fazer política pública, incorporada no ECA. Nas suas palavras: “O Estado promove um jogo, mascarado sob o discurso de democratização e descentralização político-administrativa para dar conta da responsabilidade social, passando a dividir com a sociedade, isto é, com as organizações não-governamentais, a execução de políticas públicas.”

Logo, as políticas sociais públicas criadas para atender o segmento populacional de crianças e adolescentes, no Brasil, são permeadas pela junção do público/privado, caracterizando-as como ações que deveriam ser de responsabilidade estatal, mas que vêm sendo intermediadas pela mercantilização dos direitos, prestação de serviços pelo “terceiro setor”, campanhas midiáticas, crescimento do voluntariado, obras de igrejas, “responsabilidade social das empresas”, etc.

¹⁹ Dentre os processos de caráter descontinuo entre o ECA e os Códigos precedentes, explicitaremos sinteticamente à luz de Maria Liduina de Oliveira e Silva, o que esta autora considera como “descontinuidades” advindas com a nova lei estatutária:

a. A eliminação do sistema antigarentista conseguida pela supressão do paradigma da “situação irregular” condutora dos Códigos de Menores, pela superação da Política Nacional do Bem-estar do Menor (PNBM), dando lugar ao paradigma da “proteção integral”, sendo inaugurado o sistema de garantia de direitos;

b. No Campo da gestão, a democratização da coisa pública permitiu a participação popular nas questões referentes à infância e à juventude, institucionalizadas através dos Conselhos de Direitos das Crianças e dos Adolescentes e dos Conselhos Tutelares. Ainda na questão da democratização, o papel do Ministério público, em especial da Promotoria da Infância e da Juventude, ganhou impulso e autonomia.

c. A municipalização, superando o modelo engessado de execução no âmbito nacional ou estadual, ultrapassa a execução das políticas públicas centralizadas no poder federal. Para tanto, aos municípios devem ser garantidas condições materiais para assumi-las.

Telles et. al. (2011) afirmam que o Estado vem transferindo seus deveres à sociedade, chamando-a a responsabilidade em atender as necessidades sociais através de práticas assistencialistas, apelando à “participação social”, a entidades sem fins lucrativos, como instâncias que garantem “acesso” e “qualidade” aos serviços. Com isso, afirmam os autores que “os investimentos em programas e projetos com ganhos sociais tem se valido das chamadas organizações sem fins lucrativos, “como agentes do bem-estar”, substituindo a política pública e assumindo a condição de “alternativa eficaz” para viabilizar o atendimento das necessidades sociais”.

Nesse mecanismo “esquivo”, o Estado realiza um movimento de alocação do fundo público, que seria destinado às políticas públicas, para fomentar as políticas de cunho privatista, descaracterizando as conquistas da classe trabalhadora e dos movimentos sociais, para assim transformá-las em serviços de mercado, serviços lucrativos, de acesso restrito, características de um retrocesso no campo dos direitos universais, assim como dos direitos individuais e coletivos de crianças e adolescentes.

Corroborando com a ideia de um Estado limitativo no cumprimento de sua função social, mais especificamente, na garantia do cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes prescritos no ECA, Silva alerta que:

Por trás dessa legislação está o Estado e as determinações sócio-econômicas que o configuram em sua relação coercitiva com a sociedade. Por mais “inovador”, “garantista” e “participativo” que possa ser o Estatuto, não podemos esquecer que suas bases estão enraizadas no processo de reprodução e dominação social. Nesse sentido, lei é sempre lei, portanto, passa por frequentes reformas e será sempre normativa, coercitiva e reguladora; jamais fará qualquer ruptura no plano institucional legal. Resguardará os interesses e os valores dos grupos hegemônicos que compõem o Estado e inovará com reformas necessárias à manutenção da ordem social (2010, p.42).

Com essa afirmação, tal autora não olvidou a participação dos movimentos pela infância e adolescência, muito menos deixou de ressaltar que na construção de legislações específicas, nesse caso o ECA, há interesses heterogêneos, contraditórios, expressos nas formulações, redações distintas e divergentes entre os projetos. As divergências, os

diferentes interesses políticos, jurídicos e sociais, nas palavras da autora, estiveram em evidência após alguns anos de vigência do Estatuto:

ficaram mais evidentes sua finalidade, seus objetivos e as concepções de Estado, de sociedade, de família e de crianças e de adolescentes que o fundamentaram [...] É possível identificar que sua redação tem artigos contraditórios e ambíguos, no entanto, é na implementação da lei que o confronto das idéias e das práticas se impõe e se nega num contexto contraditório, de fortalecimento incondicional das normas e da segurança nacional (2010, p.89).

O intuito de Silva é apontar as contradições inerentes a tal legislação, visto que esta não esteve isenta de interesses das classes hegemônicas, representantes do capitalismo globalizado, ancorados num Estado que, ao mesmo tempo em que legitima uma “cidadania” de crianças e adolescentes, conferindo-lhes o *status* de sujeitos de direitos, age coercitivamente através de ações punitivas e criminalizantes à infância e adolescência pobres, expressando o movimento de negação e afirmação das práticas dos antigos Códigos de Menores ainda presentes, não em sua totalidade, no ECA.

Após análise do caminho da instituição de legislações brasileiras sobre a infância e adolescência, dos dois antigos Códigos de Menores à promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, pretendemos no capítulo seguinte discutir uma das violações de direitos de crianças e adolescentes, ou seja, a violência, que acomete inúmeras vítimas, mais especificamente para este trabalho, a violência doméstica/intrafamiliar²⁰. Almejamos, pois, apresentar o fenômeno da violência infanto-adolescente enquanto uma produção socio-histórica, imbricado por múltiplas determinações, no qual a magnitude dos impactos negativos não permite o pleno desenvolvimento desse grupo populacional.

Seguiremos apresentando ainda as diversas expressões da violência doméstica/intrafamiliar, quais sejam: física, sexual, psicológica, negligência. Ademais, à luz

²⁰ Consideraremos apenas a violência doméstica/intrafamiliar e suas expressões: violência física, violência sexual, violência psicológica, negligência. Sabemos que há outras expressões da violência contra esses segmentos populacionais, tais como: trabalho infantil, situação de rua (violência estrutural), bullying (violência característica do espaço escolar), violência institucional (por exemplo, crianças e adolescentes que infringiram as leis, inseridos em espaços “ressocializadores”), utilização/exploração no tráfico de seres humanos, etc. Todavia, estas não serão abordadas em nosso trabalho.

de alguns artigos do ECA, refletiremos acerca do que está disposto nesta lei estatutária, interpretando-a sobre a reflexão dos direitos de crianças e adolescentes vitimados por violências. Por fim, exporemos a inserção deste tema na agenda de saúde pública e o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública.

Capítulo II – Violência Infanto-Adolescente: fenômeno socio-histórico

A violência é um fenômeno social historicamente construído. Envolve, portanto, questões culturais, morais, acontecimentos econômicos, conjuntura política e, por conseguinte, suas expressões permeiam as relações sociais. Utilizada (a violência) como forma secular de relacionamento entre os membros que compõem a sociedade, suas expressões variam de acordo com a dinâmica econômica, social, cultural e política de região a região.

Como afirma Minayo (2006a p. 37), “nunca existiu uma sociedade sem violência, mas sempre existiram sociedades mais violentas do que outras, cada uma com sua história”. Portanto, é imprescindível buscar elementos que configurem a violência em cada sociedade, segundo suas especificidades.

Analisando, minimamente, a história do Brasil, sendo este fato histórico um dos exemplos dentre tantos outros marcados pela violência, o desprezo atrelado à crueldade contra índios e negros, assim como a exploração de sua força de trabalho e de sua cultura, são traços do período colonial e de seu desenvolvimento (idem).

Tais traços podem ser percebidos quando os portugueses advindos nas caravelas de Cabral, entre tantos outros colonizadores, imprimiram à comunidade indígena uma vida de exploração, “maus-tratos”, imposição de uma religião monoteísta - pela Igreja Católica - e de costumes europeus. Em relação à escravatura, usando como referência apenas esse exemplo entre tantos outros, as mulheres escravas eram tidas como “objeto” de prazer para o seu senhor e os filhos deste, sendo relegada a elas a condição de criarem seus filhos sem o reconhecimento de paternidade, ou o que acontecia, freqüentemente, de seus descendentes serem vendidos.

Apesar de o Brasil ter tido outros momentos sombrios, cravados por brutais violências, exemplificamos também o período das ditaduras políticas, no qual liberdades individuais e direitos políticos foram extintos, partidos políticos foram abolidos. Grande massa da sociedade civil – formada, principalmente, por jovens – sofreu uma das expressões mais terríveis de violência física: a tortura.

A violência de cunho coletivo, especificamente neste momento histórico, está presente no imaginário e na opinião pública brasileira. Expressa-se, hoje, nas grandes cidades brasileiras e “constitui-se, primordialmente, como condição de manutenção de negócios ilegais, freqüentemente de origem globalizada e que se beneficiam das facilidades geradas pelas revolucionárias transformações nos modos de produção de e dos aparatos técnico-informacionais e comunicacionais” (Idem, p. 31).

O conceito de violência definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotado pelo Ministério da Saúde²¹, comumente utilizado na literatura desta temática, consiste no “[...] uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (MS, 2001).

Contudo, D’ Oliveira, Couto e Schraiber (2006), ao criticarem a definição da violência encontrada no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo fato de esta acepção se restringir as incidências do ato violento, subtraindo-se os atos que não são intencionais, assim como pelo não esclarecimento do conceito de poder, confundindo-o com o de violência, pode conduzir à crença de que essa seja lei inexorável do poder. As autoras também alertam para os percalços nesta definição de poder, pois “reitera-se inadvertidamente [...] a inevitabilidade da violência que se quer recusar.” Outro obstáculo conceitual diz respeito às formas invisíveis / indiretas de poder e sua expressão não violenta, desconsiderada pelo conceito apresentado neste Relatório.

Dessa forma, o conceito de violência selecionado para esta pesquisa, foi cunhado por Minayo (1997, p. 514), que diz ser violência a concretude de “ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”.

Discutir, neste espaço, os sujeitos que sofreram/sofrem quaisquer tipos de violência, necessitaria de um alto dispêndio de tempo para pesquisá-la, fundamentá-la (quantitativamente e qualitativamente), e não é nossa pretensão fazê-lo, pois como já

²¹ Esse conceito está presente na Portaria GM/MS Nº 737 DE 16/05/01, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada no Diário Oficial da União Nº 96, Seção 1e – de 18/05/2001.

referimos, a violência é um fenômeno individual e coletivo. Portanto, será feito um recorte na temática violência e nesta uma análise específica da violência doméstica/intrafamiliar, no qual nos ateremos a questões relativas a crianças e adolescentes.

A violência perpetrada contra crianças e adolescentes consiste numa violação de direito deste público. Suas diversas formas de desencadeamento não são um traço peculiar do sistema capitalista, muito embora elas sejam acirradas pela contraditória e conflituosa relação de classes, relação esta que a sociedade do capital tenta escamotear. Todavia, a dinâmica do capital alimenta o individualismo, a busca incessante da realização do ser humano no consumismo desenfreado, a disputa pelo emprego; utiliza-se brutalmente da natureza para criar novos espaços de valorização do capital; aumenta a desigualdade social, pois a riqueza socialmente produzida não é dividida igualitariamente, criando assim um fosso entre a parcela ínfima de ricos e o maciço número de pessoas que vivem em condições de miserabilidade ou pobreza; transforma o Outro em um ente estranho, um rival, cujas características múltiplas o tornam, não um ser diverso/distinto, mas uma projeção estranha. Dessa forma chegamos a um estágio no qual a “*animosidade com o outro* constitui uma base segura para a perpetuação da violência” (FRAGA, 2002, 51), [grifos do autor].

Avanços significativos no âmbito de estudos acadêmicos sobre a infância e adolescência foram realizados ao longo do século XX, sob diversas e distintas concepções teóricas; legislações específicas criadas – Códigos de Menores de 1927 e 1979 – não legitimaram direitos que garantissem ao público infanto-juvenil desenvolver-se em condições dignas.

É através do artigo 227 da Carta Magna de 1988 que a ideia de infância enquanto “coisa” – presente nos antigos Códigos de Menores, embasados na Doutrina da Situação Irregular – entra num processo de superação, ainda que a curtos passos, e começa a ser pensada como uma fase na qual as crianças devem ser tratadas como sujeitos de direitos, sem distinção de etnia, classe social ou qualquer tipo de discriminação; pessoas em desenvolvimento a quem são dadas prioridade na formulação e implementação de políticas públicas e destinação de recursos nas dotações orçamentárias das diversas instâncias político-administrativas do Brasil.

As legislações anteriores não definiam as crianças como sujeitos de direitos. A Constituição Federal do Brasil (CF) de 1988, pela 1ª vez reconhece que se faz prioritário

abordar a questão da criança estabelecendo que a proteção a esta seja dever da família, da sociedade e do Estado. A nova Constituição possibilitou a criação de uma lei que firmasse as conquistas, consolidadas pela Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Segundo Simões (2009, p. 219), o ECA

Institui os direitos fundamentais e as medidas preventivas, socioeducativas e protetivas que objetivam assegurá-los. Estabelece as linhas de ação da política de atendimento, como as políticas e programas sociais, serviços de prevenção, entidades de atendimento, medidas de proteção e organização pública. Prioriza a reinserção familiar, como medidas de ressocialização, em vez da tutela de instituições estatais ou conveniadas. Define os atos infracionais, estabelece os direitos e as garantias processuais e as medidas socioeducativas, a remissão e as pertinentes aos pais ou responsáveis. Institui o Conselho Tutelar e a Justiça de Infância e da Juventude, seus procedimentos, a participação do Ministério Público, por meio de seus promotores e dos advogados e defensores, nomeados pelo juiz.

Esta Lei enfatiza que o segmento infanto-adolescente é uma população detentora de direitos universais da pessoa humana e direitos particulares condizentes com sua geração, a fim de proporcionar-lhes desenvolvimento em condições de liberdade e dignidade.

A esperada mudança na violação histórica dos direitos previstos legalmente aconteceu com a criação do ECA, mas, a realidade de crianças e adolescentes mostra-se muito distante da concretização universal dos direitos que lhes assistem, pois essa prática de não-efetivação ainda se faz presente, mesmo com a criação deste Estatuto e da rede socioassistencial de serviços para esse segmento geracional.

São exemplos, dentre outros, que revelam o cruel traço do descuido com o desenvolvimento da infância e adolescência brasileira: crianças e adolescentes vivendo nas ruas, inseridos em trabalho precoce e precário, usuários de drogas, explorados sexualmente, desassistidos pela não proteção do Estado, da sociedade e da família (desta última, na quase totalidade dos casos, por serem vítimas da desigualdade econômica estrutural); ingressos numa educação pública sob péssimas condições de estrutura das escolas, baixo nível de ensino, etc; vítimas de violência doméstica/intrafamiliar, urbana, institucional.

Dessa forma, violações de direitos se expressam no cotidiano de crianças e adolescentes brasileiros, maciçamente oriundos de famílias pobres, cujo descaso estatal reflete o incipiente cuidado destinado a esse segmento populacional. Uma das expressões de violação de direitos infanto-adolescente consiste na violência doméstica/intrafamiliar, tema analítico ora proposto nesta dissertação.

2.1 Violência Doméstica/Intrafamiliar contra crianças e adolescentes: conceitos e expressões

Crianças e adolescentes são apontados na literatura sobre a infância e a juventude como alvo de descuidos, desatenção, desproteção, negligência, abandono, “maus-tratos” e violências, demonstrando serem tais fases pouco respeitadas. Por serem grupos mais vulneráveis e suscetíveis a riscos e violação dos seus direitos, enquanto vítimas de violências, crianças e adolescentes estão expostos a danos à saúde e/ou a agravos sociais reparáveis ou não, de acordo com o grau do abuso (físico, sexual, psicológico) ou negligência cometido.

Nos anos primários de vida, sobretudo, a criança, inteiramente dependente do seu cuidador (pais/responsáveis), espera deste o provimento de necessidades materiais, afetivas, espirituais, necessidades nem sempre atendidas por aqueles de quem se espera devidos cuidados, em outras palavras, a família que comete violência doméstica/intrafamiliar contra seus pares.

De acordo com Saffioti (2000, p. 47-49), a violência doméstica ocorre no espaço físico estabelecido pelo domicílio, podendo se desencadear através de ações das pessoas que vivem sob o mesmo teto. Contudo, alerta-nos a autora, que este tipo de violência extrapola os limites do grupo familiar. Já a violência intrafamiliar, os agressores são constituídos pelos entes consangüíneos e/ou afins (constituídos pela via do casamento). Considera ainda que possa haver ações de violência por parte da família nuclear e a família em sentido amplo (grupos parentais ocupando vários domicílios)²².

²² Adotaremos o uso da expressão violência doméstica/intrafamiliar, por não haver, nesse estudo, uma distinção entre os conceitos.

A violência doméstica/intrafamiliar é um fenômeno que atinge de autores (pais, mães, parentes e/ou responsáveis) a vítimas (criança/adolescente), até o espectador (aquele que presencia a violência). Essa cadeia de violência doméstica/intrafamiliar atinge a todos que estão sob o mesmo teto, hierarquicamente segundo a gravidade do ato violento.

Segundo Guerra (2001, pp. 32-33)

A violência doméstica contra crianças e adolescentes representa todo ato ou omissão praticados por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico a vítima, implica de um lado uma transgressão de poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito de que crianças e adolescentes tem de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Alvo fácil de sofrer violências, crianças são utilizadas como meio de fuga, escape, descarrego de tensões, estresses, nos conflitos ocorridos no interior das famílias, sendo relegados ao fardo do abuso de autoridade e poder de seus pais. Portanto, o uso da violência é exercido e justificado socialmente.

Autoras precursoras no debate nacional acerca da violência contra o segmento populacional ora discutido, Viviane Guerra e Maria Azevedo (2007) apresentam categorias analíticas que são distintas, porém não excludentes, acerca do desencadeamento dos maus-tratos e abusos realizados em crianças e adolescentes: os processos de *vitimação* e *vitimização*.

Numa primária situação de violência, encontram-se crianças e adolescentes oriundos das classes sociais subalternas, violados em seus direitos pela desigualdade social, econômica, do modo de produção vigente, o qual submete milhões de famílias a condições subumanas de existência, transfiguradas no elevado desemprego, inserção no mercado informal, acesso negado ou restrito às políticas sociais públicas, revelando assim as mazelas sofridas por todos que as compõem. Desta forma, essa situação resulta num “[...] processo de vitimação que “atinge exclusivamente filhos de famílias economicamente desfavorecidas”, como afirma Saffioti (2007, p. 15-16).

Como *vitimização*, de outra parte, entende-se o processo consequente das relações interpessoais abusivas entre adultos e crianças. Diferente da *vitimação*, mesmo contendo-a e negando-a, entendida como um processo dialético, a *vitimização* atinge crianças e adolescentes de um modo geral, independente da classe social a qual pertença, transpassando barreiras econômicas (Guerra, Azevedo e Saffioti, *idem*).

Vale acrescentar ainda que meninos e meninas de famílias pobres sofrem esses dois processos, por serem vítimas de uma sociedade (re) produzida por relações de sociabilidade desigual, individualista, exploradora, calcada também pelo patriarcado, machismo, adultocentrismo, preconceitos de gênero-etnia contra “minorias”, assim como pela exacerbação do poder dos pais sobre seus entes, concretizada na violência doméstica/intrafamiliar.

Com isso, defendemos a ideia da não vinculação direta entre pobreza e violência doméstica/intrafamiliar, visto que famílias de maior poder aquisitivo utilizam-se também de meios repressivos, vexatórios e punitivos para resolubilidade dos conflitos tanto dentro do lar quanto fora do domicílio. Contudo, os fatos ocorridos no interior desses lares muitas vezes não ultrapassam os muros da posição de poder econômico, social, político que possuem as famílias de classes abastadas; pois este é um poder que consegue silenciar, apagar vestígios, tornar impune o fato ocorrido, corroborado nas palavras de Ferreira (2002, p. 33):

O que pode acontecer é que as pessoas socialmente mais favorecidas contam com recursos materiais e intelectuais mais sofisticados para camuflarem o problema, como o acesso mais fácil a profissionais em caráter particular e sigiloso; histórias e justificativas mais convincentes quanto aos “acidentes” ocorridos com suas crianças e adolescentes; poder aquisitivo para burlar a lei etc.

Assim como bem referencia Deslandes (1994, p.180): “as famílias de maior poder aquisitivo geralmente estão muito menos à mercê de serem notificadas, pois, ao utilizarem serviços privados de atendimento médico, psicológico e de educação, “pagam” também pela discrição”.

Um fato símile é perceptível tanto nas famílias agressoras das classes abastadas quanto nas de menor poder aquisitivo: o poder utilizado pelo adulto, coisificando assim a infância e a

adolescência a uma inexistência regada à violação de direitos peculiares a estas fases geracionais.

Dentro desse contexto, as categorias social e historicamente subalternas, das quais fazem parte mulheres, negros, pobres e crianças/adolescentes, são vítimas do que a autora denomina de *grande poder ou macro poder*. Nas relações interpessoais de violência doméstica/intrafamiliar, o *macro poder*, enquanto processo que submete crianças/adolescentes a situações de violências, é um dos meios para a concretização da violência.

A violência doméstica/intrafamiliar se apresenta de diversas formas e pode ser caracterizada como: *negligência, violência física, sexual, psicológica*. A figura do pai e da mãe é corriqueiramente apontada como principais responsáveis pelo desencadeamento deste tipo de “maus-tratos”. (GUERRA, 2001).

Comumente identificada como a ação exercida pelo uso da força física que deixa marcas aparentes sobre o corpo, vinculada à agressividade, a *violência física* em seu conceito mais amplo, diferentemente, situa os autores e as vítimas num contexto histórico e cultural. Se conceitualmente atrelada apenas às sequelas visíveis encontradas naqueles que sofrerem esse tipo de agravo, deixamos de considerar fatores importantes na análise do que vem a ser violência física contra crianças e adolescentes, por exemplo.

Nesse sentido, Assis e Deslandes (2006) ressalvam a implícita ideia de poder, de força, relações culturalmente construídas, identificadas no nível de abstração maior do termo violência física. Em crianças e adolescentes, esse tipo de violência costuma ser utilizada como prática educacional, corretora de “desvios” da conduta dos filhos, instrumento de resolução de conflitos e estabelecimento de hierarquias entre os mais fortes, superiores (os adultos) e os mais frágeis, ou mesmo meio para infligir dor. Ou seja, a cultura de dominação adultocêntrica permeia o desencadeamento das manifestações dessa forma de violência, a qual ocorre, em sua maior expressividade, dentro dos lares, perpetrada pela família; expressa nas palavras de Saffioti: “são muito grandes as probabilidades de a violência doméstica rotinizar-se, uma vez que as pessoas têm convivência cotidiana”. (1996, p. 156).

De acordo com o Laboratório da Criança da Universidade de São Paulo (LACRI) a violência física é caracterizada como

Emprego de força física no processo disciplinador de uma criança ou adolescente por parte de seus pais e/ou responsáveis. Vai desde a simples palmada no bumbum até agressões com arma branca e de fogo, instrumentos e imposição de queimaduras, socos, pontapés. Relaciona-se a qualquer ato disciplinador que atinja o corpo de uma criança/adolescente (LACRI, 2008, p. 46).

Em geral, a família justifica o ato agressivo utilizado em seus filhos, como meio eficaz de impor respeito, controlar possíveis “desvios”, construir relações afetivas e emocionais nas quais crianças/adolescentes não tenham capacidade sequer de dialogar, submetendo-os a regras importantes para a família e a sociedade, como por exemplo: não estragar comida, cumprir com as tarefas domésticas, etc.

Quando escolhida [a violência física] como meio de castigar e infligir dor, a causa geralmente explicativa para a utilização de “maus-tratos” em crianças e adolescentes é o castigo a faltas reais ou supostamente cometidas (GUERRA, 2001). Porém, os possíveis conflitos nas distintas fases do desenvolvimento infantil até a adolescência precisam ser encarados como comportamentos próprios a estes ciclos. Portanto, o diálogo deve ser estabelecido, numa relação em que não sobressaia apenas a vontade dos pais e/ou responsáveis, mas sim, que fique acordado entre estes e seus protegidos as regras de convivência, os direitos e deveres, o estabelecimento de laços de credibilidade e confiança.

Crianças e adolescentes de ambos os sexos são vítimas de violência física. Todavia, Safiotti et. al. (1997) nos lembra da injusta relação masculina sobre adolescentes do sexo feminino e mulheres, por questões culturais de domínio sobre o corpo feminino e dos papéis atribuídos histórica e socialmente a esses grupos. A autora menciona a força física exercida sobre a mulher devido ao seu condicionamento físico inferior ao homem. Mesmo havendo revés por parte da mulher, como mecanismo de defesa, esta ação não é vista com bons olhos pela sociedade, sendo legitimada a violência praticada por homens.

Ainda a respeito do abuso de autoridade e poder do adulto sobre a criança e o adolescente, Safiotti (idem) exprime que “embora o adulto desfrute de autoridade face à criança e ao adolescente, este poder fica duplicado quando o adulto é o homem e o menor de idade é a mulher”.

Não podemos desconsiderar a violência perpetrada pelos homens em suas relações. Todavia, esta ocorre sobre características distintas daquelas praticadas contra crianças/adolescentes do sexo feminino, mulheres, visto que

A banalização da violência entre os homens obedece a outro padrão normativo: eles praticam violências múltiplas, mas a probabilidade de agressor e vítima serem sempre os mesmos é infinitamente mais remota que no caso da violência doméstica. Desta forma, é rara, dentre os homens, a relação de violência cronicada, estabilizada num certo patamar entre os membros de um par.(ibidem, p. 156).

No que se refere aos sinais de crianças e adolescentes vítimas de violência física, estes se apresentam no corpo e com elevada frequência na pele. Lesões como marcas circulares (membros superiores e/ou inferiores, rosto, nádegas, plantas dos pés), vermelhidão, queimaduras com marcas de objetos, marcas de dentição humana, contusões corporais (marcas de cinto, etc.); imersão em líquidos quentes, beliscões, representam o conjunto identificador deste tipo de maltrato.

Concernente aos sinais comportamentais destas vítimas, as condutas infantis depressivas ou extremas são fatores corriqueiros; bem como atraso no desenvolvimento cognitivo e baixa frequência escolar. Crianças e adolescentes vítimas deste tipo de violência sentem medo excessivo de assumir quando cometem alguma falta; criam situações, por sentirem medo de pais e/ou responsáveis, devido a ameaças ou medo de castigos; apresentam baixa estima; desconfiam do contato com adultos; constroem explicações causais de caráter duvidoso a suas lesões; fogem constantemente de casa.

Fatores de naturezas diversas estão imbricados na expressão da violência infanto-adolescente materializada pela família agressora. Esta costuma ocultar ou justificar de forma não convincente as lesões praticadas; descreve a criança como má, rebelde, causadora de problemas, desajustada etc.; disciplina rigorosamente; usa abusivamente de álcool e/ou outras drogas; culpa os filhos pelos problemas existentes no lar.

Recentemente, no Brasil, uma polêmica acerca de uma forma específica da violência física (os castigos repetidos tidos como “não severos” – a denominada palmadinha –) gerou discussões midiáticas, nos movimentos sociais pela infância e juventude, e no conjunto da

sociedade como um todo: o projeto de lei 7672, conhecido popularmente como a “Lei da Palmada”²³, dispositivo que prevê proibição de castigos físicos contra crianças e adolescentes, assim como multa para os agressores e àqueles que não denunciarem os casos.

Os defensores de tal Lei afirmam que é possível estabelecer uma educação isenta de “maus-tratos”, construída por uma relação afetiva e emocional pautada no respeito à integridade, desenvolvimento e direitos de crianças e adolescentes. Defendem também a não naturalização e aceitação de práticas punitivas, castigos, enfim, de toda forma de violência cometida, principalmente, dentro dos lares, espaço no qual, no imaginário social, meninos e meninas estão distantes de máculas, protegidos, resguardados do perigo que o espaço público possivelmente ofereceria.

Ainda a respeito desta Lei, a polêmica girou, dentre outras questões, sobre o fato de o Estado estar intervindo na educação doméstica, ação privativa da família, única e exclusiva instituição detentora dos mecanismos educacionais “condizentes” com a vontade de seus entes de menos idade (filhos).

O Estado não pretende – e seria tarefa inexecutável – ditar regras educacionais comuns a todas as famílias brasileiras, repletas de crenças e valores sociais. Contudo, o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 4º, ressalta que “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 alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”.

A resistência social pela não suspensão da “simples” palmada como mecanismo educacional, confere o quanto está arraigada a dimensão da violência enquanto apaziguadora de conflitos, o que representa confirmação e aceitação social de comportamentos violentos contra crianças/adolescentes, bem elucidada por Azevedo ao afirmar que: “[...] o disciplinamento corporal de crianças e adolescentes está longe de ser uma prática do passado.

²³ Em 2010, o Executivo enviou o projeto de Lei 7672, conhecido como “Lei da Palmada”, para apreciação da Câmara dos Deputados. Em Dezembro de 2011, esta Lei foi aprovada em Comissão Especial na Câmara dos Deputados. Atualmente o PL 7672 encontra-se na Comissão de Constituição e de Cidadania e seguirá para o Senado.

Muito pelo contrário, como triste herança do passado, está viva no presente, quer sob a forma de castigos moderados, quer sob a forma de castigos imoderados” (1994b, p. 81).

Esta Lei, assim como outras medidas de prevenção e proteção de crianças e adolescentes, deve ser articulada às demais políticas sociais (educação, saúde, assistência social). Através de programas, projetos, ações educativas contra violação de direitos deste segmento geracional, a família, a comunidade e o Estado devem zelar pelo cumprimento dos direitos da infância e juventude. Ademais, em se tratando de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica/intrafamiliar, as ações de enfrentamento a esta problemática devem contemplar não apenas as vítimas, mas sim toda a família (agressor, demais entes que presenciam e/ou sofrem violências).

Trazendo para nossa discussão mais uma das expressões da violência contra este grupo etário, a *violência sexual*, acontece em âmbito intra e/ou extrafamiliar. Consiste num fenômeno social que atinge, indistintamente, todas as classes sociais, religiões, etnias e culturas.

Azevedo e Guerra (1989) apud Braun (2002, p. 27) entendem por violência sexual “todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa”.

Essa relação pode ainda ser estabelecida segundo Vivarta (2003, p. 27) por meio da utilização da força física, pela ameaça ou sedução, com palavras ou com ofertas de presentes. Desse modo, a vítima (criança/adolescente) se encontra envolvida numa relação desigual e num jogo sexual no qual o agressor lança mão de meios repressivos ou fantasiosos para conseguir satisfazer o próprio prazer ou de outrem.

No Brasil a violência sexual contra crianças e adolescentes é praticada devido à herança histórica das relações desiguais de gênero, à dominação do homem sobre a mulher, o patriarcado e a cultura adultocêntrica (a relação na qual o adulto exerce poder sobre a criança).

Tal violência pode ser dividida em abuso sexual e exploração sexual. A primeira acontece quando o corpo da criança ou do adolescente devido ao seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e à relação desigual de poder. Por isso, infantes e púberes nunca se

encontrarão em condições de decidir livremente. Por ser coagida física, emocional e psicologicamente, são usados por um adulto ou adolescente para o ato sexual, seja numa relação hetero ou homossexual. No abuso sexual, nenhuma das partes envolvidas almeja lucros financeiros e/ou materiais. (DUARTE, 2005; HRSG, 1984 apud LIMA et al., 2006). Pode ser exercido por atos em que não ocorram contatos físicos, mas que envolvam o corpo (toques, assédios, exibicionismo, *voyerismo*), também em diferentes tipos de contato sem penetração (sexo oral, intercurso interfemural²⁴) ou com penetração (com objetos, intercurso genital e/ou anal, digital). (HABIGZANG et. al. 2006).

A segunda ocorre quando a criança ou o adolescente são submetidos à prática sexual²⁵ de fins comerciais, transformando-se – a sexualidade infanto-juvenil – numa mercadoria para que se obtenha lucro ou vantagens materiais e sociais, por intermédio das redes, usuários e pessoas (idem, 2005; LEAL apud LIBÓRIO e SOUZA (org.), 2004).

Por ser um assunto permeado por tabus, velamento, silêncio, ausência ou baixa frequência do número de denúncias, a violência sexual contra este segmento populacional ocorre em diferentes espaços (ambientes públicos, ruas, instituições, escolas, dentre outros). Contudo, o lar, onde crianças e adolescentes deveriam se sentir e estar protegidos de toda forma de violência, é mencionado como o espaço físico comumente propício à realização da violência sexual, prática exercida principalmente pelos pais e/ou responsáveis, e, por vezes, vizinhos, pessoas do convívio das vítimas ou até mesmo desconhecidos. (ASSIS; DESLANDES, 2006).

A violência sexual tomou proporções de um complexo problema de saúde pública, devido à sua elevada incidência e prevalência, bem como às sequelas e agravos deixados por suas mais diversas modalidades. Deve-se acrescentar que este tipo de violência tem estreita relação com questões policiais e jurídicas, requerendo da equipe interdisciplinar de saúde o conhecimento de medicina legal e sexologia *forense*. (DREZETT et. al. 2001).

A chegada de denúncias às entidades protetivas podem variar de acordo com o grau de parentesco/afinidade da vítima com o agressor. Quando o agressor é o próprio pai ou mãe, ou

²⁴ Relação sexual exercida sem penetração vaginal, anal e possivelmente oral.

²⁵ “Crianças e adolescentes não podem ser consideradas prostitutas, elas/eles são exploradas/os sexualmente [...] são vítimas de um conjunto de situações que as/os deixam vulneráveis a vender sua sexualidade por comida, dinheiro, ganhos sociais, ou mesmo são seduzidas/os, escravizadas/os no violento mercado do sexo”. (DUARTE, 2005, p. 63)

algum familiar, a revelação do fato ocorrido é mais demorada, pelo fato de a criança ser coagida, ameaçada, acusada de criar histórias, sentir vergonha de relatar o abuso, isso provavelmente até que ela perceba as injustiças e incorreções neste tipo de prática, e assim recorra a quem dentre os seus laços afetivos e emocionais transporeça segurança e acolhimento. (KOSHIMA, 1999). O inverso acontece quando o agressor é desconhecido ou não tem relação de parentesco com a vítima.

Limites à procura por serviços clínicos, assistenciais e jurídicos fazem parte da realidade das vítimas deste agravo. A demanda por intervenções clínicas não acontece na maioria dos casos, principalmente quando a violência sexual ocorre no âmbito familiar, visto que o agressor – por representar o responsável pelo desenvolvimento da criança ou adolescente – não se expõe, ocultando, portanto, o fato ocorrido, geralmente acompanhando a vítima.

Nas unidades de saúde, as falhas nos registros dos casos de violência sexual podem ser atribuídas a fatores clínicos, sendo cometido principalmente pelos médicos devido ao desconhecimento e/ou mesmo baixo conhecimento dos profissionais, associado ou não a razões culturais – isso possibilitaria a não vinculação da violência perpetrada por um ente familiar e/ou pessoas próximas às vítimas.

Outros fatores podem desencadear a omissão deste profissional: razões éticas (quebra do sigilo profissional); contato estreito com a comunidade; receio de sofrer represálias contra si mesmo, familiares e danos a bens por parte do agressor ou parente; medo que o caso notificado ganhe notoriedade na mídia; temor em sofrer transtornos legais e acusação de falsa denúncia; receio de comparecimento ao tribunal com perda de tempo profissional (ADED et. al, 2006). A tais fatores soma-se a não contemplação ou mesmo o ineficiente trato desta temática durante o período de formação superior, o que acarreta possíveis dificuldades desde o diagnóstico preciso, notificação, até os demais encaminhamentos sociojurídicos.

A dificultar ainda mais a identificação de um caso de violência contra crianças e adolescentes, encontra-se o fato de as gerências de polícias ter dificuldades de armazenamento dos casos, já que estes muitas vezes são pobres em seu conteúdo, pois os relatos não são compilados na íntegra; poucos transformados em inquérito; um número reduzido de vítimas é encaminhado para realização de exames periciais para fundamentação das denúncias. Naura Aded et.al. (idem) chamam atenção ao fato de a experiência médico-legal apresentar

dificuldades na caracterização dos diversos tipos de violências contra crianças e adolescentes, sobretudo o abuso sexual, por tomar por base apenas o exame de corpo de delito, pela pobreza de informações contidas no documento encaminhado ao Instituto Médico-legal e na anamnese do perito-legista.

De fato, a rede de proteção às vítimas de violência sexual deve ser composta por profissionais dos campos da saúde, educação, justiça, dentre outros, a fim de que a intervenção junto às vítimas seja materializada transversalmente, aglutinada por um trabalho qualificado, organizado, comprometido com a proteção, promoção e recuperação da saúde, evitando-se desse modo a revitimização.

Além disso, a intervenção legal deve levar em consideração os danos psicológicos advindos deste tipo de violência e as necessidades terapêuticas da criança, do adolescente, da família, assim como do agressor. Por sua vez, os profissionais que ficarão responsáveis pelo tratamento terapêutico não podem desconhecer a relevância dos aspectos legais em relação à proteção e prevenção adicional, para não aumentar o dano psicológico sofrido pelas vítimas. Já os profissionais de saúde não devem omitir os casos de suspeita (velamento deste crime) ou desconsiderar a potencialidade da violência sexual, pois estarão perpetuando este agravo, fomentando a cultura do silêncio e tornando ineficaz o trabalho terapêutico de minimização dos seus impactos físicos e psicológicos.

A ausência ou mesmo o baixo registro dos casos de violência sexual nos espaços de saúde, assistência, gerências de proteção, denota a dificuldade de profissionais, agentes, sujeitos que compõem a rede de enfrentamento, no que tange a identificação, encaminhamentos, prevenção, proteção às vítimas, tornando difícil conhecer a real extensão desses casos devido à subnotificação.

Nesse sentido, registrar os casos com a maior riqueza de detalhes e precisão auxilia o profissional que recebeu a demanda, a rede de atendimento, a vítima e sua família, na resolubilidade dos casos em menor espaço de tempo.

Campos e Franchini (2003) apud Felizardo, Zürcher e Melo (2003) sugerem formas de abordagem para os profissionais que intervêm junto a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, quais sejam: acreditar na criança/adolescente; oferecer um ambiente acolhedor e discreto; garantir sigilo sobre o caso; realizar escuta ativa; registrar sempre que

possível os casos reincidentes; registrar informações do denunciante, quando este chega à unidade básica de saúde, hospitais, etc. por meio de telefonema realizado por vizinhos, amigos, familiares, desconhecidos; identificar o local da ocorrência, o horário (mesmo que aproximado) e se há percepção de algumas sequelas na vítima; anotar os encaminhamentos; entrar em contato com a rede e relatar se esta contrarreferenciou de forma satisfatória o caso encaminhado; notificar dificuldades encontradas pelo profissional no encaminhamento do caso; realizar, caso faça-se necessário, a anticoncepção emergencial, a profilaxia para HIV e demais procedimentos ou exames segundo cada caso; disponibilizar gratuitamente o tratamento aos casos detectados de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e HIV; tornar acessível o atendimento social e psicológico às vítimas, à família, e ao agressor, normalmente negado pelo fato de este ser o violador de direitos, o abusador ou explorador²⁶; notificar obrigatoriamente os casos suspeitos ou confirmados que chegam as unidades de saúde (baixa, média, alta complexidade), maternidades e outros serviços; contribuir de acordo com as possibilidades do profissional no afastamento do agressor do convívio da criança e do adolescente e colocar-se a disposição para depor em juízo, quando necessário.

Por fim, as autoras acrescentam a importância da capacitação e especialização contínua para os profissionais da rede de atendimento em saúde para o enfrentamento da violência sexual. Para tanto, a produção científica, a socialização de experiências exitosas nos espaços de trabalho é um fator importante para referenciar os profissionais que lidam com este problema de saúde pública, respeitando as realidades locais e regionais das vítimas.

Ainda abordando sobre as modalidades de violência perpetradas contra criança e adolescentes, mencionamos a *violência psicológica*. Por não apresentar traços visíveis encontrados nas vítimas que sofrem outros tipos de violência, a violência psicológica contra crianças e adolescentes é a mais difícil de identificar. Atos como rejeição, depreciação,

²⁶ Nogueira Neto (2005) explicita a importância do enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes por meio de intervenções públicas que transpassem a responsabilização do abusador e/ou explorador, indo além de ações maniqueístas que se prestam a esse fim. De acordo com o autor deveria ser assegurado simultânea e articuladamente: "(a) o atendimento médico e/ou psicossocial do(a)s abusado(a)s e do(a)s explorado(a)s, em serviços ou programas especializados, b) a sua inclusão com sucesso na escola, c) o seu atendimento especializado por serviços do Sistema Único de Saúde, d) a inclusão de suas famílias (ou dos próprios beneficiários, conforme a idade) em programas de ocupação, emprego e renda, e) ou em programas de erradicação do trabalho infantil (especialmente os de eliminação imediata de piores formas de trabalho) etc. Em resumo, nesses casos de violência sexual, deve-se assegurar um eficiente e eficaz monitoramento e avaliação (= controle), tanto das intervenções judiciais e não-judiciais de defesa (proteção legal), quanto desse atendimento direto pelas políticas públicas, administrativamente. A mera e isolada responsabilização dos violadores geralmente leva à revitimização da criança ou do adolescente com seus direitos à sexualidade violados."

desrespeito, cobranças excessivas, humilhações, discriminações, punições, restrição de liberdade ou isolamento, dizem respeito à identificação deste tipo de violência, invisíveis a olho nu, todavia, presentes nas modalidades perpetradas contra a infância e a adolescência, ocorrendo também de forma isolada.

Deslandes (1997, p. 15) conceitua esta violência como “a interferência negativa do adulto sobre a competência social da criança, produzindo um padrão de comportamento destrutivo”. Na família, pais e/ou responsáveis utilizam esse tipo de violência frequentemente como via educacional isenta de “maus-tratos” físicos, sexuais, negligenciais, alegando imposição da ordem e respeito aos filhos sem lhes encostar um só dedo. Contudo, são engendrados relacionamentos interpessoais de forma negativa, que chegam a levar crianças e adolescentes a apresentar um quadro de extrema inferioridade, a crescerem num clima familiar desrespeitoso, manifestos também na vida escolar e comunitária. (ASSIS; AVANCI, 2004, 63).

Esse tipo de violência desenvolve em suas vítimas, de acordo com os autores supracitados, empecilhos ao desenvolvimento psicossocial. A convivência com a violência psicológica “afeta o desenvolvimento da autoestima, do autoconceito, competência social e da criança e do adolescente estabelecer relações interpessoais” (idem, p. 59).

O adulto pode rejeitar a criança ou o adolescente quando se recusa a dialogar, reconhecer e legitimar seus anseios, necessidades, sonhos, desejos concernentes ao estágio de vida em que se encontram; isola-os, privando-os do convívio familiar, social e comunitário, dificultando o estabelecimento de laços afetivos e emocionais; aterroriza-os, utilizando-se de meios repressivos, como gritos, ameaças, humilhações, criando um clima de medo no qual a criança sente receio de se relacionar com outras pessoas e a faz acreditar que as relações extradomiciliares são estabelecidas e permeadas por esses comportamentos; nega estímulo e responsabilidade para com a criança, desrespeitando sua condição de ser em desenvolvimento peculiar biopsicossocial e cognitivo. (GARBARINO et. al. 1986 apud ASSIS e AVANCI, 2004).

Por não apresentar sequelas visíveis, assim como as deixadas pelos demais tipos de violência, a violência psicológica figura entre a menos citada nos dados estatísticos das diversas instâncias de prevenção e enfrentamento deste agravo. Isso se deve a alguns fatores: dificuldades de diagnóstico e compreensão das consequências desse tipo de abuso; não

concepção de que palavras depreciativas, vexatórias, imposição de autoridade, etc. configuram-se como meios de inferiorizar crianças e adolescentes; ausência ou ações não sistemáticas de caráter multi e interdisciplinares; não reconhecimento social; resistência por parte da família a tratamentos psicológicos e contato com instituições; também por não possuir posição de destaque no atendimento oferecido pelos serviços de prevenção e proteção; dentre outros.

A violência psicológica contra crianças e adolescentes costuma ocorrer sistematicamente quando pais/responsáveis a utilizam de forma isolada, como já aludimos, assim como pela sua presença imbricada a outras formas de violências. Essa problemática está presente em todas as camadas sociais, guardadas as peculiaridades, manifestações, agravos e formas de superação de criança a criança e de adolescente a adolescente, dentre os que mantêm sua autoestima elevada e aqueles de baixa autoestima. As vítimas com autoestima depreciativa se sentem mais humilhadas, inferiores, desvalorizadas perante a família e a sociedade; mais culpadas pelas faltas alheias; mais desvalorizadas pelos adultos, negando-as atitudes de carinho; não recebem reconhecimento quando realizam algum feito importante, ou agiram corretamente. E, por fim, não são estimuladas a superarem os desafios, são comparadas a amigos, a filhos de conhecidos.

Frequentemente, como apontou pesquisa encontrada no livro *Labirinto de Espelhos: a Formação da Auto-estima na Infância e Adolescência* (ASSIS e AVANCI, 2004 apud. ASSIS e AVANCI, 2006) crianças e adolescentes de autoestima decrescida relatam o grau e a gravidade das palavras proferidas por pais/responsáveis, muitas vezes “piores” que um abuso físico, e chegam a verbalizar a “preferência” em receber um tapa, do que um xingamento, humilhação, desrespeito, visto que são pessoas dependentes da opinião alheia.

As relações familiares e seus conflitos inerentes a esta instituição deveriam ser concebidas por pais e/ou responsáveis pelo desenvolvimento biopsicossocial da criança/adolescente como momentos para dialogar, demonstrar que este segmento geracional precisa conhecer limites (não imposições da vontade do adulto) a fase em que se encontram, direitos que lhes assistem. Deslandes (1997, p. 64) considera que

Sem dúvida, as relações familiares ou no entorno do jovem são constituídas psicologicamente por uma verdadeira rede de tensões normais e, por vezes,

de atritos anormais. A imagem que a criança vai formando da vida é, na sua essência, um desenvolvimento das experiências a que ela é sujeita no seu círculo mais próximo, o familiar. Se ali prevalece a harmonia, isso vai ajudá-la a integrar as suas orientações e a guiar os seus afetos. Se, ao contrário, imperar atitudes desrespeitosas e pouco afetuosas, influenciará severamente a sua atitude consigo mesma e com o mundo.

Uma das expressões da violência infanto-adolescente que analisaremos, a *negligência*, pode ser detectada em todas as relações interpessoais, quando nestas há dependência de uns em relação a outros e quando há ausência de ação no que tange ao provimento de necessidades primárias e secundárias que necessitam ser supridas por aqueles a quem são destinados o dever de cumpri-las (a pessoa, a família, o Estado, a sociedade, as instituições).

Volic e Baptista (2005, p. 150) afirmam que uma relação negligenciada é caracterizada como tal quando uma atitude não acidental, uma ação negativa ou uma ausência voluntária deixam de providir cuidados por parte dos destinados a esse feito, com repercussões graves àqueles que esperam por cuidados, e pode ser caracterizada também “pela dor ou pelo prejuízo que ela proporciona quando não supre necessidades fundamentais do outro”, atrelada aos critérios de cronicidade e omissão.

Quando o provedor dos cuidados não tem condições objetivas para atender às necessidades daquele que está sob sua responsabilidade, não por omissão, ausência de vontade, não se caracteriza negligência, ou nas palavras das autoras supracitadas: “As pessoas só são passíveis de ser responsabilizadas por negligência quando possuírem as condições para atender às necessidades daqueles que estão aos seus cuidados e voluntariamente se omitirem.” (Idem, p. 151).

A negligência também permeia lares onde pais e/ou responsáveis, “esquivando-se”, por omissão ou ausência, deixam de prestar assistência, proteção, afeto, cuidados com a saúde e a educação dos seus entes; privam seus pares de se alimentarem; usam vestimentas inadequadas (roupas de frio, quando o clima está com temperatura elevada, e vice-versa), expondo-os também a riscos em potencial (quedas, queimaduras, choques, envenenamentos); deixam os cômodos sujos; despreocupam-se com hábitos de higiene pessoal; mostram desinteresse pelo desenvolvimento biopsicossocial da criança/adolescente. Tudo isso ocorre, não podemos deixar de considerar, pela ausência de cuidados ou mesmo incapacidade por

questões físicas, financeiras, afetivas, psicológicas, daqueles que deveriam garantir os insumos para o desenvolvimento de seus filhos.

Todavia, a garantia das condições básicas à vida de crianças e adolescentes não está diretamente atrelada a questões de ordem financeira da família, pois dessa forma estaríamos vinculando a negligência tão somente à pobreza, concebendo esta como uma “disfunção social”, deixando de considerá-la presente em diferentes sociedades, épocas, regiões, grupos sociais.

A negligência, sob essa ótica de análise, não pode ser considerada apenas como ausência de renda ou baixa renda, mas pela falta de políticas sociais públicas que articulem saúde, assistência, previdência, a fim de assegurar direitos humanos fundamentais, dentro de um cenário marcado historicamente por desigualdade social e de ausência de políticas garantistas.

A negligência, igualmente concebida como um tipo de violência diferencia-se de suas demais expressões (físico, sexual, psicológico), devido à ausência de ação que caracteriza esse ato, sendo o agressor passivo nesses casos, “culpado”, por não cumprir com as necessidades da criança. Desse modo, a negligência enquanto violência doméstica/intrafamiliar deve ser considerada crime contra os direitos humanos fundamentais de crianças e adolescentes.

Azevedo e Guerra (1989) apud Beserra et. al. (2002, p. 65) descrevem algumas modalidades de negligência contra a criança:

- “1) Médica (incluindo a dentária) – as necessidades de saúde de uma criança não estão sendo preenchidas;
- 2) Educacional – os pais não providenciam o substrato necessário para a frequência à escola;
- 3) Higiênica – quando a criança vivencia precárias condições de higiene;
- 4) De supervisão – a criança é deixada sozinha, sujeito a riscos;
- 5) Física – não há roupa adequada ao uso, não recebem alimentação suficiente.”

Acrescemos à negligência física a falta de moradia adequada, com segurança e limpeza dos cômodos; à educacional, as condições de permanência, auxílios e supervisão da

criança e do adolescente nas atividades escolares, a participações de pais em reuniões com educadores.

A culpabilização/responsabilização da família negligente, como única instituição responsável em garantir direitos da infância e adolescência, quando esta não se encontra em condições objetivas, encobre outros agentes negligenciadores: sociedade, Estado, instituições governamentais e não governamentais.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227, acrescenta e chama à responsabilidade com a infância e juventude, outros sujeitos garantidores, protetores e promotores dos direitos da criança e do adolescente. Eis o que esta Carta Magna preconiza no referido artigo:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Deixa, portanto, de ser a família, “a base da sociedade”, a única instituição exclusivamente garantidora do desenvolvimento dos seus pares, tornando-se prioritário o atendimento às necessidades da criança, do adolescente e do jovem. Declara ainda o mencionado artigo que estes segmentos populacionais não podem ser expostos a qualquer forma de negligência, assim como de violência.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, mais precisamente em seu artigo 5º, declara que: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.

Repold (2002) apud Volic e Baptista (2005) ressalta a dificuldade teórico-metodológica em caracterizar a negligência, o que pode por vezes atrapalhar na prevenção, identificação, notificação, proteção, dos casos negligentes, o que pode ser demonstrado no seu baixo índice nas estatísticas dentre as formas de abuso (violência) e violação de direitos da

infância e adolescência. Por fim, trata-se também de reiterar a difícil definição de atos de negligência por envolver aspectos sociais e culturais, regionais e situacionais, que interferem no que vem a ser ou não negligência.

2.2 O ECA e os direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica/intrafamiliar

A violência perpetrada com crianças e adolescentes, em suas variadas expressões e razões objetivas/subjetivas de concretização, resulta em violações de direitos vigentes no Estatuto da Criança e do Adolescente à condição peculiar destes credores como pessoas em desenvolvimento. A *proteção integral* determinada pelo ECA à infância e adolescência torna-se responsabilidade do Estado, da família e da sociedade em geral, e nesta doutrina há a defesa do rompimento com práticas abusivas, vexatórias, de “maus-tratos”, negligência, exploração, “sendo punido na forma de lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (art. 5º)”.

Usualmente, o discurso midiático, as bases políticas conservadoras, o senso comum, apresentam crianças e adolescentes oriundos de famílias pobres, como indivíduos perigosos, delinquentes, ameaça constante à segurança pública. Sendo assim, defendem que o Estado deve retirá-los das ruas, com a promessa de protegê-los e assegurar-lhes educação, alimentação, moradia, isso quando são institucionalizados; culpabilizam unicamente as famílias pelos “desvios” de conduta dos seus filhos; atribui-lhes aumento nos números de delitos e crimes; enfim, propagam a ideia repressiva e moralista e apelam pela inserção do controle desta parcela populacional nos projetos de segurança pública. Dessa forma, de “vítimas preferenciais da violência” (Adorno e Pinheiro, 1993), crianças e adolescentes das camadas populares são classificados como violentos, invertendo-se a condição de violados em seus direitos, para se tornarem aqueles que são impunemente defendidos pelos direitos humanos e personificados como violadores de direitos.

O número de homicídios cometidos contra crianças, adolescentes e jovens com faixa etária entre menos de 01 ano e 19 anos, apontados no Mapa da Violência 2012 – Crianças e Adolescentes do Brasil (WAISELFI, 2012), revela aumento no quantitativo de assassinatos

a esses grupos populacionais considerados vulneráveis, resultando numa gritante violação aos direitos humanos. O Mapa ainda aponta que o Brasil ocupa o 4º dentre 99 países do mundo, encontrando-se nessa posição pelo vertiginoso crescimento dos índices nas últimas décadas. As taxas cresceram 346% entre 1980 e 2010, vitimando 176.044 crianças e adolescentes nos trinta anos entre 1981 e 2010. Só em 2010 foram 8.686 crianças assassinadas: 24 vítimas por dia.

Estes elementos, mesmo após duas décadas da aprovação do ECA, encontram-se culturalmente incutidos no imaginário social, expressos, por exemplo, na discussão polêmica acerca da redução da maioridade penal, com a defesa de que o adolescente encontra-se em condições de decidir entre o moralmente “correto” e o cometimento do “crime”, numa relação mecanicista que julga o ato por si só, isolando-o, ocultando-se ou mesmo pormenorizando-se suas reais e múltiplas determinações. Esse fato põe em circunstâncias adversas a garantia do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, estabelecido a crianças e adolescentes, entendidos como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis (art. 15).

O artigo 5º do Estatuto deixa bem claro a reprimenda a qualquer ato que resulte em negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, e determina punição na forma da lei a qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. As violências de quaisquer naturezas perpetradas contra este segmento geracional são destacadas, portanto, como uma violação de direitos, o que implica na responsabilização do agressor e na necessária defesa dos direitos da infância e adolescência.

No Capítulo I do ECA – ‘Do Direito à Vida e à Saúde’ – há um conjunto de medidas que legaliza a defesa e proteção à vida e à saúde, devendo ser contemplado na efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (art. 7º). Assegura, além disso, como disposto no art. 11, atendimento integral à saúde da criança e do adolescente nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), através do acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em mais um artigo presente no mencionado Capítulo, encontramos que às crianças e adolescentes vítimas de casos suspeitos ou confirmados de violências assegura-se a comunicação ao Conselho Tutelar (CT) de onde reside a vítima, realizada sem prejuízo de

outras providências legais (art. 13). Já no artigo 245, caso não ocorra comunicação da violência ao CT, as sanções para a categoria do médico, professor do ensino fundamental, pré-escola ou creche, ocorrerá multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Na *Parte Especial* – Título I- Da Política de Atendimento, Capítulo I - das Disposições Gerais - do Estatuto da Criança e do Adolescente encontra-se versado que o atendimento dos direitos destes segmentos populacionais será realizado articuladamente por organizações governamentais e não governamentais, União, estados, Distrito Federal e municípios. O art. 87 desta *Parte Especial*, cujo conteúdo normativo diz respeito às linhas de ação da política de atendimento, trata, dentre outras alíneas, do estabelecimento de serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, “maus-tratos”, exploração, abuso, crueldade e opressão.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227, que se encontra composto no artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente, confere à tutela da infância e da adolescência à responsabilidade familiar, encargo mútuo da comunidade, da sociedade e do poder público em assegurar direitos e/ou promover novas conquistas. Todavia, a tutela familiar pode criar, por vezes, relações de poder de mando deste núcleo, majoritariamente do pai²⁷, sobre a criança ou o adolescente, se a tomada de decisões não se estabelecer pela garantia do direito infante-adolescente, por não ser respeitada a condição de desenvolvimento dessa geração, seus anseios, desejos, expressões, decisões. Neste caso, a tutela se torna condição para o exercício da autoridade e coisificação da infância e da adolescência, se transmuta em posse, expressando *adultocentrismo*, fenômeno “[...] caracterizado pela dominação dos homens sobre as mulheres e dos adultos sobre as crianças”. (AZEVEDO e GUERRA, 1988, p. 22).

O espaço familiar é ressaltado no ECA como o lugar primordial ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, sendo eles, excepcionalmente, redirecionados à família substituta, mantendo-se a convivência familiar e comunitária. Contudo, como mencionamos anteriormente, o lar configura-se entre os ambientes nos quais ocorrem com maior frequência as violações de direitos, isto é, a violência doméstica/intrafamiliar. Porém, faz-se necessário

²⁷ Laços familiares estabelecidos sob a dominação machista podem gerar conflitos que, na maioria dos casos, resultam no exercício da violência contra mulheres, idosos, crianças/adolescentes.

alertar novamente sobre o perigo que análises simplistas podem ocasionar na culpabilização da família, como se ela estivesse apartada de um contexto social mais amplo. Logo, a proteção destes grupos etários não ficou restrita a essa instituição social, pois o art. 227 da CF deixa clara a responsabilização, o dever, da sociedade e do Estado em relação à questão em tela.

O Estatuto da Criança e do Adolescente propõe uma nova forma de gestão dos direitos do público a quem se destina, traduzida numa ação articuladora de diversos sujeitos e espaços governamentais e da sociedade civil, em âmbito federal, estadual, distrital e municipal. Nesse sentido, o Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes (SGD), importante conjunto de instituições governamentais e não governamentais, direciona-se a atuar na garantia (promoção e proteção) e defesa dos direitos humanos da infância e adolescência. Nogueira Neto (2010, p. 14) declara que o Estatuto em nenhum momento deixa claro o que vem a ser esse Sistema. Trata-se, segundo o autor,

Mais de uma inferência, especialmente a partir dos artigos 86 a 90, e de uma transposição dos modelos internacional e regional (interamericano). Esse sistema nasce muito mais da convenção dos direitos da criança do que propriamente do texto do Estatuto. Mas, mesmo assim, não se pode negar que o Estatuto dispõe inquestionavelmente sobre “proteção de direitos” (art. 24-CF), isto é, ele foi promulgado como norma reguladora dos artigos 227 e 228 da Constituição Federal. Assim sendo, conseqüentemente, tem que ser considerado uma norma de “promoção e proteção dos direitos humanos”, especificamente de crianças e adolescentes [...].

O SGD se operacionaliza mais como um “sistema estratégico” do que propriamente como um “sistema de garantia de direitos”. Sua natureza, portanto, é “estratégica”. Ele não se assemelha ao SUS, ao Sistema Único de Assistência Social, por exemplo. Cabe, portanto, ao SGD o papel de:

- a) potencializar estrategicamente a promoção e proteção dos direitos da infância/adolescência, no campo de todas as políticas públicas, especialmente no campo das políticas sociais e de b) manter restritamente um tipo especial de atendimento direto, emergencial, em linha de “cuidado integrado inicial”, a crianças e adolescentes com seus direitos ameaçados ou violados [...] ou a adolescentes infratores [...].

Noutro trabalho desenvolvido por Nogueira Neto (2009, p. 7), no qual o autor tece reflexões sobre os dezenove anos do ECA, há um esclarecimento a respeito de equívocos corriqueiramente cometidos no país em relação à concepção do SGD, quais sejam: “a) restringir-se esse sistema de garantia de direitos meramente ao sistema de justiça ou b) reduzir-se esse sistema holístico-estratégico citado a mais um dos sistemas operacionais de políticas públicas existentes (SUAS, SUS, SENASP etc.)”, e reforça a ideia de que este sistema se trata de “uma ambiência sistêmica, um sistema estratégico de promoção e proteção de direitos humanos, de caráter holístico”. Essa ambiência holística se dá com a interdependência das partes, na perspectiva de coesão de paradigmas e de princípios, com acento na multidisciplinaridade, na intersetorialidade, no multiculturalismo, no multiprofissionalismo, segundo o autor.

Esse Sistema está desenhado segundo a formatação de três eixos que devem desempenhar função estratégica, complementar e inter-relacionada, a saber: promoção de direitos, defesa ou proteção de direitos e controle social. O primeiro – cuja funcionalidade é promover o atendimento direto aos direitos de crianças e adolescentes – objetiva-se também a deliberar e a formular a política de atendimento²⁸, priorizando e qualificando como direito o atendimento das necessidades básicas da infância e adolescência, através das políticas sociais públicas (infra-estruturantes, institucionais, econômicas e sociais) como consta no art. 87 do ECA. Esse eixo deve ser acionado quando crianças e adolescentes estiverem em situação de risco pessoal e social, com seus direitos ameaçados ou violados por ação ou omissão do Estado, da sociedade, dos pais ou responsáveis, ou ainda pela conduta deles próprios; além disso, as ações de promoção visam também atender infantes e púberes que não se encontram em processo de vulnerabilidade. No tocante à formulação da política de atendimento, os Conselhos de Direitos constituem-se espaços privilegiados pelo Estatuto, e sua inserção compreende os níveis municipal, estadual e nacional²⁹.

²⁸ De acordo com Wanderlino Nogueira Neto (2010, p. 18) “esta política se operacionaliza por meio de três linhas estratégicas: a) serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos, b) programas de execução de medidas socioeducativas; e c) serviços e programas das demais políticas públicas, especialmente das políticas sociais, quando afetos aos fins da política especial de promoção e proteção (“atendimento”) de direitos humanos.”

²⁹ Os conselhos de direitos, conforme prevê o Estatuto, são órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, e assegura participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais.

Já o segundo eixo visa proteger legalmente crianças e adolescentes com seus direitos ameaçados ou violados e responsabilizar os violadores desses direitos. Garanta-se com essa prerrogativa o acesso à justiça através de espaços públicos institucionais e mecanismos jurídicos de proteção dos direitos humanos (gerais e especiais) e das liberdades fundamentais. Nesse eixo, conforme Nogueira Neto (2010, p. 20),

Se situa a atuação de órgãos judiciais (Varas da Infância e da Juventude, Varas Criminais [especializadas ou não na apuração e julgamento de crimes contra crianças e adolescentes, excetuados os crimes contra a vida], Tribunais do Júri, Tribunais de Justiça), dos órgãos público-ministeriais (promotorias de justiça, centros de apoio operacional, procuradorias de justiça), dos órgãos da defensoria pública e da polícia judiciária (inclusive os da polícia técnica), as entidades de defesa (art. 87, V, Estatuto cit.), os conselhos tutelares (enquanto contenciosos administrativos, isto é, “órgãos não jurisdicionais”), por exemplo. {colchetes por nós inseridos contemplando nota explicativa do autor a respeito da natureza de averiguação por parte das Varas Criminais de crimes contra os mencionados segmentos etários}.

O controle social – terceiro e último eixo – tem por finalidade o enfrentamento de todas as formas de violação de direitos, ação que deveria ser executada por instâncias públicas e explicitada por mecanismos de acompanhamento, avaliação e monitoramento, chamado pelo referido autor como “controle social difuso” exercido pela sociedade civil organizada (comitês, fóruns, ONGs, etc.); por espaços institucionais (Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, Parlamento, etc.). Ainda segundo Neto (idem, p.20), os mecanismos de controle (acompanhamento-avaliação-monitoramento) no interior do extenso Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, são meios eficazes pouco explorados pela maior parte de órgãos governamentais, das entidades sociais e dos conselhos. Exemplos do ineficaz uso dessas ferramentas podem ser representados no frouxo controle do desenvolvimento da própria política de promoção de direitos humanos, por meio do cumprimento do art. 90 e no *caput* do art. 91(ambos do ECA)³⁰.

³⁰ O Art. 91 versa sobre a legitimidade de atuação das entidades não governamentais, ou seja, estas só poderão funcionar depois de registradas no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, o qual comunicará o registro ao Conselho Tutelar e à autoridade judiciária da respectiva localidade. Entretanto, essa atividade foi reduzida a mero “cadastramento” cartorial e formalista (NOGUEIRA NETO, 2010).

2.3 Violência contra crianças e adolescentes e saúde pública

Em sua origem, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública. Passa a ser uma problemática pelo reflexo de seus efeitos negativos na saúde individual e coletiva, exigindo para sua prevenção e enfrentamento, que os profissionais de saúde tenham aportes teórico-metodológicos acerca deste tema, como também de um olhar para além do atendimento imediato, limitado aos cuidados de lesões e/ou traumas, visto que, esta ação pautava-se apenas numa intervenção parcial - biomédica - e não numa intervenção holística, ou seja, ação que deve considerar – numa perspectiva de totalidade – os determinantes que interferem na saúde.

A relevância do tema como ponto para ação de saúde se inicia com a questão da violência contra crianças. Principalmente nos anos 60 do século passado, os profissionais de saúde, através de textos e debates, começaram a fazer denúncias sistêmicas acerca das expressões da violência contra crianças e adolescentes, entendendo-as como impactos negativos no crescimento e desenvolvimento destas vítimas. Em seu artigo “A inclusão na agenda da saúde: trajetória histórica”, Minayo (2006, p.1261) afirma que “uma década depois de os pediatras Kemp et al. cunharem a expressão “síndrome do bebê espancado³¹”, vários profissionais de saúde, em grande parte dos países, passaram a reconhecer e a diagnosticar este tipo de agravo como um problema de saúde”.

Nas décadas de 1960 e 1970, no Brasil, empenhos políticos e teórico-metodológicos para inserção da violência na agenda do setor saúde, enquanto questão multifacetada com implicações socioculturais foi se efetivando de forma lenta e gradual, em face da forte resistência para incluí-la em sua pauta.

É a partir da década de 1970, ainda, que a violência se torna fator expressivo nos perfis epidemiológicos de causas de morbi-mortalidade, principalmente nos segmentos infanto-juvenis, como determinante no adoecimento e/ou mortes destes, tornando-se um problema de saúde pública.

³¹ Quando um adulto ou até mesmo uma criança ou adolescente provoca fortes sacudidas no bebê, devido a irritações pelo nenê chorar constantemente e/ou por realizar algum ato do qual não tem domínio.

Na década de 1980³², em toda sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, o tema da violência ganha impulsos na agenda dos debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. As discussões ocorridas durante a década de 1990, proporcionadas pela Organização Pan-americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OMS), começaram a falar do tema "violência", antes referido como "causas externas"³³.

Nos cenários nacional e internacional, o atendimento de vítimas de violência vem alcançando proporções cada vez mais elevadas, tornando-se dessa forma uma das principais demandas para a saúde pública, por apresentar, segundo Bahia (s/d): alta carga de morbimortalidade evitável em grupos mais vulneráveis: crianças/adolescentes, mulheres, idosos; elevado dispêndio de recurso orçamentário na atenção médica, acarretando certa distorção na atenção a outros pacientes; impactos prejudiciais biopsicossociais de médio e longo prazo, assim como pelos efeitos negativos e imediatos no plano econômico; implicação nos custos de encarceramento do sujeito responsável pelo ato violento (considerado por vezes tão vítima quanto o que sofreu violência), também por não se encontrar em condições de contribuir para o desenvolvimento social e econômico de seu país, família, comunidade; privação do nosso direito à liberdade de desfrutar os bens públicos.

Krug e G. et. al. (2002) ao discutirem sobre o papel importante da saúde pública no que tange à prevenção de comportamentos violentos e suas consequências, descrevem que é indispensável todos os aspectos da violência, lançando mão de dados, características, consequências nos níveis local, nacional e internacional; investigar os determinantes da materialização do ato violento (as causas, os fatores, a fim de evitá-los por meio de intervenções); implementar ações promissoras, divulgando custo/efetividade dos programas.

Nesse sentido, o setor saúde³⁴ deve ser tratado como um das esferas públicas privilegiadas de prevenção, proteção e promoção da saúde de crianças e adolescentes que demandam serviços do SUS (incluem-se as vítimas de violência), recebendo delegações

³² Em relação às ações criadas após a inserção da violência na agenda de saúde, vide o Documento nº 17: Violência, uma epidemia silenciosa, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

³³ Em 2002, a OMS produziu um Relatório Mundial em que o termo "causas externas", tradicionalmente usado para categorizar o tema na Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID), foi substituído pela expressão "violência e saúde". (MINAYO, 2006).

³⁴ Art. 11 do ECA: "É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde" (Estatuto da Criança e do Adolescente. In: Miranda, 2010, p.52).

específicas nestes casos: a de identificar, notificar a situação de violência(s) e buscar formas (e parceiros) para protegê-los e dar apoio à família.

Enquanto locus importante para enfrentamento emergencial e processual dos casos de violência, a intervenção deve ser pautada num fazer intersetorial e multidisciplinar, buscando-se interação entre os profissionais para fins de análise desta problemática sob distintas perspectivas e consequente formulação e execução de ações, não se esquecendo da essencial articulação em rede.

Os diversos níveis de atenção à saúde do SUS (baixa, média ou alta complexidade) precisam tratar fatores de riscos individuais a fim de preveni-los; estabelecer laços de ajuda mútua entre a comunidade fomentando a criação de ambientes saudáveis entre as famílias, através da ajuda de profissionais qualificados; monitorar locais públicos, como escolas, locais de trabalho e bairros, e adotar medidas para tratar de problemas que possam levar à violência (discussão de gênero, violências contra grupo mais vulneráveis); lidar com os fatores culturais, sociais e econômicos mais abrangentes, que contribuem para a violência, e adotar medidas a fim de mudá-los, inclusive medidas para acabar com o descompasso entre o rico e o pobre e garantir um acesso igual a bens, serviços e oportunidades ³⁵.

Um artigo do ECA que respalda a atuação dos profissionais de saúde, o de nº13, orienta os encaminhamentos que devem ser realizados pela equipe: os casos suspeitos ou confirmados de maus tratos devem ser encaminhados ao Conselho Tutelar da região onde reside a vítima. A não comunicação à autoridade competente, pelo médico ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde, é considerada infração administrativa, sujeita à multa, conforme o art. 245 do ECA. Assim, é com a contribuição dos profissionais de saúde que o Estatuto assumiu a condenação de todas as formas de violências que transgridam os direitos desse grupo social (Estatuto da Criança e do Adolescente. In: MIRANDA, 2010).

Os trabalhadores da saúde encontram-se numa situação privilegiada para acolher e identificar a criança e o adolescente vitimizados e sua família, pois, frequentemente, são os primeiros a ser avisados sobre os episódios de violência, mesmo o motivo da busca sendo velado, mascarado por outros problemas e sintomas que não se configuram, isoladamente, em elementos para um diagnóstico.

³⁵ Op cit. KRUG e G et. al., 2002.

Dentro desse contexto, importante avanço do âmbito federal, deu-se, em 1998, com a criação de um Comitê Técnico Científico, por portaria do Ministério da Saúde, que passou a ser responsável por elaborar propostas de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), iniciativa aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2001.

O Ministério da Saúde reconhece a violência como um problema de saúde pública e a partir desta portaria estabelece que as instâncias federais, estaduais e municipais devem organizar ações de enfrentamento desta problemática, prevendo a execução de ações intersetoriais de prevenção, atenção e recuperação de pessoas em situação de risco de acidentes e/ou violência e destacando que as ações individuais e coletivas de promoção da saúde e cultura de paz são fundamentais para o fortalecimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade em geral.

Sendo assim, as esferas de governo têm a responsabilidade de:

Garantir que a discussão sobre a temática da violência no Brasil esteja integrada à agenda do Ministério da Saúde, do CONASS, CONASEMS e Conselho Nacional de Saúde; Desenvolver e operacionalizar estratégias Estaduais e Municipais de prevenção e atenção nos níveis prioritários da assistência à saúde; Formação das Redes de Apoio Psicossocial Integral, compostas por serviços de saúde, justiça, assistência social, trabalho e emprego, educação e outros colaboradores.

Com o objetivo de ser um instrumento norteador da atuação do setor saúde, a PNRMAV estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais onde se contemplem e valorizem medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção de agravos externos, através do estabelecimento de processos de articulação com distintos segmentos sociais.

Para o segmento populacional infanto-adolescente³⁶ tal Política define, em relação às medidas de enfrentamento à violência doméstica/intrafamiliar, ações de reconhecimento e redução desse agravo, através de um conjunto de ações intersetoriais.

³⁶ A PNRMAV dispõe que a “Atenção prioritária deverá ser dada às crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar, garantindo-lhes o cumprimento dos dispositivos legais

No que diz respeito à assistência a crianças e adolescentes que sofreram violência e às famílias demandantes de serviços públicos do SUS, a PNRMAV estabelece que estes devem ser atendidos por uma equipe interdisciplinar que assegure apoio médico, psicológico e social, pois, no desencadeamento das violências, é construída uma cadeia na qual os sujeitos nela implicados, ora são vítimas, ora são agressores, muitas vezes perpetuando este movimento. É relevante ressaltar que em casos de violência sexual a PNRMAV define a importância de serem criados centros de referências de casos de difícil manejo, como este tipo de violência.

No que tange às responsabilidades institucionais, esta Política Nacional requer que os gestores do SUS e demais técnicos envolvidos com a redução das violências provenham os meios necessários para o desenvolvimento das ações. A fim de alcançar os meios necessários para pôr em prática as ações pretendidas pela referida Política, diferentes segmentos governamentais e não governamentais são requisitados. A sociedade, por intermédio dos diversos segmentos sociais que a representam, é chamada a realizar medidas concretas, como por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, para que haja redução dos casos de violência e acidentes.

A articulação intersetorial presente na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência define os setores e suas devidas competências. No âmbito federal, cabe ao Ministério da Saúde a articulação dentro do próprio setor e demais instâncias³⁷.

A parceria com o Ministério da Justiça visa, dentre outras ações, “a criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual; o cumprimento e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante, por exemplo, o fortalecimento das medidas adotadas contra a prostituição infanto-juvenil, a erradicação do trabalho infantil e as referentes a crianças, adolescentes e jovens autores de atos infracionais”.

Já a parceria com o Ministério da Educação prevê a inserção da temática sobre acidentes e violências nos currículos desde o ensino médio até o nível superior; a ampliação e

concernentes aos direitos destes grupos, de forma articulada com entidades de classe, conselhos, organizações não-governamentais e a sociedade em geral”.

³⁷ Os setores que serão mencionados apresentam ações de enfrentamento aos casos de acidentes e violências. Contudo, mencionaremos apenas aquelas que fazem parte do conjunto de ações de enfrentamento à violência infanto-adolescente, já que a Política Nacional foi destinada também a outros segmentos populacionais.

publicização de estudos acadêmicos não apenas em publicações científicas, mas que de alguma forma possa contribuir para a melhoria e aprimoramento da rede de serviços.

A responsabilidade do Gestor Federal, o Ministério da Saúde, consiste em implementar, acompanhar e avaliar a PNRMAV, bem como os projetos, programas, planos e atividades dela decorrentes; assessorar as Unidades Federadas nas suas respectivas políticas estaduais; desenvolver mecanismos que possibilitem a articulação intersetorial; promover o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento dos casos de violência doméstica em crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e pessoas com deficiência visando o atendimento e o conhecimento destes casos; promover a elaboração e acompanhar o cumprimento das normas relativas a acidentes e a violências no âmbito do setor saúde; promover o cumprimento, no âmbito da ação específica do setor, dos preceitos contidos no ECA, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (Artigos 7 e 14); realizar capacitações com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas de saúde e afins.

A responsabilidade do Gestor Municipal – Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente – versa sobre a definição dos componentes específicos de ações conforme a programação municipal adotada para o estado; organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais.

Reconhecer a violência contra crianças e adolescentes como problema de saúde pública permitiu que este setor tomasse medidas de mudança na lógica do atendimento a estas vítimas, pois, os espaços de saúde pública em seus variados níveis de atendimento (baixa, média e alta complexidade) recebem, frequentemente, demandas de usuários que foram acometidos por algum tipo de violência, o que exige destes profissionais a geração de ações que vão além dos cuidados clínicos emergenciais, ou seja, ações pautadas na interdisciplinaridade e na constante relação com os atores que compõem a Rede de Proteção Social à Infância e a Adolescência. Entretanto, ainda há entraves que permeiam o cotidiano profissional dos trabalhadores de saúde pública, prejudicando o desenvolvimento de medidas cabíveis mediante a identificação e notificação dos casos, e a consequente interrupção do ciclo de violências.

Assim, os desafios da saúde pública para superar as dificuldades no enfrentamento à violência são diários e frequentes. Os números de vítimas, privados de um sistema de proteção eficaz, constituem-se um desafio ainda maior e exige a mobilização da sociedade junto à rede de proteção e enfrentamento à violência. Nesse sentido se faz também necessário que o poder público tome para si a responsabilidade de intervir nesta problemática, criando e dando suporte às políticas de intervenção, de forma que as iniciativas de prevenção e assistência e as estratégias de enfrentamento possuam eficácia no seu grande objetivo: reduzir a violência e seus impactos negativos para a saúde da população.

Capítulo III – A Notificação Compulsória da Violência Doméstica/Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes nos Serviços de Alta Complexidade do Sistema Único de Saúde

Neste capítulo discutiremos a notificação compulsória das violências cometidas em crianças/adolescentes, nos serviços de saúde ligados SUS, evidenciando a comunicabilidade de caráter compulsório ao Conselho Tutelar e demais entidades de todos os casos suspeitos ou confirmados de violências perpetradas nestes segmentos populacionais e sanção aos profissionais que não cumprem com essa prerrogativa.

Discutiremos também a importância da notificação para fins de formulação de perfis epidemiológicos, subsídios à formulação de políticas públicas de enfrentamento às violências. E desenvolveremos um item sobre o Sistema de Informação e Notificação da Violência doméstica, sexual e/ou outras violências do SUS, acrescentando informações produzidas no último relatório do Ministério da Saúde, o Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA).

Por fim, apresentaremos os resultados da nossa pesquisa de campo realizada no Hospital das Clínicas, com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, oriundos do Ambulatório de Puericultura, Enfermaria de Pediatria, Centro Obstétrico, Maternidade, Serviço Social. Complementando essa análise, incluiremos um subitem a respeito dados fornecidos pelo Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (NEPI-UFPE), sobre as notificações das violências, realizadas no HC/PE de Janeiro a Dezembro de 2011, mediante comparação com os dados de 2009, explicitados em nosso Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco (SANTOS e VIEIRA, 2010).

3.1 Saúde pública e Notificação Compulsória da Violência Infanto-adolescente

O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu art. 13 é categórico a tornar compulsória a comunicação ao Conselho Tutelar de todo caso de “maus-tratos” infanto-adolescentes suspeitos ou confirmados, sem prejuízo de outras providências legais. Expressa no Título II – Dos Direitos Fundamentais, Capítulo II, Do Direito à Vida –, tal comunicação

obrigatória se insere entre os mecanismos de defesa e promoção à vida, à saúde como condição primordial ao desenvolvimento desses segmentos populacionais.

A incumbência no cumprimento desse dever, como se pode ler no texto da referida Lei estatutária, não ficou restrita a essa ou àquela categoria profissional, à instituição pública/privada, à sociedade ou ao Estado. Entende-se, portanto, que essa prerrogativa constitui-se dever/compromisso de todos na defesa dos direitos da infância e adolescência.

Todavia, se analisarmos o Capítulo II do ECA – Das Infrações Administrativas, mais precisamente o art. 245 –, perceberemos a menção de duas categorias profissionais, penalizadas se forem omissas aos casos de suspeita ou confirmação de violências envolvendo infantes e púberes que venham a ter conhecimento: a categoria dos médicos e dos professores. A multa de três salários de referência é a sanção sofrida se não houver comunicação com autoridades competentes, sendo aplicado o dobro em caso de reincidência.

Entendemos, contudo, que ambos os setores não conseguem por si só enfrentar a violência, mesmo sendo a escola o espaço onde crianças e adolescentes passam grande parte do seu tempo, e o fenômeno *bullying* ocorra com grande frequência entre os alunos; e mesmo ainda sendo o setor saúde em seus diversos níveis de proteção a porta de entrada das vítimas. A cada campo cabem ações circunscritas a sua função social, contudo articuladas estratégica, técnica-operacional e eticamente à rede de proteção na defesa dos direitos da infância e adolescência, neste caso, os vitimados pela violência.

Fachin e Miziara (2012), observando a tendência crescente do fenômeno *bullying* em diversos países, inclusive no Brasil, traçam um perfil epidemiológico, a partir do mapeamento da literatura produzida acerca desse tipo de violência. Tais autoras chegam à conclusão que esta prática nos Estados Unidos tem se mantido relativamente estável, em torno de 40%. Já no Brasil, afirmam, a prevalência do *bullying* encontra-se abaixo da identificada na literatura estrangeira. Todavia, as pesquisadoras conseguiram perceber aumento de prevalência entre 2005 e 2011, podendo o Brasil chegar aos patamares dos casos apontados na literatura internacional.

Tal pesquisa ainda revela que

Em relação ao sexo do agressor, a maioria dos estudos demonstra que os meninos estão mais envolvidos com o bullying físico e as meninas, com o bullying verbal ou indireto. Quanto às características psicológicas, a típica vítima é aquela com pouca habilidade de socialização, tímida, reservada e com baixa autoestima. O agressor tem em sua personalidade traços de desrespeito e agressividade, e possui uma tendência a atos delituosos na vida adulta. As consequências do bullying têm um potencial devastador na vida jovem e adulta destes indivíduos. Tanto vítimas quanto agressores precisam ser identificados e amparados com políticas específicas e eficazes (idem, p. 30).

Pesquisa realizada pela Plan Brasil³⁸ – organização não governamental de origem inglesa – com mais de cinco mil alunos em todas as regiões do País, permitiu que fosse tomado conhecimento da relação entre os estudantes no interior das escolas. Dita pesquisa revelou a prevalência do *bullying* nas regiões Sudeste e Centro-oeste e a incidência maior entre os adolescentes na faixa entre 11 e 15 anos de idade, sobretudo os estudantes da sexta série do ensino fundamental.

A investigação feita pela ONG confirma ainda a expressão do *bullying* entre as vítimas do sexo masculino: “mais de 34,5% dos meninos pesquisados foram vítimas de maus tratos ao menos uma vez no ano letivo de 2009, sendo 12,5% vítimas de bullying, caracterizado por agressões com frequência superior a três vezes”, incidência também referenciada por Fachin e Miziara (2012).

No que tange à menção presente no ECA do médico enquanto um dos profissionais responsáveis pelo enfrentamento à violência infanto-adolescente, subte-se da norma estatutária que este trabalhador do campo da saúde esteja numa posição privilegiada no primeiro contato com as vítimas. Contudo, como apresentaremos ainda neste capítulo, grandes são os obstáculos que esta categoria – assim como os demais trabalhadores da saúde – enfrenta no cumprimento da notificação e encaminhamento de crianças e adolescentes atingidos por violências à rede de cuidados e proteção social.

A fim de normatizar e guiar os profissionais de saúde pública no registro e notificação e demais encaminhamentos das violências de caráter compulsório cometidas contra grupos

³⁸ Encontrada no endereço eletrônico: < <http://www.neca.org.br/bullying>>. Acesso em mai. 2013.

considerados mais vulneráveis (crianças/adolescentes, mulheres, idosos), o Ministério da Saúde cria – sob o respaldo do art. 13 do ECA, do Decreto-Lei nº. 5.099, da Lei nº 10.778/2003 e do art. 19 da lei 10.741/2003³⁹ – um dos instrumentais oficiais de intervenção, a **Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências interpessoais**. Esse instrumental caracteriza-se por ser um registro minucioso – o qual contém 71 indicadores, dentre os quais se encontram informações sobre a vítima, espaço e tempo onde ocorreu o ato violento, os tipos de violências, o possível agressor, a evolução do caso etc. – cujo objetivo consiste em

[...] interromper o ciclo ou atos violentos sofridos pelas vítimas e estabelecer a ligação entre o setor da saúde e o sistema legal, dando início a formação de uma rede multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional que atua na defesa, prevenção e proteção dos agravos sofridos por crianças e adolescentes. (SANTOS e VIEIRA, 2010, p. 65).

A esse respeito Luna et. al. (2010, p.01) ainda acrescentam qual a finalidade do Ministério da Saúde em criar um instrumental específico para notificação de agravos de violências e sua inserção nos espaços de saúde pública:

O Ministério da Saúde tenta promover uma vigilância contínua e cuidados desses eventos, por meio de uma ficha de notificação individual para violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais. Essa notificação deverá ser feita pelo profissional de saúde que atendeu à vítima. Entendendo que se trata de um processo lento e gradual em que os profissionais dos serviços se capacitem e assumam a importante função de monitoramento e de notificação, para isso, uma nova cultura que inclui a sensibilização e a formação precisará tornar-se rotina.

³⁹ O Decreto-Lei nº. 5.099, no seu art. 4 decreta que o instrumento de notificação compulsória é a ficha de notificação a ser padronizada pelo Ministério da Saúde. Já a Lei nº 10.778/2003 em seu art. 1º constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados. E o art. 19 da lei 10.741/2003 normatiza que “Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos” (Estatuto do Idoso, 2003).

A esclarecedora definição apontada pela autora sobre o objetivo da notificação nos serviços de saúde destaca a indispensável realização do registro das violências atendidas pelos profissionais. A notificação, portanto, deve desencadear um processo vigilante (não policial) e promotor de cuidados e proteção à vida dos vitimizados, visto que os espaços de saúde precisam se articular – se houver necessidade – com escolas, Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, Ministério Público, delegacias especializadas da infância-adolescência, dentre outras instâncias da rede social de proteção. Acresce ainda que o caso não seja pensado unicamente pelo profissional que primeiramente atendeu a vítima, mas sim pela equipe inter e multiprofissional, a fim de qualificar o registro do fato ocorrido.

Além disso, o registro nos serviços de saúde do SUS das violências cometidas em crianças e adolescentes ainda possibilita o conhecimento das dimensões dos agravos, evidenciando as formas de violências, os condicionantes à realização destes atos, os fatores de risco para ocorrência de repetição desse fenômeno, possibilitando o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência adequada às vítimas.

Azambuja (2005), Luna et. al. (2010), Rossi (2004), Santos e Vieira (2010) reafirmam a importância do cumprimento da notificação dos “maus-tratos” que vitimam crianças e adolescentes que, devido a essa cruel circunstância, são conduzidos quase sempre a serviços socio sanitários nos diversos níveis de atenção de saúde pública.

Para a realização desse registro, seguido da notificação, é importante ressaltar a indispensável qualificação teórica, prática e operacional aos profissionais de saúde, ou seja, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros, precisam estar atentos aos indícios aparentes e/ou ocultos de “maus-tratos”, praticar a escuta e interpretação do relato de pais/responsáveis e crianças/adolescentes, comunicar às autoridades competentes na defesa e proteção de direitos preconizados no ECA, a fim de que novas práticas de violência não sejam concretizadas, findando-se assim o perverso ciclo de abusos e violações de direitos.

Para o cumprimento dessa determinação legal, a notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes – como aludimos – torna-se

compulsória através da portaria⁴⁰ do Ministério da Saúde (MS) GM nº. 1.968/2001 de 25 de Outubro de 2001, incorporada em 2008 ao sistema de informação epidemiológica deste Ministério, que dispõe sobre a comunicação às autoridades competentes dos casos de suspeita ou confirmação de “maus-tratos” contra o referido grupo geracional atendido nas entidades do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴¹.

No intuito de (re) direcionar os profissionais de saúde na execução da notificação, a Portaria nº 104/2011 – precisamente em seu art. 7º – estabelece que esse registro tem caráter compulsório, e elenca também os técnicos responsáveis por colocar em ato a notificação no exercício da profissão (médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, dentre outros – a exemplo dos assistentes sociais), e avança quando consegue ampliar essa normativa a espaços de saúde particulares de saúde e ensino. Todavia, como mencionamos no segundo capítulo, o silêncio que permeia os “maus-tratos” perpetrados em crianças e adolescentes assistidos por unidades da rede privada de saúde precisa ser quebrado. E isso de fato acontecerá quando os trabalhadores destes espaços se sensibilizarem de que a violência não pode ser naturalizada nem tampouco utilizada por pais e/ou responsáveis como mecanismos pedagógicos e disciplinadores, mas sim concebida enquanto problema de saúde pública, assim como violação de direitos desses sujeitos em fase peculiar de desenvolvimento.

O conceito que abrange melhor definição da notificação compulsória de violências contra crianças e adolescentes consiste numa **“informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos.”** (BRASIL, 2002, p. 15). Podemos observar nesta citação que a notificação realizada pelo setor saúde não deve ser equiparada ou mesmo confundida com uma denúncia

⁴⁰ O Artigo 1º desta portaria estabelece que “os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde – SUS – deverão comunicar aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por eles atendidos.” E o Artigo 2º define que “a comunicação que trata o Artigo 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo desta Portaria, observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento”.

⁴¹ Cabe destacarmos o espaço de tempo (07 anos) entre a promulgação da notificação compulsória e a incorporação dos dados gerados ao sistema de informação epidemiológica, o que conseqüentemente representou o arquivamento ou mesmo a perda dessas informações valiosas para construção de perfis epidemiológicos de agravos decorrentes de violências.

policial, visto que o profissional de saúde encontra-se habilitado a atender as vítimas de acordo com seus aportes técnico-científicos, prestando-lhes cuidados imprescindíveis e especiais demandados pelo caráter urgente da situação e, devendo, além disso, chamar o poder público à sua responsabilidade.

Toda equipe de saúde precisa estabelecer um fluxo de atendimento às vítimas de violências, através da mediação entre os saberes coletivos, segundo a especificidade de cada profissão. Todavia, esse fluxo não deve ser operacionalizado de forma mecanicista e engessada.

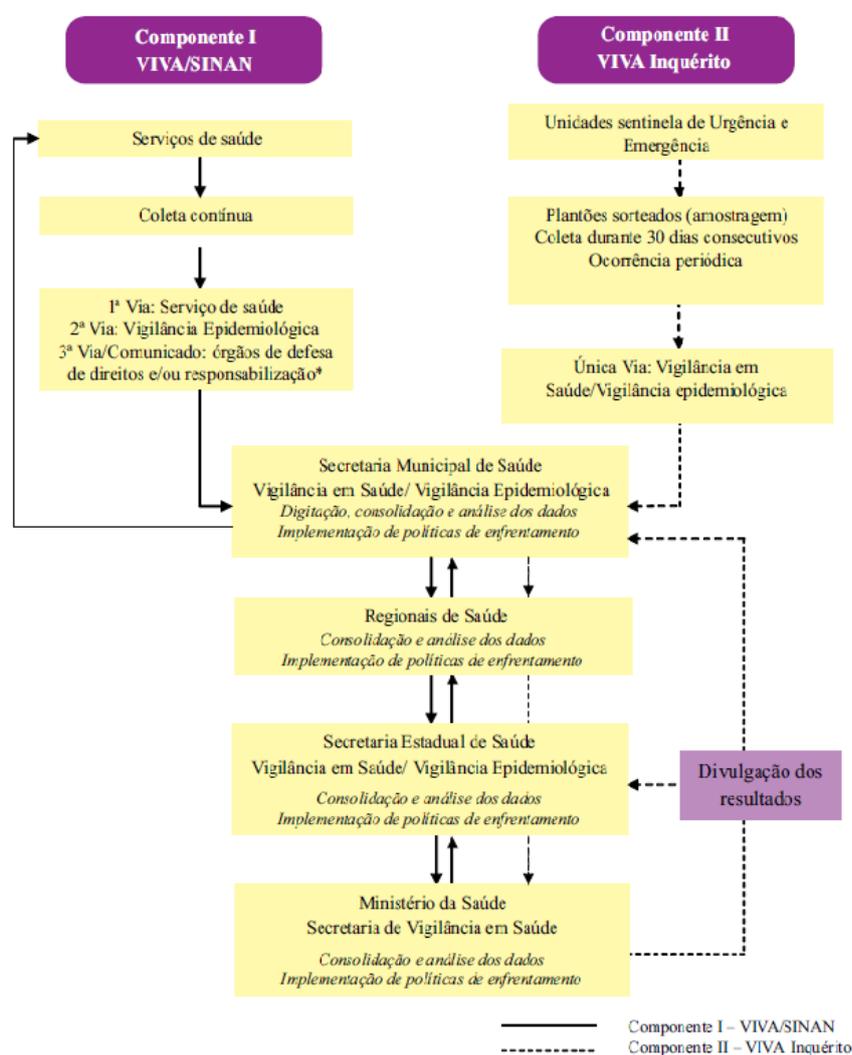
Por exemplo, imaginemos um atendimento numa unidade de saúde do SUS, onde um enfermeiro assista uma criança, prestando-lhe os primeiros cuidados, identificando nessa intervenção que os sinais aparentes podem ter sido causados por “maus-tratos físicos” (uma “surra”). Suporemos que tal profissional esteja sensibilizado (conceba a violência doméstica/intrafamiliar em crianças enquanto uma violação de direitos), tenha aportes técnico-operacionais, conheça a Ficha de Notificação e saiba preenchê-la. Essa seria a sua função nesse “organograma”. Aos assistentes sociais, por sua vez, definiu-se a tarefa de comunicação com a rede de proteção – ao Conselho Tutelar, nesse caso. Contudo, esse profissional estaria prestando assistência em outro setor. Seria razão para que o enfermeiro não viabilizasse os demais encaminhamentos? Implicaria na incomunicabilidade com o conselho tutelar da localidade onde a vítima reside? Acreditamos que não, pois a comunicação com rede de proteção se circunscreve às medidas tomadas por qualquer categoria profissional inserida nos espaços de saúde.

A partir desse exemplo queremos sinalizar o importante envolvimento dos diversos atores que compõem as equipes de saúde, recebendo demandas de crianças e adolescentes vítimas de violências, para que as ações formuladas no fluxograma interconectem saberes específicos, porém imbricados aos conhecimentos coletivos.

No tocante à notificação, se faz necessário tomar algumas medidas cabíveis após esse registro, normatizadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS: a ficha de notificação deverá ser preenchida em três vias, distribuídas da seguinte forma: a primeira via ficará arquivada na própria unidade de saúde, com acesso restrito; a segunda deverá ser encaminhada à Vigilância Epidemiológica; a terceira via/comunicado será destinada aos órgãos de defesa de direitos e/ou responsabilização. Após esses trâmites, cabem de forma

inter-relacional à Secretaria Municipal de Saúde (Vigilância em Saúde/Vigilância Epidemiológica), às Regionais de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde) a digitação, consolidação e análise dos dados, para posterior implementação de políticas de enfrentamento (como mostra a figura abaixo).

Figura 01: Fluxograma dos Componente I VIVA/SINAN e Componente II VIVA Inquérito



Fonte: Ministério da Saúde, Portal da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mar/22/viva_2011.pdf>.

O profissional de saúde deve estabelecer, ainda, o exercício da notificação da(s) violênci(a)s na perspectiva ética de garantir à criança e ao adolescente – enquanto credores de direitos – promoção e proteção à vida e de tudo aquilo que converge para este fim. Logo, a finalidade e a necessidade de registrar a violência ocorrida devem ser esclarecidas ao

responsável/acompanhante da vítima, uma vez que não apenas o vitimizado, mas o agressor e demais familiares precisam de apoio psicossocial e, em alguns casos, de intervenção jurídica, serviços prestados pela Rede após a notificação.

O esclarecimento da função socio sanitária da notificação das violências realizada pelos trabalhadores do SUS perpassa, conseqüentemente, por entraves que conseqüentemente constituirão obstáculos à realização desse registro:

- resistência por parte do(s) responsável (is) pela criança ou adolescente em não aceitar o registro do fato ocorrido, por receio de sofrer sanções – caso seja o agressor;
- medo do familiar/acompanhante sofrer violência ou mesmo de que o púbere venha a ser revitimizado – quando o agressor ainda está em convívio com a família ou conhece quem acompanhou a vítima;
- Percepção do familiar/acompanhante do Conselho Tutelar como uma instância que apenas acusará o agressor pelos “maus-tratos” e afastará a criança ou adolescente do convívio familiar, dentre outros entraves.

Logo, o profissional de saúde precisa ter clareza da funcionalidade do registro dos casos suspeitos ou confirmados de violências perpetradas em tais segmentos etários, saber qual o real objetivo da notificação, demonstrar que a rede de proteção age norteada por ações de defesa, proteção e promoção dos direitos da infância e adolescência, e que os ciclos dos atos violentos precisam ser interrompidos, por se tratar de violações de direitos previstos na CF de 1988, no ECA e demais normativas.

Dessa forma, é nítido o dever de todo profissional de saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violências, não ficando ao seu bel prazer a notificação de suspeitas ou fatos constatados, pois são demandados atendimento imediato e ações protetivas. Isso se encontra assegurado no direito desse segmento populacional ao cuidado institucional e profissional. Portanto, para os trabalhadores da saúde, prover assistência, notificar, encaminhar à rede de proteção são imperativos.

Os resultados advindos da notificação não se resumem à construção de perfis epidemiológicos. A criação desse banco de dados é uma importante ferramenta ao acúmulo de informações fidedignas a respeito do fato ocorrido e dos desdobramentos pós-atendimento.

Contudo, antes disso, os profissionais de saúde precisam estar sensibilizados do caráter urgente da proteção integral de crianças e adolescentes vitimizados, estar munidos de aportes teórico-metodológicos para caracterização e diagnóstico dos indícios da violência ocorrida, encontrar condições objetivas oferecidas pela instituição/unidade de saúde (salas adequadas para atendimento individual e/ou coletivo, equipamentos para realização de exames, espaços de capacitação e discussão multiprofissional, respaldo institucional etc.).

Além disso, espera-se garantir com a notificação compulsória:

- que a violência constitua-se como demanda para o setor saúde, visto que este fenômeno é concebido como problema de saúde pública, e precisa, portanto, ser inserido na dinâmica institucional;
- que haja interlocução com a rede de proteção, chamando as instâncias à responsabilidade devida;
- que a equipe de saúde mantenha acompanhamento sistemático do caso encaminhado ao conselho tutelar.

Precisamos sinalizar, por ora, que os possíveis ganhos resultantes da notificação compulsória não se limitam à inserção do sistema de notificação de violências cometidas em crianças e adolescentes (Brasil, 2002), pois esse pode estar implantado, mas devido a causas diversas, a notificação pode não estar sendo realizada. Devemos concomitantemente evidenciar que a normatização e a presença da Ficha de Notificação nos serviços não garantem por si sós o cumprimento dos registros de violências. Antes disso, devem ser proporcionados pelo Ministério da Saúde: capacitações, instrumentalizações, espaço físico apropriado, para que profissionais componentes das unidades de referência sintam-se preparados.

Um dos desafios ao cumprimento desta ação diz respeito à sua incorporação à rotina das atividades de atendimento e ao quadro organizacional dos serviços preventivos e assistenciais, pois, do contrário, as vítimas atendidas receberão cuidados clínicos apenas, resultando na ausência de registro (notificação compulsória) e, conseqüentemente, na falta de articulação com a rede de proteção e na não interrupção do ciclo das violências, portanto, das violações de direitos destes sujeitos.

Outro desafio consiste na sensibilização e capacitação da equipe de saúde no tocante à compreensão do significado, manifestação e consequência dos atos violentos ao crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes. Trata-se, portanto, “de uma empreitada que não diz respeito somente à informação e ao conhecimento desta temática, mas, sobretudo, depende do desenvolvimento da consciência social a respeito.” (idem, pg. 17).

Por fim, outro entrave ao desenvolvimento de um sistema integral de notificação diz respeito à formação de alianças e parcerias, mecanismos primordiais no atendimento e suporte integral à criança, ao adolescente, à sua família (e também ao agressor) ou às instituições que os abrigam.

Assim, os trabalhadores da saúde que lidam diariamente em seus espaços de intervenção prestando assistência a crianças e adolescentes vítimas de violências precisam realizar a notificação não como uma obrigação que tem fim em si mesmo, mas sim, como um dever ético de defesa/proteção e promoção do desenvolvimento integral desses segmentos geracionais, promovendo em conjunto à rede de saúde, demais políticas públicas (assistência social, educação, etc.), Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e Conselhos Tutelares, a interrupção do ato, não permitindo, dessa forma, que sejam repetidos e venham a causar danos irreparáveis ou mesmo a subtração da vida dos vitimizados.

Portanto, o movimento desde o diagnóstico até a notificação não se faz de modo isolado, paciente-vítima-família. Suscita sim, um trabalho coletivo, o acionamento de sujeitos sensíveis à possibilidade de mudança da dinâmica intrafamiliar alicerçada pela ausência de diálogo, adultocentrismo, coisificação da infância e da adolescência. Enfim, por aqueles que acreditam “**na possibilidade de modificar o quadro cultural e social da violência contra a criança e o adolescente**” (SBP, 2000 apud BRASIL, 2002).

3.2 Sistema de Informação e Notificação da Violência doméstica, sexual e/ou outras violências no SUS

O setor saúde é uma das esferas públicas de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violências, na procura por serviços assistenciais de cuidados e escuta, por se apresentar como um espaço propício para as vítimas relatarem os eventos vivenciados.

Segundo Deslandes e Gomes (2006, p.199): "há um reconhecimento de que, por causa da familiaridade e da proximidade com inúmeras vítimas de violências, que acabam convergindo aos serviços e dada a possibilidade de compilar informações de forma a construir panoramas ampliados, o setor saúde se posiciona num lugar muito especial para o enfrentamento da violência". Dessa maneira, o campo da saúde tem um papel-chave no diagnóstico, registro e notificação dos casos de violência suspeitos ou de confirmação contra crianças/adolescentes, mulheres, idosos, além de atendimento individual (vítima) e coletivo (vítima/família/agressor), visando acolher, escutar, aconselhar, tratar as vítimas e seus entes.

Além disso, as consequências das violências e acidentes para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para o importante conhecimento dos números de mortalidade e morbidade por causas externas⁴². Dessa forma, o sistema de informações sobre tais fenômenos deve trazer elementos (dados) aproximativos da realidade, com vistas a subsidiar a implementação de políticas públicas para prevenção deste problema, promovendo atenção integral e promoção da saúde às vítimas, instigando a sociedade a práticas que previnam violências e/ou acidentes.

De acordo com o MS (BRASIL, 2010), no Brasil, o monitoramento dos casos de violências para fins de vigilância epidemiológica ocorria por meio da análise dos dados da declaração de óbito e da internação em hospitais públicos, fornecidos, respectivamente, pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), ambos gerenciados pelo Ministério da Saúde. Esses sistemas permitem que seja executado um monitoramento acerca da morbimortalidade⁴³ por acidentes e violências para fins de formulação de políticas públicas.

O SIM foi criado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) para obtenção de dados sobre mortalidade no País. A abrangência desse Sistema⁴⁴ permitiu que fossem captados dados a partir da *causa mortis* atestada pelo médico,

⁴² De acordo com Mascarenhas et. al. (2010, p.227), as causas externas de morbidade e mortalidade compreendem as lesões decorrentes de acidentes (ocorridos no trânsito; relacionados a envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos).

⁴³ Entende-se por morbimortalidade "o conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde." (MS, 2001, p. 02).

⁴⁴ Com a implantação do SUS e a premissa da descentralização, o SIM teve a coleta de dados repassada à atribuição dos Estados e Municípios, através das suas respectivas Secretarias de Saúde.

subsidiando as diversas esferas de gestão na saúde pública. A partir dessas informações é possível realizar análises da situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. Já o SIH/SUS, consiste num sistema de base pública que disponibiliza dados administrativos de saúde com abrangência nacional, baseados na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento que apresenta uma gama de informações referentes à identificação do paciente e à internação. Contudo, apesar dos avanços no campo das informações de mortalidade e internamentos na saúde pública, os demais casos, como por exemplo, a violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes que não tenham tido o óbito como consequência, não apresentavam espaço para contabilização, registro, deixando de ser sistematizados e publicizados.

Consequentemente, as informações relativas ao registro dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de violências, acolhidos nos serviços de saúde públicos e/ou privados careciam, historicamente, de um sistema oficial de compilamento de dados. Esse fato acarretou, por conseguinte, durante muitas décadas, inexistência ou mesmo não fidedignidade de elementos caros ao conhecimento de fatores que desencadearam o ato violento, como por exemplo, o tipo de violência, as sequelas deixadas, o agressor, e informações a respeito dos demais encaminhamentos realizados pós-atendimento.

Sendo assim, a fim de construir um diagnóstico mais sensível dessa problemática, especialmente de casos não reconhecidos e não incorporados aos sistemas de informações como o SIM e o SIH, a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), do Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

Na primeira fase de implantação do VIVA, o enfoque se deu na vigilância sentinela. O termo sentinela pode ser utilizado em duas situações, segundo Gawryszewski et. al. (2006): a primeira delas, baseada em Rutstein et. al, diz respeito ao “evento sentinela”, que consiste em “um dos métodos para vigilância à saúde, evidenciando situações indesejáveis que possibilitem o monitoramento de serviços e sistema de saúde.” O acontecimento desses eventos sentinela serve de subsídios aos profissionais da saúde a respeito de possíveis agravos à saúde de caráter preventivo ou de óbitos possivelmente associados à má qualidade dos

serviços ou das intervenções, como reiteram os referidos autores. Já a segunda situação aplicada ao termo se refere aos sistemas de vigilância baseados em “serviços sentinela”, utilizados com maior frequência. Nesses sistemas, a vigilância está organizada em redes de informações específicas para estudos de problemas particulares.

Com a finalidade de obter e divulgar dados sobre violências e acidentes, indicando informações desses agravos à saúde pública, o VIVA foi estruturado em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais ou autoprovocadas (VIVA Contínuo); 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela).

Na verdade, a vigilância de violências e acidentes vem somar, trazer elementos complementares às análises epidemiológicas já realizadas com dados do sistema de mortalidade e de morbidade hospitalar, visto que os casos de menor magnitude (quem não tenham ocasionado óbito) começam a ganhar visibilidade no campo da saúde pública, revelando, conseqüentemente, mais detalhes sobre a vítima, circunstância do evento e do provável autor da agressão (MS, 2009).

O VIVA Contínuo⁴⁵ foi inserido desde 2006, a princípio em seis estados, 32 municípios e o Distrito Federal, por meio da Portaria 1.356 de 23 de Junho de 2006, que institui incentivos para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela⁴⁶, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Desde então, a implantação desse sistema de notificação vem sendo realizada de forma gradual e por pactuações entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios.

⁴⁵ Essa modalidade de vigilância recebeu um fluxo característico implantado nos serviços de referência para violências (centros de referências para violências, centro de referências para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros espaços) a partir de agosto de 2006, período em que ocorreria a coleta contínua dos casos notificados. À Secretaria Municipal de Saúde caberá digitar os dados; à Secretaria Estadual de Saúde competirá receber esses dados e transferi-los; ao Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância em Saúde, incube a consolidação e análise dos dados.

⁴⁶ De acordo com Gawryszewski et. al. (2006) os propósitos desse novo sistema consistem em: “caracterizar o perfil das pessoas vítimas de violências sexual, doméstica e outras violências interpessoais; caracterizar o perfil dos atendimentos decorrentes de acidentes e violências nos serviços de emergências hospitalares selecionados; Validar a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Sexual, Doméstica e/ou outras Violências Interpessoais e a ficha de Notificação de Acidentes e Violência em Unidades de Urgência e Emergência; Testar a operacionalização do sistema; Utilizar a informação na definição de políticas públicas”.

Retomando a discussão sobre o VIVA Contínuo, devido às suas especificidades, ao caráter compulsório e contínuo da notificação de violências perpetradas em crianças/adolescentes, mulheres e idosos, no sentido de garantir articulação e integração com a rede de atenção e proteção social às vítimas de violências, foi identificada a necessidade de esse componente passar a integrar, a partir de 2009, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), que consiste num sistema consolidado, de sustentabilidade e abrangência nacional.

Ainda na fase inicial de implantação, o VIVA passaria por um compilamento dos dados gerados pela notificação de violências e acidentes nos municípios selecionados nos anos de 2006 e 2007. Como produto desse compilamento, o Ministério da Saúde publicou um relatório em 2009, apresentando os componentes, operacionalização e resultados do VIVA, com a finalidade de expor dados de suma importância para dimensionar e subsidiar o monitoramento da situação epidemiológica de violências e acidentes em serviços sentinelas, e formular políticas de enfrentamentos das causas externas.⁴⁷

Em 2010, o MS lança outro relatório acerca do monitoramento desse Sistema, revelando os métodos e principais resultados aferidos do VIVA Contínuo no ano de 2008 e do VIVA Inquérito no ano de 2009 em municípios selecionados. Ater-nos-emos aos resultados trazidos pelo VIVA Contínuo, nos quais são descritas as características dos casos de violências notificados, apresentados a seguir.

⁴⁷ A título de informação, guardadas as análises reflexivas sobre os dados, compuseram esse relatório 27 municípios de 20 unidades da Federação, assim distribuídos por Unidade da Federação e Município: Acre (Rio Branco), Amazonas (Manaus), Amapá (Macapá), Ceará (Fortaleza, Sobral), Espírito Santo (Serra, Vitória), Goiás (Goiânia), Maranhão (São Luís), Minas Gerais (Belo Horizonte), Mato Grosso do Sul (Campo Grande), Mato Grosso (Cuiabá), Paraíba (João Pessoa), Pernambuco (Recife), Paraná (Curitiba), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), Rondônia (Porto Velho), Rio Grande do Sul (Porto Alegre), Santa Catarina (Florianópolis), Sergipe (Aracaju), São Paulo (Diadema, Guarulhos, Jundiaí, Ribeirão Preto, São Bernardo do Campo, São José do Rio Preto), Tocantins (Palmas), abrangendo 161 serviços no período de agosto de 2006 a julho de 2007. Os dados coletados corresponderam ao atendimento às vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, no período compreendido entre 01 de agosto de 2006 e 31 de julho de 2007. Para a tabulação das informações, às secretarias de saúde de cada município foi dada essa missão, posteriormente transferidas ao MS para consolidação de base nacional. Como resultado desse primeiro panorama dos casos de violências notificados nos municípios que implantaram o VIVA Contínuo, e que, portanto, utilizaram a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, foram registrados/notificados 9.038 casos. Destes, 1.939 (21,4%) foram contabilizados entre crianças de 0 a 09 anos, 2.370 (26,2%) foram perpetrados entre adolescentes de 10 a 19 anos, 4.050 (44,8%) casos atingiram adultos de 20 a 59 anos e outros 626(6,9%) foram identificados entre idosos com idade a partir de 60 anos (MS, 2009).

Antes de apresentá-los, dito relatório tratou-se de um estudo descritivo, com dados sobre vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificadas no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro, em unidades de referência⁴⁸ no atendimento aos vitimizados, em 22 municípios distribuídos em 15 Unidades de Federação.⁴⁹ A coleta de dados foi realizada em centros de referências para violências, para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros.

No que tange ao resultado aferido, 8.766 notificações foram consideradas. Destas, 2.075 foram registradas entre crianças de 0 a 09 anos, 2.389 casos ocorreram entre adolescentes de 10 a 19 anos, 4.242 eventos atingiram adultos de 20 a 59 anos e os demais, 451, foram identificados entre idosos a partir dos 60 anos. Se somarmos os dados de violência infanto-adolescente⁵⁰ e juvenis, o total de vítimas é maior do que aqueles na faixa adulta, ou seja, 4.464 casos identificados, conferindo a perversa incidência desses agravos entre esse segmento populacional⁵¹.

Classificados os casos por sexo, 2.530 (28,9%) atingiram homens e 6.236 (71,1%) acometeram mulheres. Para os homens, a faixa etária mais atingida foi de 0 a 09 anos (30,2%), seguida das faixas de 10 a 19 anos (23,4%) e de 20 a 29 anos (16,8%). Entre as mulheres, a maior proporção de violências foi constatada entre as de 10 a 19 anos (28,8%), seguida das de 0 a 09 anos (21,0%) e de jovens de 20 a 29 anos (19,9%). Observa-se que crianças do sexo masculino desde tenra fase até a entrada na pré-adolescência são alvos suscetíveis a atos de violência(s), seguidos pelos adolescentes. Com isso, apreende-se o crescente número de vítimas infantes e púberes demandantes de cuidados socio sanitários, e o aumento do registro/notificação nas unidades de referência, possivelmente devido à

⁴⁸ Os serviços/unidades de referência costumam apresentar características comuns: ser porta de entrada de pessoas vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (autoprovocadas e interpessoais) e ter capacidade técnica e operacional à implantação da notificação de violências (MS, 2010).

⁴⁹ A redução do quantitativo de municípios deveu-se ao critério de exclusão daqueles que tinham o número de notificações menor ou igual (\leq) a 10. Ainda devido a problemas operacionais de envio e recebimento dos bancos de dados, participaram da análise apenas 18 municípios em 14 Unidades da Federação: Amazonas (Manaus), Ceará (Sobral), Espírito Santo (Vitória), Maranhão (São Luís), Minas Gerais (Belo Horizonte), Mato Grosso do Sul (Campo Grande), Paraíba (João Pessoa), Pernambuco (Recife), Paraná (Curitiba), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), Rio Grande do Sul (Porto Alegre), Sergipe (Aracaju), São Paulo (Diadema, Guarulhos, Jundiaí, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto), Tocantins (Palmas).

⁵⁰ Nosso intuito é de apresentarmos apenas os resultados das notificações de violências infligidas em crianças e adolescentes. Sobre a macroanálise, vide o relatório no endereço eletrônico: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2008_2009_30_11_2010.pdf>.

⁵¹ Consideramos a normativa do Estatuto da Criança e do Adolescente, que define infantes aqueles com até 12 anos de idade incompletos.

determinação da notificação de caráter compulsório e contínuo destes casos, assim como à qualificação técnica e operacional dos profissionais.

O Relatório VIVA 2008 e 2009 ainda aponta o local de maior ocorrência de casos de violências, predominando o espaço da residência (57,4%) e da escola (13,6%). A violência doméstica/intrafamiliar de maior incidência foi perpetrada em pessoas do sexo feminino, 3.909 casos (62,7%), e entre as de sexo masculino ocorreram 1.127 (44,5%). Portanto, o lar, nesta pesquisa, representou o espaço onde os “maus-tratos” são frequentemente perpetrados, e que crianças e adolescentes são as principais vítimas, revelando que nem sempre estão sob proteção e cuidados de seus familiares.

Referente ao tipo de violência predominaram, segundo ordem de valores, os atendimentos decorrentes de agressão física (55,8%), violência psicológica/moral (41,2%) e violência sexual (31,7%). No sexo masculino, preponderaram a agressão física (65,1%) e negligência (19,6%). Entre as mulheres, destacaram-se agressão física (52%), violências psicológica/moral (49,5%) e sexual (39%). E em relação às partes do corpo mais afetadas por estes agravos, destacam-se cabeça/face (20,3%) e membros superiores (13,3%).

Outra informação relevante à construção de perfis epidemiológicos de agravos de notificação, os *dados do possível agressor*, que se encontram divididos em sexo, número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, suspeita de uso de álcool, também compuseram o relatório ora analisado. Na maior parte dos atendimentos, tratava-se apenas de um agressor (69,4%), do sexo masculino (66,3%) e que mantinha a relação de cônjuge com a vítima (14,1). O principal perpetrador de agressões físicas às pessoas do sexo masculino foram os próprios homens (56,6%), geralmente um amigo/conhecido (15,7%), a mãe (13,6%) ou pai (9,8%). No caso das mulheres, um único indivíduo foi apontado como possível agressor (75,5%), do sexo masculino (70,3%), cônjuge (18,7%) ou amigo (13,3%). Como aludimos no capítulo I, na disseminação de atos violentos, os homens posicionam-se como detentores de poder de mando, força física superior, domínio sobre o corpo da mulher. Logo, essas relações de inferioridade são histórica e culturalmente construídas e legitimadas socialmente.

Por fim, dito relatório apresenta a evolução dos casos e encaminhamentos no setor saúde. Sobre a evolução dos casos, o tratamento ambulatorial (30,9%) foi o principal destino das vítimas, predominando entre as mulheres (34,6%); enquanto que em 26% houve evolução

para alta, destacando-se os homens (28%); 13% foram hospitalizadas, 2,9% evadiram-se e 1,3% morreram. A respeito dos encaminhamentos, os casos cometidos em pessoas do sexo masculino foram encaminhados ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente (29,9%), seguidos de encaminhamentos para outras delegacias (20%). Referente às mulheres, o CT é também apontado como a entidade que mais recebeu os casos (30,8%), seguida da Delegacia Especializada da Mulher (DEM), com 25,6%.

Os dados aludidos referentes aos encaminhamentos deveriam contemplar todos os casos, desde os que receberam tratamento ambulatorial até os resultantes em óbitos. Pois, a prerrogativa de encaminhamento ao conselho tutelar deve ser cumprida em casos de suspeita ou confirmação de violência(s) à infância e à adolescência, mesmo havendo encaminhamentos a delegacias, internamento e/ou alta do paciente/usuário.

Após breve exposição dos resultados advindos do mencionado relatório, refletimos que o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) constitui-se como um instrumento promissor no campo da monitorização da morbimortalidade por causas externas no Sistema Único de Saúde, compilando informações epidemiológicas sobre esses agravos em âmbito nacional, no intuito de subsidiar políticas públicas que promovam o enfrentamento a essas problemáticas, impulsionando a organização dos serviços de saúde na criação de estratégias promotoras de assistência, prevenção e promoção à saúde das vítimas.

Contudo, é importante ressaltar a recente criação e a gradual implantação desse Sistema na conformação de perfis epidemiológicos nos espaços de saúde pública. Logo, considerações acerca de sua funcionalidade e apresentação de informações caras à formulação de políticas públicas de combate às violências devem ser realizadas.

Nota-se na apresentação dos dados tabulados nos relatórios de tal Sistema, que estes demonstram, a princípio, a divisão dos casos de violências segundo os indicadores sexo, idade, dentre outros. Contudo, se o Ministério da Saúde considerou os diferentes segmentos populacionais mais vulneráveis às causas externas (crianças/adolescentes, mulheres, idosos) na construção de um registro único (Ficha de Notificação) nos serviços ligados ao SUS, o VIVA deveria ter sido projetado segundo especificidades de cada grupo vitimado, o que, salvo engano, não ocorreu, ou pelo menos assim não está sendo apresentado nos seus relatórios.

Dessa forma, o lançamento de dados deveria ser feito numa parte específica do Sistema, para que assim, quando uma criança fosse vítima de violência sexual, por exemplo, as informações compiladas trouxessem informações sobre ela, e assim às demais vítimas dessa faixa etária. Fica difícil mensurar e particularizar a dimensão dos atos violentos cometidos contra um grupo específico, já que o relatório unifica as informações. Como será criada uma política pública de cuidados socioassistenciais, se a apresentação das informações da notificação compulsória não revela esse dado? Esse exemplo vale para os demais grupos populacionais vítimas de violências demandantes do SUS.

Se o objetivo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes é “coletar dados e gerar informações sobre violência e acidentes para subsidiar políticas em saúde pública direcionada a esses agravos”, como descrito em seu relatório (MS, 2010, p.13), e em particular para subsidiar políticas de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, o cruzamento dos seus dados com os compilados pelo SIM e SIH precisa ainda considerar informações de setores como Educação, Assistência Social, organizações governamentais e não governamentais, órgãos de defesa dos direitos de crianças e adolescentes, pesquisas e trabalhos acadêmicos em âmbito nacional e internacional.

3.3 Aspectos Metodológicos e Éticos da Pesquisa

Por se tratar de um problema multicausal, pluridimensional, polissêmico, controverso, a violência torna-se um objeto de estudo complexo: demanda um exercício de apreensão da totalidade, das mediações entre o macro e o microssocial, da apreensão e análise da conjuntura econômica, política, social, cultural, as transformações advindas das atuais relações de produção no capitalismo e suas implicações no desencadeamento das violências.

Para tanto, escolhemos neste estudo a teoria social crítica, a fim de discutirmos o tema em sua totalidade, desvelar as contradições da realidade, analisar nosso objeto de estudo através da dialética da realidade, seu constante movimento. Admite, conseqüentemente, “uma relação entre sujeito e objeto que permite ao sujeito aproximar-se e apropriar-se das características do objeto” (BEHRING E BOSCHETTI, 2008).

Em nossa exposição analisamos o nosso objeto de estudo à luz do materialismo histórico e dialético, visto que a violência e suas variadas expressões precisam ser apreendidas no respaldo teórico que aponte o seu desencadeamento na dinâmica da realidade social, concomitantemente ao método de abordagem desta expressão da questão social e problema de saúde pública, como processo histórico e seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. Segundo Minayo (2010, p. 108) “O materialismo histórico, como caminho teórico, e a dialética, como estratégia metodológica, estão profundamente vinculados [...]”.

Como percurso metodológico, realizamos análise bibliográfica⁵² a respeito das produções mais recentes na Saúde Pública sobre a violência doméstica/intrafamiliar perpetradas em infantes e púberes, através da qual ressaltamos as análises acerca deste temário. Utilizando-se dessa revisão bibliográfica, apresentamos ainda o movimento político, social e de setores profissionais, assim como de movimentos sociais, para a inserção da notificação das violências contra crianças e adolescentes nos serviços de alta complexidade do SUS.

Como dados primários, importante fonte no enriquecimento deste estudo, recorreremos aos dados produzidos pelo Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (NEPI-UFPE), acerca das notificações das violências registradas em pacientes, no período de janeiro a dezembro de 2011, com vistas a identificar nesses registros se houve avanços e/ou retrocessos no que tange à notificação nesta Instituição, mediante comparação com os dados que obtivemos, em 2009, cujas variáveis foram explicitadas e analisadas em nosso Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco (2010), a saber: faixa etária dos usuários atendidos, tipo de violência sofrida, possível agressor.

A pesquisa de campo foi realizada com profissionais do HC/PE, cujos serviços especializados dizem respeito ao atendimento de crianças e adolescentes. Os profissionais que participaram de nossa pesquisa estão divididos da seguinte forma: médicos, enfermeiros,

⁵² Segundo Soriano (2004, p.69), com a utilização da análise bibliográfica é “possível obter informação útil para a realização do estudo, conhecendo diversas análises teóricas e abordagens conceituais do problema, aspectos ou facetas (comprovadas ou não), bem como procedimentos com os quais o pesquisador talvez não esteja familiarizado”.

assistentes sociais, psicólogos, da Maternidade e Centro Obstétrico, do Ambulatório e Puericultura, da Enfermaria de Pediatria e profissionais do setor de Serviço Social.

Como critério de inclusão dos profissionais que participaram da nossa pesquisa, definimos o que se segue: foram escolhidos apenas os que trabalhavam nos setores aludidos. Como o número de profissionais variava em cada setor, foram selecionados os que tinham mais de 02 anos de trabalho no HC/PE, nosso critério de exclusão.

De acordo com o resumo do quantitativo por cargo dos profissionais do HC/PE, no 2º quadrimestre / 2012 (maio-agosto), o número total de profissionais no referido Hospital, que compõem a população de nossa pesquisa, é o que se segue: 23 assistentes sociais, 172 enfermeiros, 209 médicos, 09 psicólogos, o que soma, então, 413 trabalhadores.

Contudo, o quantitativo de profissionais que participaram de nossa pesquisa foi de 12 entrevistados, pois interrogar esse enorme quantitativo seria tarefa inexecutável nesse curto período de tempo. Em contato direto com as chefias imediatas, levamos cartas de anuência para serem assinadas por elas, dando-nos a garantia necessária para iniciarmos nossa coleta de dados. Além disso, fizemos visitas aos setores que compuseram nossa pesquisa, apresentando aos profissionais os objetivos da nossa pesquisa, os benefícios e os possíveis riscos de participação, presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Escolhemos o questionário⁵³ semiestruturado como instrumento de coleta de dados, por entendermos que este deve ser “construído de acordo com uma metodologia sustentada no corpo da teoria, no marco conceitual do estudo, nas hipóteses que se pretende provar e nos objetivos de pesquisa”. (SORIANO, 2004, p. 157).

A fim de analisarmos as condições objetivas/subjetivas para a notificação da violência no HC/PE e dos direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência acionados a partir da notificação compulsória, para fins de prevenção, proteção, recuperação e promoção da saúde, utilizaremos como técnica a Análise de Conteúdo, respaldados numa análise qualitativa dos dados, buscando os significados, ultrapassando a mera descrição das mensagens, a fim de construir uma interpretação mais profunda, que ultrapasse o nível do senso comum e do subjetivismo. (MINAYO, 2010).

⁵³ Os questionários ficarão guardados sob a responsabilidade do pesquisador durante dois anos, posteriormente incinerados.

Como desfecho primário, fizemos a transcrição das respostas obtidas pelo questionário semiestruturado, a fim de manter e/ou transformar nossa hipótese inicial, validada ou não pelas etapas consecutivas. A exposição e construção dos argumentos – desfecho secundário – foram conectadas a elementos teóricos que fizeram parte do nosso quadro teórico-conceitual, somadas a outras necessárias reflexões.

Por nossa pesquisa ser pautada na participação de seres humanos no processo analítico, especificamente da práxis realizada numa instituição pública de saúde, submetemos nosso trabalho à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE).

Portanto, a fim de cumprir com as recomendações exigidas pela Resolução nº. 196/96 da Comissão de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do MS, regulamentadora de pesquisas que envolvem seres humanos, seguimos os trâmites necessários à realização de nossa coleta de dados.

Dessa forma, em 08 de agosto de 2012, submetemos uma cópia do projeto ao CEP/CCS/UFPE após aprovação da banca de qualificação; sendo por fim avaliado e aprovado em 22 de Outubro, conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº. 04571812.3.0000.5208, para darmos início à coleta de dados⁵⁴.

Vale considerar que antes do envio de nosso projeto ao CEP/CCS/UFPE, tivemos que emití-lo à Diretoria do Hospital das Clínicas de Pernambuco, pois a pesquisa seria realizada em alguns ambulatórios e enfermarias específicos. Apresentamos a esta Instituição: carta de apresentação do projeto assinada pelo pesquisador responsável, cópia do projeto de pesquisa, folha de rosto constando a UFPE como Instituição Proponente e o Centro de Ciências Sociais Aplicadas como Instituição Coparticipante, ofício do Programa de Pós-graduação sobre encaminhamento do discente, cópias da primeira folha do *Currículo Lattes* do pesquisador e orientador, cartas de anuência entregues posteriormente aos chefes dos setores envolvidos nesta pesquisa.

No que tange à pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Declaração de Helsinque (2000) e a Resolução 196/96, em seu capítulo IV, todo trabalho dessa natureza

⁵⁴Apresentamos no Anexo A o Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa referente ao relatório final de nossa coleta de dados.

deve considerar o respeito à dignidade humana, ou seja, processado após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si só e/ou representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Logo, a todos os profissionais partícipes da nossa população de estudo apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) em duas vias, ficando uma cópia com o participante e a outra sob os nossos cuidados.

Neste Termo estavam contidas informações sobre o objetivo geral da pesquisa, o tipo de instrumental de coleta de dados posteriormente aplicado, o compromisso do pesquisador em manter o anonimato e a confidencialidade dos participantes e de suas respostas etc.

Alertamos aos participantes a respeito dos mínimos riscos oferecidos pela pesquisa, relacionados a constrangimentos no ato das respostas ao questionário semiestruturado, contudo minimizados através do esclarecimento dos objetivos e benefícios deste trabalho científico. Indicamos no TCLE que os benefícios relacionados à participação dos entrevistados seriam o de contribuir com a melhoria nos serviços socioassistenciais prestados a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica/intrafamiliar demandantes do HC/PE, assim como com a discussão teórico-metodológica acerca desta temática. Já os pertinentes ao pesquisador ficaram circunscritos ao acesso a elementos necessários ao término da pesquisa e pelo enriquecimento teórico e metodológico sobre o temário.

Ainda sobre documentos indispensáveis à concretização de pesquisas com seres humanos, levamos um Termo de Consentimento de uso do banco de dados do setor de Serviço Social das Ações de Enfrentamento às Violências do Hospital das Clínicas de Pernambuco, assinado pela profissional responsável por tal espaço, assim como um Termo de Compromisso para utilização desse banco de dados, o qual foi assinado pelo pesquisador⁵⁵.

⁵⁵ Não colocamos esses documentos em anexo a fim de deixar em anonimato o profissional que nos deu permissão para utilizar o banco de dados.

3.4 A Notificação Compulsória da Violência no Hospital das Clínicas de Pernambuco: Análise dos Dados da Pesquisa de Campo

O quantitativo de profissionais que participaram de nossa pesquisa foi de 12 entrevistados. A forma de recrutamento desse público se deu através de contato direto com as chefias imediatas (levando cartas de anuência para serem assinadas por elas). Além disso, fizemos visitas aos setores que compuseram nossa pesquisa, durante as quais apresentamos aos profissionais os objetivos da nossa pesquisa, os benefícios e os possíveis riscos de participação, presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em todos os Serviços abaixo listados optamos por aplicar um questionário semiestruturado:

- No Centro Obstétrico a:
 - 01 Enfermeiro, 01 Assistente Social, 01 Médico⁵⁶.
- Na Enfermaria de Pediatria a:
 - 01 Enfermeiro, 01 Assistente Social, 01 Psicólogo⁵⁷.
- No Ambulatório de Puericultura a:
 - 02 Médicos, 01 Enfermeiro⁵⁸
- Na Maternidade a:
 - 01 Enfermeiro, 01 Assistente Social, 01 Psicólogo.

Adentrando na análise dos dados adquiridos mediante aplicação de nosso questionário semiestruturado, daremos início à apresentação das informações fornecidas por nossos entrevistados, demonstrando o perfil dos profissionais que participaram de nossa pesquisa. No

⁵⁶ Não obtivemos retorno do questionário por parte deste profissional. Ademais, recebemos 01 questionário em branco, também da categoria médica.

⁵⁷ Não obtivemos êxito no recrutamento de um médico deste setor para participar de nossa pesquisa.

⁵⁸ O Serviço Social é demandado nos ambulatórios quando se faz necessário a intervenção de assistentes sociais inseridos no plantão do Serviço do HC/PE.

primeiro bloco de perguntas, de um modo geral, as principais características de nossa população analisada são:

- Predominantemente, os participantes foram do sexo feminino (11 mulheres), distribuídos por categorias profissionais da seguinte forma: 02 Médicas do Ambulatório de Puericultura; 04 Assistentes Sociais; 05 Enfermeiras; grupo com idade entre 26 e 60 anos.
- Em relação à ‘Instituição e ao ano em que se graduaram’, obtivemos as informações que 08 delas formaram-se na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), uma na Universidade de Pernambuco (UPE) e uma na Faculdade Frassinetti do Recife (FAFIRE), nos anos compreendidos entre 1978 e 2007. No que diz respeito à ‘Pós-graduação’, identificamos que a Especialização foi a resposta mais recorrente (08), seguida por Mestrado (02) e Doutorado (01) – as áreas estão especificadas no quadro a seguir.
- No que se refere ao ‘tempo exercido na profissão’, a média varia entre 02 anos e 09 meses a 34 anos; e ao ‘tempo de trabalho no HC/PE’ de 02 anos e 09 meses a 21 anos.
- A respeito das informações do único participante do sexo masculino aferimos que este é formado em Psicologia, tem 50 anos, graduado pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (FACHO), no ano de 1987, possui especialização em Psicologia Hospitalar, com o tempo exercido na profissão de 20 anos, período integral trabalhado no HC/PE.

Quadro 02 – Perfil dos Entrevistados no HC/PE

Profissão	Sexo	Idade	Instituição e ano em que se graduou	Pós-graduação e Área	Tempo exercido na profissão	Tempo de Trabalho no HC/PE
Assistente¹ Social I	Feminino	47 anos	UFPE, 1988	Especialização Saúde Pública e	22 anos	20 anos

**Quadro 02 – Perfil dos Entrevistados no HC/PE
(Continuação)**

				Serviço Social		
Assistente Social II	Feminino	43 anos	UFPE, 1994	Especialização Saúde Hospitalar	18 anos	18 anos e 03 meses
Assistente Social III	Feminino	26 anos	UFPE, 2007	Mestrado em Serviço Social	05 anos e 01 mês	02 anos e 09 meses
Assistente Social IV	Feminino	49 anos	UFPE, 1986	Especialização Serviço Social	27 anos	21 anos
Enfermeiro C.O.B	Feminino	33 anos	UFPE, 2006	Residência Saúde da Mulher	07 anos e 04 meses	02 anos e 03 meses
Enfermeiro Puericultura	Feminino	41 anos	UPE, 1992	Especialização Materno-infantil	20 anos	07 anos
Enfermeiro Pediatria	Feminino	34 anos	FUNESO, 2009	Especialização Saúde da Família, Saúde da Criança e do Adolescente	02 anos e 09 meses	02 anos e 09 meses
Enfermeiro Maternidade	Feminino	55 anos	(Questão em Branco)	Especialização em Saúde Pública	34 anos	29 anos
Médico I Puericultura	Feminino	60 anos	UFPE, 1978	Mestrado Pediatria	34 anos	19 anos

**Quadro 02 – Perfil dos Entrevistados no HC/PE
(Continuação)**

Médico II Puericultura	Feminino	52 anos	UFPE, 1985	Doutorado	28	17
Psicólogo Maternidade	Feminino	42 anos	FAFIRE, 2002	Especialização (Residência) Saúde Mental	11 anos	03 anos
Psicólogo Pediatria	Masculino	50 anos	FACHO, 1987	Especialização Psicologia Hospitalar	20	20

Fechando esse bloco de perguntas, indagamos a ‘faixa etária das crianças e/ou adolescentes atendidos’, sendo possível a marcação de mais de uma opção, caso julgassem necessário. 08 dos interrogados atendem na faixa etária de 0-4 anos e 05-09 anos; 07 entre 10-14 anos; e 06 na idade compreendida entre 15-18 anos.

A classificação de acordo com a normativa presente no ECA do “ser criança” e do “ser adolescente” designa criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos. Contudo, o setor saúde difere dessa concepção encontrada na referida Lei. A OMS diz que a adolescência vai dos 10 aos 20 anos incompletos. Já pelo Código Civil Brasileiro, atinge-se a maioridade aos 18 anos, entretanto, é permitido votar a partir dos 16 anos. A Convenção Internacional dos Direitos da Criança, em seu art. 1º considera como criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade, a não ser que, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes (MIRANDA, 2010).

Em seu artigo, Tarquette (2010) versa sobre as questões éticas no atendimento de adolescentes nos espaços de saúde, conforme distintos marcos legais que caracterizam de forma também diversa o “ser” adolescente e o “ser” adulto e a conduta dos profissionais no exercício de sua profissão junto aos púberes.

A heterogeneidade dos marcos legais na definição da faixa etária do que é ser adolescente ou adulto, segundo a autora, interfere na conduta do trabalhador da saúde quando este se depara com demandas de adolescentes, assim como na garantia de alguns direitos dos púberes: autonomia, privacidade, confidencialidade, dentre outros. Confunde ainda o adolescente, “que às vezes se vê diante de tratamentos diferentes para situações semelhantes, dependendo da idade.” (idem, p. 07).

A relação médico-paciente é ressaltada pela diferença de conduta que deve ser tomada em relação à criança e ao adolescente. Referente à criança, a relação acontece de profissional-responsável para criança. Já no atendimento ao adolescente, a intervenção passa a ser uma relação profissional-adolescente, visto que esse sujeito, num atendimento de serviço de saúde, goza do direito à saúde, à liberdade e de ser atendido também particularmente, pois em momentos como este ele pode se sentir mais seguro de relatar o fato ocorrido.

No que diz respeito à violência, Tarquette menciona que a violência estrutural, a pobreza e as consequentes desigualdades de acesso a bens, serviços e oportunidades implicam o descumprimento dos direitos de crianças e adolescentes. Tratando-se da notificação da violência, a autora apresenta o artigo 13º do ECA e confere ao Conselho Tutelar a tarefa de acionar os serviços públicos das entidades responsáveis pela garantia de direitos, assim como de atender, acompanhar e aconselhar a família, a criança ou o adolescente.

Vê-se, então, que essa pluralidade de definições da infância e adolescência pode aumentar as dificuldades no atendimento à saúde desse público, obstaculizando o acesso aos demais direitos (TARQUETTE, 2010). E podemos perceber ainda que o Estatuto da Criança e do Adolescente não é a norma estatutária de referência para a materialização do atendimento do direito à vida e à saúde, para o enfrentamento de tudo o que impede a não garantia do desenvolvimento dessa parcela populacional em condições dignas de existência, pois como assevera Fonseca (2011, p. 43) “o direito à vida é direito absoluto, oponível a todos, inalienável e *erga omnes*”.

No segundo bloco de perguntas, especificamos o temário sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, com questões que vão desde o conhecimento dessa Lei estatutária à informação de dois artigos relacionados à comunicação à rede de proteção sobre violências perpetradas em crianças e adolescentes (art. 13) e à sanção sofrida caso não ocorra o cumprimento dessa prerrogativa (art. 245).

Iniciamos indagando se os entrevistados já haviam utilizado o Estatuto durante sua intervenção profissional, obtendo como resultado positivo: categoria médica, assistentes sociais e apenas 01 enfermeiro pertencente ao Ambulatório de Puericultura. Por outro lado, os psicólogos interrogados, assim como três enfermeiros (Centro Obstétrico, Pediatria, Maternidade), não empregaram tal Lei durante seu exercício profissional.

Complementamos a pergunta dos que afirmaram positivamente sobre o emprego do ECA em sua intervenção laboral, solicitando que fosse descrita a ação interventiva, cujas respostas estão transcritas⁵⁹ abaixo:

“[...] era relativamente frequente acionar a polícia (inicialmente) ou o conselho tutelar para garantir os direitos e a integridade de pacientes pediátricos” (Médico I, Ambulatório de Puericultura).

“Para tirar dúvidas em relação a direitos e deveres dos adolescentes e crianças; mostrando aos pais o ECA; em palestras em escolas” (Médico II, Ambulatório de Puericultura).

A primeira resposta remete à utilização do Estatuto sobre o respaldo legal de acionamento de agentes da rede de proteção, a fim de que fosse preservada a integridade física da criança/adolescente atendido, tomadas as providências cabíveis de proteção – sendo acionada a Gerência da Polícia da Criança e do Adolescente (GPCA), e o Conselho Tutelar, responsável pelo recebimento de denúncia das violações de direitos desse segmento geracional. A resposta subsequente demonstra uma ação de enriquecimento formativo por parte do profissional, ao utilizar o ECA como um meio de conhecer os direitos e deveres do público a quem se destina, e, além disso, evidencia um agir pedagógico no momento em que essa Lei estatutária é utilizada com os pais e em palestras escolares que tenha realizado em outro momento.

Dentre os enfermeiros que afirmaram fazer uso do Estatuto durante o atendimento a crianças e adolescentes, a resposta dada foi a seguinte:

⁵⁹ Transcreveremos integralmente grande parte das respostas dos entrevistados. Em alguns momentos, aglutinaremos as informações que se assemelham.

“Como Enfermeira, sempre disponibilizo a ficha de notificação para o atendimento, porém pessoalmente nunca notifiquei.”

É perceptível na resposta deste profissional que houve um entendimento equivocado da pergunta presente em nosso questionário. Contudo, por ora, podemos sinalizar o não atendimento do que regem o artigo 13 do Estatuto – em relação à obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou de confirmação de violências infanto-adolescente – e a Portaria 1968/2001 – compromisso de todo profissional de saúde do SUS com a notificação compulsória da(s) violênci(a)s cometida(s) em crianças e adolescentes. Isso implica, portanto, em obstáculos à efetivação dos demais direitos voltados à proteção, promoção e defesa da vida dos vitimizados e demais entes.

Concluindo a exposição deste segundo conjunto de perguntas, apresentamos a seguir as respostas das Assistentes Sociais sobre a utilização do ECA no atendimento aos usuários e dentre eles as vítimas de violências demandantes de serviços socio sanitários do HC/PE:

“Para esclarecer e sensibilizar as famílias das crianças e adolescentes sobre os encaminhamentos para a rede de serviços sociais; para justificar encaminhamentos de casos para a rede protetiva; para sensibilizar profissionais da Instituição sobre a importância da notificação dos casos suspeitos e confirmados; para facilitar a discussão da violência com usuários” (Assistente Social I).

Nessa resposta, o Estatuto é referência normativa para fins de compreensão da família acerca dos direitos da infância e adolescência, tratando-se, pois, de uma ação dimensionada ética e politicamente por tal profissional. Ademais, a utilização desta Legislação prestou-se à afirmação da positividade legal das redes de serviços sociais e de proteção de crianças e adolescentes, através do enriquecimento teórico-metodológico, que subsidia a categoria na criação de estratégias para o atendimento às demandas apresentadas. Outra forma de ação pautada pelo ECA deu-se em interação com outros profissionais do HC/PE a respeito da

importância da notificação de violências suspeitas ou confirmadas perpetradas em tais segmentos geracionais, entendida [a notificação] enquanto cumprimento de um dever ético que desdobra-se em outros tantos direitos presentes nas políticas públicas de educação, assistência social, etc., o que denota a dimensão técnico-operativa de sua intervenção.

Dando sequência à apresentação das informações das Assistentes Sociais, a seguir encontram-se mais duas respostas:

“Nos casos da mãe/família que quer levar o recém-nascido do Hospital sem que o mesmo esteja de alta. Cito o ECA para a família entender a impossibilidade” (Assistente Social II).

“O ECA pauta toda a intervenção profissional, desde o atendimento a adolescentes em situação de parto, etc., até o atendimento às necessidades da criança que nasce e recebe cuidados (recém-nascidos) neste Hospital. As principais questões do dia-a-dia são relativas ao acompanhamento em instituição de saúde de adolescentes internadas, orientações sobre direitos sociais e benefícios específicos, observação e acompanhamento de casos de violência, principalmente, sexual e negligência/abandono” (Assistente social III).

Na resposta da *Assistente Social II* é relatado um fato ocorrido no cotidiano de trabalho – a retirada do recém-nascido antes que o mesmo esteja seguramente liberado para receber alta. Os direitos previstos no art. 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente preconizam a seu público-alvo proteção à vida e à saúde, nascimento e desenvolvimento sadios e condições dignas de existência, mediante políticas sociais públicas. Esse dispositivo diz respeito, portanto, à sobrevivência digna, ao direito reconhecido pela sociedade e pelo Estado. Não poderia ser de outra forma, pois tais conjuntos populacionais são seres em desenvolvimento, devendo ter uma prioridade de existência incorruptível. Como aponta Fonseca (2011), essa ótica estatutária prevê também adequada proteção ao nascituro, assegurada pelo atual Código Civil de 2002, no art. 2º: “A personalidade civil da pessoa

começa do nascimento com vida; mas a lei a põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”. Logo, a *impossibilidade de levar o recém-nascido do Hospital antes da alta* relatada por tal profissional é norteadada pela segurança, proteção e zelo pela vida dos bebês.

Tal concepção dos cuidados e proteção aos recém-nascidos também é salientada na resposta da *Assistente Social III*, na qual encontra-se também mencionado o direito assegurado à gestante, através do SUS, ao atendimento pré e perinatal (art. 8º do ECA). No acompanhamento às adolescentes internadas, a mencionada profissional intervém orientando-as sobre seus direitos⁶⁰. Nos demais parágrafos do citado art. 8º estão definidos outros direitos de gestantes, a saber:

§ 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema;

§ 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo médico que a acompanhou na fase pré-natal;

§ 3º Incube ao poder público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem;

§ 4º Incube ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal (**redação da pela lei 12010 de 2009**);

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção (**introduzido pela lei 12010 de 2009**) (Estatuto da Criança e do Adolescente. In: Miranda, 2010, p. 52).

Ainda na informação dada pela *Assistente Social III*, percebemos que sua intervenção ocorre também no atendimento, através do acompanhamento a vítimas de violências, nas expressões sexual e negligência/abandono. Em relação à primeira tipologia de violência, esta ocorre com maior frequência em setores do HC/PE como maternidade, centro obstétrico, nos quais, principalmente, adolescentes com idade inferior a 14 anos, que já exerceram atividade sexual e encontram-se gestantes, recebendo assistência pré e perinatal. Nesses casos,

⁶⁰ Dentre as inúmeras ações socioassistenciais do Assistente Social nos serviços de saúde, podemos mencionar a democratização das informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos da população usuária (BRASÍLIA, 2010).

denominados de “crimes sexuais contra vulnerável”, ou seja, a indução de alguém com idade inferior a 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem⁶¹, ocorrem a notificação da violência sofrida pela adolescente à rede de proteção de crianças e adolescentes. Nessa relação é levado em consideração o consentimento dado pelo púbere, através do qual subentende-se que não houve constrangimento, violência ou grave ameaça – características do estupro, encontradas no art. 213 do Código Penal Brasileiro.

Por fim, a informação fornecida pela *Assistente Social IV* que diz utilizar o Estatuto da Criança e do Adolescente “*para citar em relatórios sociais – encaminhamentos para a rede socioassistencial e de saúde (PSF, Secretaria de Saúde...)*”, aponta a conduta que deve ser tomada por assistentes sociais e demais trabalhadores no âmbito da saúde no encaminhamento de providências para que sejam prestados serviços socio sanitários em outros espaços de saúde ligados ao SUS.

Dando sequência às demais questões do segundo bloco de perguntas, os entrevistados foram interrogados sobre o conhecimento dos art. 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Vale salientarmos que na construção dessas perguntas o nosso intuito não foi o de por os profissionais à prova, como se eles precisassem descrever integralmente o prescrito em ambos os artigos, tanto que sinalizamos sinteticamente no questionário semiestruturado o preconizado em tais cláusulas. Todavia, a familiaridade com determinada Lei estatutária, conseguida através de consultas sistemáticas a ela, deve ter por objetivo o fornecimento de subsídios legais aos profissionais na execução de ações laborais no atendimento a crianças e adolescentes, sendo, portanto, normativa indispensável ao acionamento e defesa dos direitos da infância e adolescência.

As alternativas para esse quesito foram: a) Sim (pedimos que fosse acrescentado o que o profissional ainda conhecia sobre o artigo); b) Sim (mas sabiam apenas o descrito por nós); c) Não; d) não soube informar.

Do total de profissionais, apenas 01 respondeu positivamente complementando a informação com o que ainda conhecia sobre o art. 13 do ECA⁶²; 08 afirmaram que conheciam

⁶¹ De acordo com a Lei 12.015, de 07 de agosto de 2009.

⁶² A *Assistente Social II* não respondeu conforme a pergunta, apenas sinalizou que conhecia o artigo, e afirmou que quando necessita de informações sobre direitos de crianças e adolescentes as procura no ECA, que fica sobre sua mesa de trabalho, consultando-o sempre que necessário. Assim como o *Médico Puericultura II* que afirmou consultar o Estatuto ou tirar dúvidas com alguém do serviço em relação ao encaminhamento do caso.

apenas o descrito no questionário; e 01 alegou não conhecê-lo. A *Assistente Social I* discorreu sobre seu conhecimento acerca do referido artigo. Eis a informação prestada por ela:

“É o que o artigo recomenda: o encaminhamento dos casos suspeitos. Significa que o profissional não precisa ficar com “crise de consciência”, caso o fato não seja confirmado, porque o papel da saúde é de identificar e notificar e não se acercar ou averiguar a verdade do fato, porque isso é papel da rede protetiva. Ele [o artigo] também deixa clara a possibilidade de se encaminhar o caso para outras políticas, como: saúde, educação, habitação, justiça. Não precisa ficar restrita ao Conselho Tutelar, que não tem condições de sozinho, dar conta de tudo”.

Vê-se claramente o amplo conhecimento desta profissional acerca da compulsória comunicação ao Conselho Tutelar dos casos de suspeita ou confirmação de violências que envolvam crianças e adolescentes. Ademais, é importante ressaltar o esclarecimento do papel do setor saúde no enfrentamento aos “maus-tratos” a tais segmentos etários, cuja ação inicial/emergencial compreende a assistência aos cuidados à saúde, todavia, não restringindo-se a ela, devendo, sempre que necessário, ser concomitantemente acionados os demais direitos da infância e adolescência, através do compartilhamento de responsabilidades à rede de proteção às vítimas, familiares, agressor. Trata-se, dessa forma, de uma prática que não deve ser assemelhada à ação investigativa da justiça, das gerências de polícia da criança/adolescente e demais sujeitos da rede protetiva.

Ao mencionar “a possibilidade de se encaminhar o caso para outras políticas” podemos atrelar às outras providências legais que podem ser tomadas sem prejuízo, além da obrigatória comunicação ao Conselho Tutelar (art. 13º). A rigor, como esclarece Fonseca (2011, p.48) “[...] o art. 13 do ECA é outra das providências decorrentes do art. 5º da lei estatutária, o qual veda qualquer violência, crueldade ou opressão contra crianças e adolescentes.”

Em relação às informações do conhecimento por parte dos entrevistados acerca do art. 245 do ECA, obtivemos o seguinte resultado: 04 profissionais responderam que sim e

acrescentaram o que ainda conheciam sobre essa cláusula: *Assistentes Sociais I, II⁶³ e IV, Médico Puericultura II, Psicólogo Pediatria*. 03 deles afirmaram conhecer apenas o descrito por nós no questionário: *Assistente Social III, Médico I Puericultura, Psicólogo Maternidade*. Por fim, os profissionais de psicologia assinalaram não conhecer tal artigo.

Como salientamos no decorrer deste capítulo, tal artigo indica a sanção ao profissional não cumpridor da compulsória comunicação à autoridade competente sobre casos suspeitos ou confirmados de violência infanto-adolescente que venha a ter conhecimento. Além disso, fizemos menção à infração administrativa e à consequência ao médico, professor ou responsável por estabelecimento de saúde que deixa de realizar essa notificação, ou seja, multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência, assim como consta no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Credita-se aos profissionais que compõem essas áreas de saúde e educação o primeiro contato com as vítimas, colocando-os num lugar privilegiado na identificação desses casos. Especificamente ao médico, delega-se lugar privilegiado no atendimento aos atingidos pelas variadas expressões da violência, isto porque, *a priori*, demandam-se cuidados emergenciais, curativos, indispensáveis a recuperação da saúde (DESLANDES e GOMES, 2005; FONSECA, 2011).

Em pesquisa ao *site* da Universidade Federal de Pernambuco, investigamos na página do Centro de Ciências da Saúde a grade curricular ofertada aos discentes do curso de medicina, a fim de identificarmos se durante a formação acadêmica lhes são ofertadas disciplinas sobre o temário da violência em segmentos mais vulneráveis, nesse caso, o de crianças/adolescentes. Aferimos que, dentre os 12 períodos de graduação, apenas no 5º aparece a temática da criança e do adolescente, ofertada na disciplina “Assistência à criança” e “Assistência ao adolescente”⁶⁴. Logo, a ausência de uma discussão teórica *lato sensu* sobre a violência infanto-adolescente reflete-se na dificuldade dos profissionais dessa área na identificação, comunicação com a rede de proteção, articulação com demais políticas públicas. Luna, Ferreira e Vieira (2010) evidenciam certa subestima por parte dos profissionais de saúde no tocante ao diagnóstico, à prevenção, cujo atendimento são

⁶³ Novamente essa profissional não respondeu de acordo com nossa pergunta, mesmo havendo marcado que conhecia esse artigo.

⁶⁴ Vide a grade curricular do curso de medicina através do endereço eletrônico: <http://www.ufpe.br/medicina/index.php?option=com_contentview=articleid=437eItemid=174>.

frequentemente voltados às ações curativas, clínicas, emergenciais. Tais elementos incidem em obstáculos ao cumprimento da notificação compulsória das violências exercidas em crianças e adolescentes, fator, dentre outros, que resulta em subnotificações.

No terceiro conjunto de quesitos – ‘Atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica/intrafamiliar’ – iniciamos indagando a concepção dos entrevistados acerca da violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente. Cabe mencionar que criamos esta pergunta a fim de analisá-la ancorados no conceito formulado por Saffioti (2000), indicado no Capítulo II, no item 2.1 ‘Violência Doméstica/Intrafamiliar contra crianças e adolescentes: conceitos, expressões’. Iniciaremos evidenciando as respostas das Assistentes Sociais intercalando-as com as reflexões necessárias à luz da referida autora.

A informação gerada pela *Assistente Social I* não contemplou nossa questão, por não estar explícito o que a mesma entende ser a violência doméstica/intrafamiliar cometida em crianças e adolescentes: “*Consiste em caracterizar esse tipo de violência que é naturalizada pela cultura e que gera sofrimento e adoecimento em populações vulneráveis. Outra questão é que dá visibilidade à importância da ação do Estado nesse processo que é de intervenção pública*”. Contudo, a profissional demonstrou o entendimento de que essa violação de direitos precisa ser problematizada, posta em xeque a construção cultural da utilização da violência em populações-alvo (mulheres, idosos, crianças/adolescentes), mencionando ainda a intervenção estatal no enfrentamento das expressões da violência, porquanto problema de saúde pública.

Da mesma forma, a resposta dada pela *Assistente Social IV* não coincidiu com nossa interrogativa. Esta expressou que “*a violência está intimamente ligada a questões sociais originadas desta sociedade capitalista. É fruto da negação de direitos básicos, acesso à educação, saúde, trabalho, alimentação... Está presente numa sociedade que coisifica as pessoas...*”. Todavia, podemos perceber que há nesta informação a vinculação da violência às desigualdades provocadas pela sociedade capitalista, sociabilidade na qual as pessoas são transformadas em rivais, em entes “estranhos”, em “coisas” (FRAGA, 2002).

Já a *Assistente Social II* definiu esse fenômeno como a “*Ação praticada por pessoas do convívio da criança e do adolescente*”. Tal concepção reduz o conjunto de pessoas envolvidas na concretização da violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente àquelas do convívio dos infantes e púberes. Cabe lembrar que Saffioti entende que essa prática

extrapola os limites do grupo familiar, sendo perpetrada por entes consanguíneos e/ou afins, por parte da família nuclear, por grupos parentais que habitam em outros domicílios.

Fechando o ciclo de respostas das Assistentes Sociais, a informação cedida pela *Assistente Social III* exemplifica algumas expressões da violência praticada contra crianças e adolescentes, alegando que esse fenômeno pode ocorrer combinado a variadas formas. Concernente à sua concepção de violência doméstica/intrafamiliar, tal profissional conseguiu apontar que essa prática se expressa por entes consanguíneos e/ou afins nas relações interpessoais, podendo ser perpetrada também por grupos com vínculos parentais da vítima:

“É um conceito que se refere a qualquer ato de abuso, coerção, constrangimento, etc., que cause danos à outra pessoa. Essa pode se dar na forma de negligência/abandono, de danos físicos, psicológicos, abuso sexual ou combinando mais de uma dessas formas. A especificidade do conceito doméstica/intrafamiliar refere-se a todo ato praticado (de violência) dentro do contexto familiar, nas relações familiares, seja nuclear ou extensa”
(Assistente Social III).

Prosseguindo com a exposição do questionamento acerca do entendimento dos profissionais do que vem a ser a violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente, apresentaremos as informações fornecidas pelo *Psicólogo Pediatria* e *Psicólogo Maternidade*, respectivamente.

A concepção do primeiro foi resumida às tipologias dos “maus-tratos” praticados em crianças e adolescentes: “*negligência/abandono; abusos físicos; abuso sexual; abuso psicológico.*” Logo, os agentes [agressores] concretizadores desses tipos de violências não foram mencionados. Ressaltamos a importância da caracterização dos agressores, visto que o setor saúde deve gerar informações precisas às instâncias responsáveis pelo fornecimento dos dados sobre as notificações de caráter compulsório, a fim de que sejam criadas ações de prevenção, promoção e proteção aos segmentos mais vulneráveis a essas práticas.

A compreensão do *Psicólogo Maternidade* foi circunscrita a “*todo ato de agressão física ou psicológica e/ou violação dos direitos praticados por pessoas da família ou do meio*

privado de convívio.” Entendimento semelhante à resposta do *Psicólogo Pediatria* e do *Médico I Puericultura*, esta descrição considerou dois exemplos de violência infanto-adolescente, ou seja, as incidências de atos violentos. Além disso, a declaração do profissional da maternidade nos conduz a refletir que houve uma separação entre as referidas expressões da violência e a violação de direitos. Sendo que a violência configura-se como uma violação de direitos da infância e adolescência dessas populações detentoras de direitos à vida, à saúde, etc.; sujeitos que não devem ser expostos a quaisquer atos que lhes causem prejuízos ao seu desenvolvimento físico, moral, mental, espiritual e social, assim como indica o ECA em seus artigos 4º e 5º.

As informações fornecidas pelos participantes *Enfermeiros* e pelo *Médico II Puericultura* assemelharam-se às do *Psicólogo Pediatria*, ou seja, foram mencionados as “maus-tratos” ocorridos na realização da violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente, sem contudo, vinculá-las aos sujeitos desencadeadores desses atos.

A próxima seção de perguntas ainda vinculadas ao terceiro bloco foi voltada aos questionamentos acerca da identificação, notificação da violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente, conduta dos profissionais pós-notificação, concepção sobre o ato de notificar, dificuldade(s) no diagnóstico, oferta da temática durante a formação acadêmica, respaldo ético da denúncia do referido tipo de violência.

Tabela 01 – Suspeita de caso de violência doméstica/intrafamiliar

Já suspeitou de caso de violência doméstica/intrafamiliar contra criança e adolescente?	Número de profissionais
Sim, uma vez	01
Sim, mais de uma vez	09
Não	02

Os profissionais que responderam o item “sim, mais de uma vez” foram: *Assistentes Sociais I/III/IV*, *Médicos I/II Puericultura*, *Enfermeiros Pediatria/Puericultura/C.OB*, *Psicólogo Maternidade*. Os respondentes da opção “não” foram o *Assistente Social* e o *Enfermeiro*, ambos da Maternidade.

Aos respondentes dos itens “sim” e “sim, mais de uma vez” interrogamos qual(is) a(s) conduta(s) tomada(s) após a suspeita. A tabela abaixo representa as respostas mais frequentes:

Tabela 02 – Conduta dos profissionais após suspeita do caso de violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente

Qual(is) a(s) conduta(s) adotada(s) (caso julgue necessário, assinale mais de uma alternativa) após suspeita?	Número de profissionais
Comunicou-se com o chefe do setor	03
Comunicou-se com algum colega de profissão	10
Conversou com o acompanhante (pais e/ou responsável)	09
Conversou com a vítima em particular	04
Entrou em contato com o Serviço Social	07

De acordo com a tabela acima, podemos perceber que a conduta predominantemente tomada pós-notificação da violência foi a *comunicação dos entrevistados com outros colegas de profissão*. Destarte, a inter-relação ocorre com frequência entre os profissionais quando o caso de violência está em fase de suspeita, importante momento em que os saberes particulares de áreas específicas e afins são articulados. Essa interdisciplinaridade e esse exercício multiprofissional no enfrentamento às violências devem ser praticados sistematicamente, desde a suspeita ao diagnóstico, do tratamento curativista às demais ações socioassistenciais, salvaguardadas as matérias de intervenção de cada categoria profissional.

Gonçalves e Ferreira (2002) asseveram que a atuação que visa minorar a utilização da violência contra esse grupo etário deve-se pautar em ações interdisciplinares, coordenada por diversos setores: “nesse sentido, a notificação coloca para fora dos limites do serviço de saúde o problema ali detectado e convoca parcerias cuja ação tem-se mostrado imprescindível na área”. A notificação, neste caso, pode desencadear um processo de investigação no interior da

família a respeito de seu cotidiano, portanto, se torna imprescindível para, se for o caso, uma futura decisão jurídica (idem, p. 03).

Tal processo de investigação acionado a partir da notificação não cabe aos profissionais de saúde, como esclarecido na assertiva supracitada. Nesse processo, a investigação não deve ser compreendida como ação polícial, punitiva, tendo como fim a criação de provas. O cotidiano familiar de crianças/adolescentes vítimas de violência frequentemente é marcado pela lógica do uso da força física, do poder de mando, de inferioridade, coisificando e tornando objeto tais sujeitos. Tais situações são caracterizadas num contexto econômico, social, político e cultural específico. Não esqueçamos, obviamente, das subjetividades nas inter-relações estabelecidas por atos violentos. Sendo assim, mediações precisam ser consideradas na “investigação” do cotidiano familiar da vítima de violência.

Outra conduta corriqueiramente adotada diz respeito à *conversa com o acompanhante (pais e/ou responsável)*, prática realizada pelos profissionais. Eis um dos grandes desafios deparados cotidianamente nos espaços de saúde pública: a interação entre os profissionais e os conducentes das vítimas. Momento este em que, na maioria dos casos, o trabalhador encontra-se diante do possível e/ou confirmado agressor, sendo o pai e/ou a mãe apontados como principais perpetradores da violência doméstica/intrafamiliar (GUERRA, 2001). O medo de sofrer represália e/ou ameaças por parte do agressor permeia as decisões do profissional, levando-o, por vezes, a não publicizar à rede de proteção o caso identificado, mesmo compreendendo que está diante de uma violação de direitos da criança/adolescente. Conseqüentemente, a notificação não ocorrerá, deixando então que sejam fornecidos dados caros à construção de perfis epidemiológicos aproximativos à realidade brutal dos casos de violências cometidos em crianças e adolescentes.

Outro possível entrave originado na interação entre trabalhadores da saúde e parentes e/ou responsáveis por crianças/adolescentes vítimas de violências é a fidedignidade do relato do fato ocorrido, ou seja, pode ocorrer escamoteamento das reais causas da concretização da violência, criação de estórias fantasiosas que culpabilizem o infante ou o púbere, geração de justificativas à sua utilização. Isso, por vezes, pode ocorrer porque o acompanhante tem receio de sofrer algum tipo de advertência durante o atendimento, visita do Conselho Tutelar, envolvimento com a Justiça, etc.

Por isso, cabe ao trabalhador da saúde o exercício da escuta ativa de todas as partes envolvidas na interação que gerou a violência: a vítima, o agressor – caso seja o acompanhante – e os demais entes da família. Não é seu papel a investigação do caso, mas sim o acionamento dos demais sujeitos componentes da rede de proteção, a fim de que sejam executadas ações de proteção e promoção de uma cultura de não utilização de atos violentos nas inter-relações entre os familiares.

O *contato com o Serviço Social* aparece como a terceira conduta assiduamente assumida pelos interrogados ao identificar os “maus-tratos” em infantes e púberes, com exceção da *Assistente Social II e III, Médico I Puericultura, Enfermeiros Maternidade e Puericultura*.

O Serviço Social no espaço institucional de saúde está voltado para a mediação instituição/usuário, tendo como instrumentos norteadores o Código de Ética do Assistente Social de 1993, o Projeto Ético-Político, a defesa da política de saúde – SUS (Sistema Único de Saúde) -, a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) e o SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

Nesse processo de mediação, desenvolvem ações⁶⁵ assistenciais, em equipe, socioeducativas, educação em saúde, mobilização, participação e controle social, de investigação, planejamento e gestão, encaminhamentos e monitoramentos. O objetivo da profissão na área da saúde consiste, de acordo com o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” (2009, p.12), na “compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões”.

Tanto neste lócus quanto em outro onde esteja presente o assistente social, se faz necessário que a intervenção deste trabalhador esteja ancorada num “fazer” crítico, reflexivo e propositivo. Em particular, no atendimento às vítimas de violência nos setores da saúde, esse movimento teórico-metodológico deve ser levado em consideração na busca de um atendimento/intervenção qualificado, assim como está disposto no Código de Ética do Assistente Social de 1993, nos Princípios Fundamentais: “compromisso com a qualidade dos

⁶⁵ A respeito do detalhamento das características de tais ações profissionais, cf. o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”. (BRASILIA, 2009).

serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Ademais, também está presente no referido Código o agir profissional pautado na solidariedade das relações dos assistentes sociais com outros profissionais. De acordo com o art. 10 – São deveres do assistente social: **“a) ser solidário com outros profissionais, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos contidos neste Código”** (Barroco e Terra, 2012, p. 190).

O compromisso do assistente social com as demais categorias nos espaços sócio-ocupacionais de distintas áreas representa prerrogativa na inter-relação entre os trabalhadores, no auxílio mútuo às respostas para o atendimento das demandas. Como bem elucidam Barroco e Terra (idem), essa solidariedade deve estar presente na ação profissional, na perspectiva da qualificação mútua e no amparo às dificuldades do outro, valores contrários aos princípios do individualismo, egoísmo, supervalorização de uma categoria em relação às demais.

No atendimento às vítimas de violências demandantes dos serviços de saúde, os assistentes sociais são os profissionais que, devido a sua formação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operacional, devem atuar pela *defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; em favor da equidade e justiça social, que segure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática*, dentre outros Princípios Fundamentais presentes no Código de Ética do Assistente Social, de 1993.

A *comunicação com o chefe do setor* foi referenciada por 03 dos entrevistados: *Assistente Social IV, Enfermeiro C.O.B, Psicólogo Pediatria*. Por vezes, os profissionais recorrem aos chefes imediatos a fim de comunicarem a violência ainda em fase de comprovação, solicitando-lhe o acionamento da equipe multiprofissional para o estudo do fato ocorrido. Ademais, pode também ser procurado e interrogado se a publicização do caso às autoridades competentes configura quebra de sigilo, se a instituição dará respaldo a quem notificar, assim como para tirar dúvidas do profissional acerca dos demais encaminhamentos pós-notificação. Dessa forma, o trabalho multiprofissional enriquece o elo entre as equipes e

pode conduzir a produção de condutas sistemáticas de identificação, registro nas unidades de saúde e realização da notificação à rede protetiva da infância e adolescência.

Rossi (2004) aponta a assídua comunicação das equipes com seus chefes imediatos, no intuito de fortalecimento da violência identificada, e afirma ser oportuna a conduta dos profissionais no que tange a essa comunicabilidade, visto que nesse processo as dúvidas são levantadas e possivelmente esclarecidas, podendo haver ainda a aglutinação de saberes coletivos sobre a análise dos casos, chamado todos a responsabilidade pelo enfrentamento da violência sofrida pelo paciente.

04 dos entrevistados conversaram em particular com as vítimas: *Enfermeiro C.O.B, Assistente Social I, Psicólogo Pediatria, Psicólogo Maternidade*. O direito da criança e do adolescente em ser ouvido encontra-se sinalizado no ECA, no capítulo *Medidas Específicas de Proteção* especificamente em seu art. 100 – XII – “[...] a criança e o adolescente, em separado ou na companhia dos pais, de responsável ou de pessoa por si indicada, bem como os seus pais ou responsável, têm direito a ser ouvidos e a participar nos atos e na definição da medida de promoção dos direitos e de proteção, sendo sua opinião devidamente considerada pela autoridade judiciária competente [...]”.

Costa (2012) salienta que o princípio da liberdade de manifestação irá ganhar notoriedade no campo dos direitos da infância e adolescência. De acordo com a autora, o ato de escutar o outro permite concebê-lo enquanto sujeito capaz de posicionar-se diante das decisões tomadas que dizem respeito à sua vida, valorar o seu ponto de vista sobre determinado aspecto. Em suas palavras: “Trata-se de uma configuração que diz respeito a uma opção política de descentralização de poder, de participação, de construção coletiva e de soluções para os problemas desde a perspectiva do diálogo” (idem, p.165).

“Dar ouvidos” a criança/adolescente, não equivale a uma simples escuta, como se o verbalizado por eles fosse vazio em conteúdo e o interesse do adulto prevalecesse. O direito do infante ou púbere ser ouvido não pode ser referenciado pelo mesmo direito que tem os adultos, tampouco transferido a estes. Logo,

Trata-se de um direito que somente pode ser exercido pela própria pessoa e diz respeito a sua opinião pessoal, seus sentimentos, suas experiências de

vida. Refere-se, portanto, ao direito de influenciar na decisão que os adultos tomarão sobre ela, criando a obrigação de seus interlocutores de considerar tal opinião e de criar as condições para que seja manifestada, de acordo com sua idade e condição de maturidade (COSTA, 2012, p. 165).

Contudo, vale salientar que, devido ao gradativo estágio de desenvolvimento da maturidade da criança e do adolescente, a responsabilidade pelas decisões ainda é dos adultos. O estágio da tomada de decisões por parte desses segmentos vai acompanhando a evolução das condições da criança se tornar responsável, pois, “na medida em que evolui em responsabilidades, reduz o poder dos adultos sobre o seu destino”.

A efetivação do direito da criança e do adolescente vítima de violência doméstica/intrafamiliar de serem ouvidos pelos profissionais de saúde que o atenderam, dependerá da avaliação feita por estes trabalhadores, ou seja, se o ponto de vista desse segmento populacional será considerado válido como elemento indispensável às demais providências tomadas para o registro do caso e notificação às autoridades competentes. Além do ajuizamento de valor por parte de quem atende infantes e púberes vitimizados, os pais e/ou responsáveis acompanhantes das vítimas aos serviços de saúde podem interferir através de ameaças tanto a criança/adolescente quanto ao profissional.

Dessa forma, é necessário estabelecer momentos particulares de contato com os atingidos por violência(s). E para isso, as instituições de saúde devem oferecer salas individuais em condições de manter a privacidade da criança e do adolescente, ambientes que lhes permitam relatar a violência sofrida; e aos profissionais o resguardo para não sofrerem represálias por parte do agressor.

Aos participantes que responderam suspeitar de casos de violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes, indagamos se houve a notificação utilizando-se a *Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências interpessoais*, instrumental próprio a esse fim, designado aos profissionais de saúde do SUS e, mais recentemente, àqueles que compõem a rede privada. Vinculada a essa pergunta, solicitamos que fosse descrita a atitude dos profissionais após a notificação. As informações fornecidas pelos entrevistados foram as seguintes: 05 responderam ‘sim’, 05 afirmaram que ‘não’, e 02 participantes acabaram anulando a questão, cujas justificativas apresentaremos.

Os respondentes que afirmaram utilizar o instrumental próprio do MS, após a notificação, tomaram as seguintes atitudes:

Tabela 03 – Atitudes dos Profissionais após a Notificação da Violência Doméstica/Intrafamiliar

Após a notificação, você:	Quantidade de Profissionais:
Encaminhou o caso ao Conselho Tutelar	04
Encaminhou ao Ministério Público	03
Encaminhou à Gerência de Polícia da criança e do adolescente (GPCA)	02
Outro (s)	02

A tabela acima aponta que 04 dos profissionais entrevistados encaminharam o caso de violência ao Conselho Tutelar, a saber: *Assistentes Sociais I e IV, Médico I Puericultura, Psicólogo Pediatria*. Como viemos salientando durante nossa pesquisa, a comunicabilidade a tal órgão deve ser realizada em casos de violência infanto-adolescente em suspeita ou confirmação, obrigatoriedade encontrada no art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Na tabela 01 apontamos que 10 dos interrogados já suspeitaram da ocorrência de violência(s) em seus pacientes. Todavia, a comunicação compulsória ao CT não foi a atitude amplamente tomada entre os profissionais analisados. Lembrando que esse órgão não tem por objetivos o atendimento direto de necessidades, a execução de programas, nem prestação de assistência, cabe ao conselheiro tomar as devidas providências para que os direitos de infantes e púberes sejam atendidos, para que essa violação de direito representada pela violência seja interrompida.

Frizzo e Sarriera (ano, p.189-90) especificam o papel do Conselho Tutelar dentro da rede social da infância: “Seu lugar [...] é junto ao sistema de ajuda formal, mas com o papel de articular todos os recursos formais e informais na atenção à infância, tanto nos casos

atendidos pelo Conselho como na virtualidade de proteção às crianças de toda uma comunidade”.

No que tange à análise da relação entre a comunicabilidade do setor saúde e o Conselho Tutelar, através da notificação do caso de violência cometido em crianças e adolescentes, devemos notar que essa interação ocorrerá, conseqüentemente, com os pais e/ou responsáveis pelas vítimas. Enquanto destinatário de denúncias envolvendo crianças e adolescentes, o CT deve prestar atendimento e aconselhamento aos entes familiares ou aos responsáveis. É esse órgão que vai até a residência referenciada no relato profissional redigido por quem notificou a fim de realizar investigação preliminar. Em casos de violência sexual, é de competência exclusiva da autoridade judiciária (art. 101, § 2º, ECA) afastar a vítima do convívio do agressor. Neste processo, ao Conselho resta a publicização ao Ministério público, que então tomará as providências cabíveis junto ao Juiz da Infância e da Juventude (art. 136, XI, parágrafo único, Estatuto da Criança e do Adolescente) (FONSECA, 2011).

Referente à informação presente na tabela acima, a opção ‘outros’ foi assinalada por um profissional – *Assistente Social IV* – que afirmou ter elaborado relatório social à rede de saúde (a unidade do Programa de Saúde da Família – PSF), além de ter se comunicado com o CT; e *Assistente Social I* entrou em contato com a rede complementar de saúde e assistência. Minayo e Deslandes (2009) alertam que a parceria das unidades de saúde com a rede social auxiliadora no cuidado e acompanhamento das vítimas de acidentes e violências vem sendo mais consolidada com o Conselho Tutelar e programas de assistência social. Perde-se, na ótica das autoras, a possibilidade de interlocução com as demais unidades: escolas, universidades, ONGs, grupos comunitários, dentre outros.

Indagamos os profissionais acerca da concepção do que vem a ser a Notificação da violência doméstica/intrafamiliar contra criança e adolescente. Iniciaremos com as informações dadas pelos participantes Assistentes Sociais:

Assistente Social I – Instrumento de proteção e defesa. Serve para mobilizar a rede de serviços. Não é punitivo, é protetivo. Serve para dar visibilidade da questão em nosso Estado. Serve como subsídio na produção de políticas de enfrentamento. É uma forma de legitimar o fato perante o usuário e a Instituição.

Assistente Social II – Instrumento que permite o poder público identificar as várias formas de violência, quem as pratica e proteger essa população específica. Serve de banco de dados para traçar perfil de comportamento do adolescente.

Assistente Social III – É um documento existente nas Unidades de Saúde, de preenchimento compulsório, que geram dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde que serve como instrumento inicial para conhecimento do caso e dá suporte para encaminhamento aos órgãos de atendimento e defesa dos direitos da criança/adolescente e outros grupos sociais.

Assistente Social IV – é o registro, a sistematização do caso de violência em situação de suspeita ou confirmação. Envolve a necessidade de vários olhares da equipe de saúde, fazendo parte de um processo mais geral de atendimento para a proteção e o cuidado a criança e ao adolescente.

Ao atrelarmos a definição de notificação compulsória, apresentada neste capítulo, às respostas fornecidas pelos participantes do Serviço Social do HC/PE, identificamos o entendimento unânime de ser a notificação um documento ou um instrumento. De acordo com Brasil (2002) a notificação é uma informação emitida pelo setor saúde em seus diversos níveis de atendimento, por qualquer pessoa ou órgão, ao Conselho Tutelar, a fim de que sejam concretizados cuidados sócio-sanitários a crianças e adolescentes vítimas de violência(s).

Contudo, percebemos também que os citados participantes compreendem a função social e de cuidados sanitários acionados a partir da comunicação com a rede social de proteção às vítimas; que essa revelação possibilita ações de enfrentamento à(s) violência(s) contra crianças e adolescentes por parte do poder público, criadas através dos dados gerados pela notificação.

Em relação às definições fornecidas pelos enfermeiros interrogados, a ideia de ser a notificação uma ação comunicativa com as autoridades competentes no enfrentamento às violências foi ressaltada pelos *Enfermeiros Puericultura e C.O.B.* Já os demais enfermeiros (*Pediatria e Maternidade*) simplificam a notificação ao registro do caso e atribuem sua realização à inibição de futuras atitudes violentas por parte dos agressores.

Apesar de a notificação – entendida em nosso estudo enquanto comunicação dos casos suspeitos ou confirmados de violências perpetradas em infantes e púberes ao Conselho

Tutelar e demais órgãos competentes – necessitar de um registro *a priori* na unidade de saúde, o fato de sua realização não é sinônimo de notificação, visto que o fato pode ser apenas um componente do prontuário do paciente, não ocorrendo a comunicação [notificação] à rede social.

O *Psicólogo Pediatria* respondeu essa pergunta definindo a violência doméstica/intrafamiliar perpetrada contra crianças e adolescentes e não qual sua concepção acerca da notificação da violência praticada contra esses grupos. Já o *Psicólogo Maternidade* informou ser a notificação “*uma comunicação feita em formulário específico, de suspeita ou confirmação dos casos de violência observados/atendidos.*” Complementando que essa comunicação é feita em duas vias, mas não tem certeza de para onde são encaminhadas as informações.

Por fim, as informações prestadas pelo *Médicos I e II Puericultura* revelaram o entendimento de ser a notificação a comunicação aos órgãos competentes de proteção à criança de casos suspeitos ou confirmados de violência perpetrados no ambiente da casa ou seu entorno por familiares ou adolescentes.

Tabela 04 – Dificuldade(s) encontrada(s) pelos profissionais em diagnosticar se o paciente foi vítima de violência

Caso tenha encontrado dificuldade em diagnosticar se o paciente foi vítima de violência, qual(is) a(s) razão(razões)?	Profissionais que responderam
Ausência do tema na grade curricular	<i>Assistente Social I, Assistente Social IV, Enfermeiro Pediatria, Médico II Puericultura.</i>
Dúvida quanto ao relato dos pais e/ou responsáveis acerca do fato ocorrido.	<i>Assistente Social, Enfermeiro Pediatria, Enfermeiro C.O.B, Psicólogo Pediatria, Psicólogo Maternidade, Médico I Puericultura.</i>
Outro(s)	<i>“não faço o exame, comunico o fato ao Serviço Social/Oriento a família.” (Médico II Puericultura).</i>

“Os profissionais não são preparados para esse tipo de intervenção. As famílias contribuem mais para a reprodução da violência porque isso está na cultura.” (Assistente Social I).

Indagamos se durante o processo de formação acadêmica dos entrevistados houve oferta de alguma disciplina que abordasse a temática da violência. 03 *Assistentes Sociais* e 03 *Enfermeiros* e os *Médicos* afirmaram ‘não’. Apenas o *Assistente Social III* e o *Enfermeiro C.O.B* responderam ter tido disciplina sobre essa temática.

A formação superior de profissionais das ciências da saúde não apresenta em seu currículo, ou mesmo de forma pontual para alguns cursos desta área, a discussão teórica e metodológica sobre a violência. Cabe às universidades públicas o dever de inserir essa discussão com vistas a uma educação contínua, sensibilizadora e eficaz no atendimento às vítimas.

Os núcleos acadêmicos de prevenção às violências espalhados pelo Brasil que até 2008 somaram 14 têm a missão de capacitar, apoiar, monitorar, avaliar e sistematizar experiências.

No país existem atualmente distribuídas nas cinco regiões do País, 130⁶⁶ Instituições de Ensino Superior (IES). No comparativo com o número de Núcleos Acadêmicos e o número de IES, podemos constatar que o número de Núcleos nas IES ainda é muito reduzido, sendo 08 núcleos ligados às universidades federais, o que representa apenas 10,77 % do total; apenas duas vinculadas à instituição de ensino superior estadual, o que equivale a 0,65 %. (SANTOS e VIEIRA, 2010, p. 75).

A importância destes núcleos consiste na prática permanente, durante e após a graduação, principalmente para os profissionais dos cursos de saúde e áreas afins, da discussão, formulação e execução de programas, projetos e ações sistêmicas de enfrentamento à violência.

Questionamos os profissionais entrevistados se o Código de Ética Profissional tratava de maneira a denunciar a violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente, obtendo os resultados demonstrados na tabela abaixo:

⁶⁶ Informações colhidas do site: <<http://www.universidades.com.br/brasil.htm>>. Acesso em: 14 de jun 2010.

Tabela 05 – Código de Ética e denúncia da violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente

Categoria Profissional	O Código de Ética de sua profissão trata de maneira a denunciar a violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente?
Serviço Social	Sim
Medicina	Sim
Enfermagem	Sim (<i>Enfermeiro Maternidade e Enfermeiro Pediatria</i>).
Psicologia	Não soube informar

Os estudos de Saliba et. al. (2007) buscaram conferir a responsabilidade que cabe aos profissionais de saúde no tocante à notificação dos casos de violência, em especial a *violência doméstica*, e as possíveis implicações legais e éticas quando da não notificação. Os autores se utilizam da revisão da legislação brasileira e dos códigos de ética da *medicina, odontologia, enfermagem e psicologia*⁶⁷.

No que diz respeito à prática de notificar, os autores afirmam que a partir deste exercício as violências terão visibilidade, levando, conseqüentemente, a construção do perfil epidemiológico do agravo até a criação de programas sociais voltadas à prevenção e promoção da saúde. Consideram, portanto, que a responsabilidade do trabalhador de saúde no enfrentamento das violências pode ser analisada sob dois aspectos principais: “o jurídico e o da consciência moral”. Destacam, dessa forma, “a obrigação legal e ética a que estão expostos os profissionais de saúde” (idem, p. 473).

Na reflexão sobre os códigos de ética das profissões referidas anteriormente, os autores iniciam com o *Código de Ética Médica*, salientando que nos Artigos 6º e 49º estabelecem como dever do médico preservar a dignidade e a integridade do seu paciente⁶⁸.

⁶⁷ As reflexões acerca da condução do atendimento realizado por assistentes sociais às vítimas de violências, segundo as diretrizes do Código de Ética do Assistente Social de 1993, foram tecidas durante a análise da tabela 02.

⁶⁸ No Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do (a) paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. Art. 49 - Participar da prática de tortura ou de outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais

Tais artigos representam a preocupação com a omissão, muitas vezes presente, quando da constatação das violências. Dessa forma, este profissional não pode ser conivente nem praticar em seu atendimento atos degradantes ao desenvolvimento físico e intelectual das vítimas de violência.

O *Código de Ética Odontológica* expressa através de dois artigos, o art. 5º e 10º, respectivamente: “deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia: V – zelar pela saúde e pela dignidade do paciente”⁶⁹; e que “Constitui infração ética: I – revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão”. Todavia, o sigilo deve ser quebrado caso o profissional perceba que sua omissão poderá gerar situações que ponham em risco a vida do paciente. E na situação de violências suspeitas ou confirmadas cometidas em crianças e adolescentes, a comunicabilidade com os órgãos que compõem a rede de proteção não configura quebra de sigilo profissional, mas sim o acionamento de instâncias que têm como objetivos defender, garantir os direitos presentes no ECA.

Os dois últimos códigos de ética analisados foram os da *Enfermagem e da Psicologia*. O artigo 52º do Código da Enfermagem sinaliza para a questão de que o profissional dessa área não deve ser conivente, não provocar nem cooperar com os “maus-tratos”: “O documento que norteia eticamente os profissionais da enfermagem, apesar de não explicitar a expressão violência doméstica mencionou maus-tratos. Aqui, entende-se que essa expressão deve ser interpretada de maneira ampla referindo-se a todas as formas de abuso” (Saliba et. al., 2007, p. 475).

Saliba et. al. (2007) também mencionam o despreparo no atendimento às vítimas de violências, a falta de comprometimento das instituições no apoio psicológico e na capacitação dos enfermeiros.

Sobre o documento que norteia eticamente os psicólogos, nos seus “Princípios Fundamentais” está presente a responsabilidade destes com um atendimento que vise

práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento. Fonte: disponível em <<http://www.medstudents.com.br/servico/codetica.htm>>. Acesso em Mai. 2010.

⁶⁹ Os autores afirmam que “considerando que o cirurgião-dentista é um dos profissionais da saúde que maiores chances têm de detectar violência doméstica, principalmente a física por ser a face o local preferencial das lesões, a observância do dever moral de proteger seu paciente é fundamental para o exercício ético dessa profissão” (p. 475).

promover saúde e qualidade de vida individual e coletiva aos pacientes, privando-os de qualquer forma de negligência, de crueldade, discriminação, violência, etc.⁷⁰.

Portanto, as categorias dos enfermeiros e psicólogos são fundamentais na intervenção inter e multiprofissional às vítimas de violências, pautada no sentido ético de defesa da vida em sua totalidade, na contribuição à efetivação de direitos fundamentais ao desenvolvimento biopsicossocial de crianças e adolescentes vitimados.

A quarta seção de nosso questionário semiestruturado contemplou questões acerca das Condições Objetivas para atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica/intrafamiliar no HC/UFPE.

A primeira delas referiu-se ao conhecimento por parte dos interrogados se a notificação no HC/PE dos casos de violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes encontra-se Normatizada/Regularizada pela Instituição. *Assistentes Sociais I e Maternidade, Enfermeiro Maternidade*, responderam negativamente. Já o *Enfermeiro e o Psicólogo* – ambos da Pediatria –, o *Psicólogo Maternidade* e o *Médico II Puericultura*, não souberam afirmar. Os demais (*Médico I Puericultura, Assistente Social III, Assistente Social IV, Enfermeiros C.O.B e Puericultura*) alegaram que sim.

A partir das informações indicadas acima sobre a institucionalização da notificação das violências de caráter compulsório no HC/PE, avaliamos a incerteza por parte dos profissionais a respeito da inserção dos registros e comunicação de violência(s) que vitimam pacientes infantes e púberes demandantes dos serviços socio sanitários de tal Hospital, indicando, dessa forma, não estar ainda inclusa essa prática enquanto normativa sistemática e cumprimento do dever ético dos profissionais desse lócus na comunicação com o CT e demais agentes da rede protetiva da infância e adolescência.

Na pergunta seguinte, apresentamos um quadro no qual elencamos alguns espaços físicos e materiais existentes indispensáveis no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência(s), solicitando que os entrevistados indicassem o quantitativo e se atendiam às necessidades.

⁷⁰ “O art. 2º veda a participação ou a conivência com “quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão”.

Tabela 06 – Espaço Físico e Materiais existentes no HC/PE para atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violências

Categoria Profissional	Sala de atendimento individual	Sala de Atendimento à família da vítima	Espaço de estudos/discussões multiprofissionais sobre os casos de violência atendidos	Possui tecnologia para identificar a natureza das lesões	Há equipamentos para realização de Profilaxia DST, HIV, Hepatite B, coleta de sangue, coleta de sêmen, coleta de secreção vaginal, contracepção de emergência
Assistente Social	Sim	Sim	Sim	Não soube informar*	Sim
Psicólogo**	Sim	Sim	Não	Não soube informar	Não soube informar
Enfermeiro	Sim	Sim	Sim***	Não****	Não
Médico*****	Sim	Sim	Sim	Não soube informar	Não soube informar

*Essa resposta representou unanimidade

**Informações fornecidas pelo Psicólogo Maternidade.

***Presentes na Enfermaria da Pediatria e no Ambulatório de Puericultura.

****Com exceção do Ambulatório de Puericultura

*****Respostas dadas pelo Médico I Puericultura.

A tabela acima, especificamente em relação às respostas dos *Assistentes Sociais*, indica haver condições objetivas nos setores onde desenvolvem suas intervenções, mesmo não sendo alguns materiais (tecnologias para identificar a natureza das lesões e demais equipamentos) pertencentes aos instrumentais do seu aparato técnico-profissional.

Já os dados oferecidos pelos *Enfermeiros*, *Psicólogo Maternidade* e *Médico I Puericultura* demonstram a existência de espaços indispensáveis aos momentos nos quais os

profissionais de saúde interagem com a criança/adolescente vítima de violência, na busca por elementos que fundamentem sua comunicação com as autoridades competentes, assim como a disponibilidade de sala para fins de interlocução com pais e/ou responsáveis, ocasião para se chegar ao conhecimento sobre as condições socioeconômicas da família, as características do lugar onde vivem, o cotidiano familiar etc., e não apenas informações que busquem culpabilizar o agressor, papel esse exercido pela rede de proteção.

Contudo, não souberam informar se o HC/PE *possui tecnologia para identificar a natureza das lesões*. Já sobre a variável *'Há equipamentos para realização de Profilaxia DST, HIV, Hepatite B, coleta de sangue, coleta de sêmen, coleta de secreção vaginal, contracepção de emergência'*, as informações também não foram precisas. Isso pode indicar que alguns profissionais entrevistados necessitam se interar da existência destes equipamentos, pois mesmo não sendo essas tecnologias materiais específicas do seu âmbito de trabalho, a falta delas nesta Instituição pode ser publicizada às instâncias responsáveis pelo requerimento desse maquinário.

Indagamos os profissionais se, dentre os espaços de sensibilização a respeito do enfrentamento à violência doméstica/intrafamiliar mencionados em nosso questionário, quais tinham sido oferecidos no HC/PE.

As respostas frequentes foram: seminários, capacitação, encontros multiprofissionais. Contudo, 04 profissionais não souberam informar se tinham sido oferecidos momentos dessa natureza neste Hospital. O grupo de estudos, espaço inter e multiprofissional necessário ao qualificado enfrentamento às violências infanto-adolescente, não configurou dentre as respostas, o que nos conduz à reflexão de que os saberes individuais de cada profissão referenciada neste trabalho não estão sendo imbricados. Sendo assim, identificamos que os espaços de sensibilização acerca do enfrentamento às violências infanto-adolescente precisam ser amplamente divulgados, e que os participantes também possam ser multiplicadores dos conhecimentos adquiridos nessas ocasiões.

No quinto e último bloco de perguntas construímos os questionamentos acerca da saúde pública e o enfrentamento da violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente. Iniciamos indagando *qual a importância do setor de saúde pública para o enfrentamento desse tipo de "maus-tratos"*.

As respostas dos *Médicos Puericultura* apontaram o setor saúde (público ou privado) como um espaço onde o diagnóstico da violência deve ser realizado e, se suspeito ou comprovado o caso, ser exercido contato com autoridades competentes no auxílio ao enfrentamento deste fenômeno. Os *Enfermeiros Maternidade, Pediatria e Puericultura*, conferiram ao setor saúde o espaço de porta de entrada das vítimas, prestando-lhes apoio assim como aos seus familiares.

Já o *Psicólogo Maternidade* mencionou a extrema importância do espaço de saúde pública no atendimento aos vitimizados, e, além disso, do seu papel em tornar público a magnitude dos impactos dessa problemática à vida de crianças e adolescentes, informando à rede a violação dos direitos desse público, para que sejam inseridas nas demais políticas públicas. Ademais, o *Psicólogo Pediatria* sinalizou o relevante trabalho de proteção e prevenção que pode ser realizado neste lócus.

Os *Assistentes Sociais* interrogados afirmaram ser o setor saúde a porta de entrada das vítimas que procuram por serviços, a princípio, pontuais, ou seja, que proporcionem o tratamento dos efeitos da violência. Asseveraram também que estrategicamente tal espaço laborativo pode contribuir com a publicização dos casos, através da notificação, ampliando as informações para serem construídos perfis epidemiológicos; e que a indispensável comunicação ao Conselho Tutelar e demais órgãos competentes deve ser uma prática sistemática em todos os casos notificados nas instituições de saúde, na perspectiva da efetivação de direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência(s).

Na segunda pergunta deste bloco, indagamos qual o papel do profissional de saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica intrafamiliar.

Tabela 07 – Papel do profissional de saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica intrafamiliar

Categoria	Respostas dos profissionais entrevistados
Profissional	
Assistente social	Acolher a demanda, identificar a violência, encaminhar aos órgãos competentes, notificar os casos, sensibilizar famílias e profissionais sobre essa problemática, publicizar informações como subsídios à produção de políticas de enfrentamento.
Psicólogo	Acolher, praticar a escuta das vítimas, avaliar, acompanhar os demais desdobramentos

	dos casos.
Enfermeiro	Atender, identificar, orientar familiares e/ou acompanhantes, denunciar os casos de violências, apoiar social e psicologicamente, articular os profissionais da instituição, encaminhar aos órgãos competentes.
Médico	Identificar, notificar, cuidar da saúde.

Na última pergunta de nosso questionário semiestruturado, interrogamos os entrevistados sobre o que conheciam da Portaria 1.968/2001 do Ministério da Saúde, que versa sobre a notificação de caráter compulsório das violências perpetradas em crianças e adolescentes. Assim como nas perguntas sobre os artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente, objetivamos consultar se os profissionais sabiam descrever o que rege tal Portaria, pois ao conhecê-la os trabalhadores de saúde encontram respaldo legal na intervenção junto às vítimas, configurando também uma ação pautada pelo dever de comunicar às autoridades competentes os maus-tratos à infância e à adolescência.

Segundo as informações disponibilizadas pelo conjunto de entrevistados, obtivemos o seguinte resultado: 05 não sabiam do que tratava a referida Portaria – *Médico II Puericultura, Psicólogo Maternidade, Enfermeiros Maternidade e Pediatria*. Responderam positivamente e complementaram nossa pergunta – *Médico I Puericultura, Enfermeiro Puericultura, Psicólogo Pediatria e Assistentes Sociais*.

Aglutinadas as respostas, identificamos unânime menção da responsabilidade dos profissionais de saúde que compõem as entidades do Sistema Único de Saúde no cumprimento da notificação das violências cometidas em crianças e adolescentes. Somada ao dever de registrar todo caso de suspeita ou confirmação nas unidades de saúde, os entrevistados referenciaram a importância do acionamento da rede protetiva, na defesa e promoção dos direitos da infância e adolescência.

3.4.1 A Notificação Compulsória da Violência no Hospital das Clínicas de Pernambuco: análise comparativa 2009 e 2011

Em nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (SANTOS e VIEIRA, 2010), abordamos a temática da violência infanto-adolescente como expressão da questão social e problema de saúde pública, ressaltando a notificação compulsória da violência doméstica/intrafamiliar contra esse segmento geracional, em duas unidades de saúde: Hospital das Clínicas de Pernambuco e Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

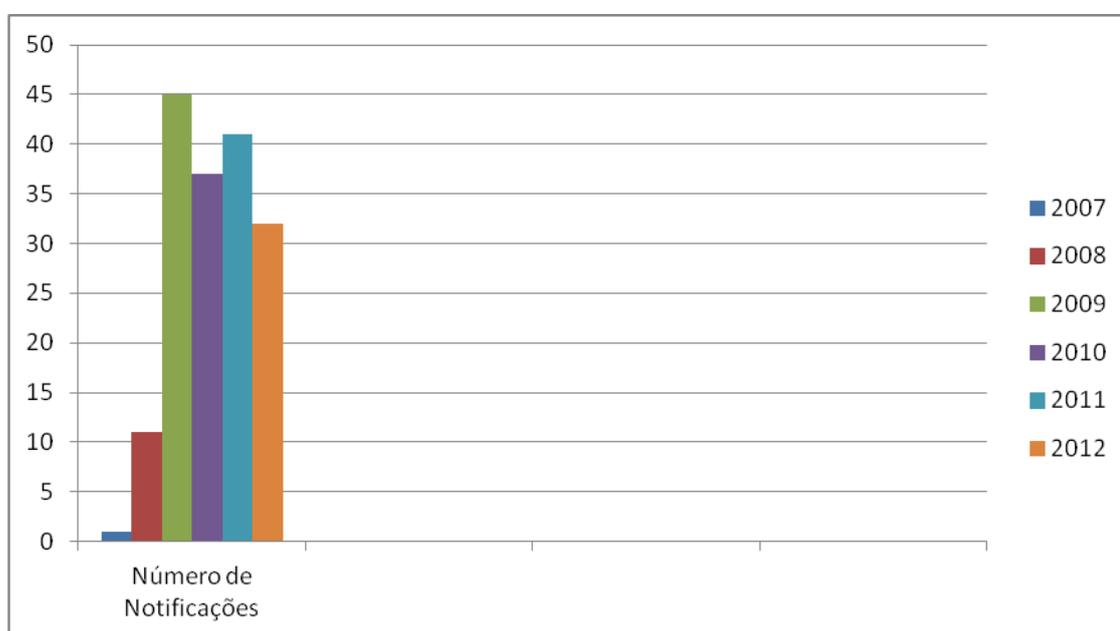
Para o trabalho dissertativo ora apresentado, buscamos identificar se houve avanços e/ou retrocessos, mediante comparação com os dados que obtivemos, em 2009, com as informações compiladas no setor de *Serviço Social das Ações de Enfrentamento às Violências do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco*, no que tange às notificações realizadas de janeiro a dezembro de 2011. As categorias explicitadas e analisadas em nosso TCC foram: faixa etária dos usuários atendidos, tipo de violência sofrida, possível agressor, a porta de entrada (o serviço que atendeu a vítima primeiramente) do usuário, a categoria profissional que identificou e notificou os casos.

Contudo, em contato com os registros das notificações do referido setor do Serviço Social no HC/PE, não conseguimos contemplar em sua totalidade as informações, visto que, das 41 notificações contabilizadas em 2011 pelo Núcleo de Epidemiologia e Informações Hospitalares do Hospital das Clínicas – UFPE (NEPI-UFPE), apenas 22 haviam sido encaminhadas ao Serviço Social.

Sendo assim, solicitamos ao NEPI-UFPE informações sobre os registros das notificações realizados de janeiro a dezembro de 2011, cujos resultados serão apresentados a seguir. Antes disso, cabe destacarmos que, devido à dificuldade do próprio Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET) em cruzar os dados segundo a particularidade de cada segmento vítima de violência (crianças e adolescentes, mulheres, idosos), requeremos ao Núcleo o cruzamento das variáveis. No entanto, o Sistema só permitiu a intersecção de duas variáveis – *faixa etária e sexo da vítima, faixa etária e cor/raça, faixa etária e sexo do agressor, faixa etária e tipo de violência*.

Ainda de acordo com o NEPI-UFPE, desde a inserção das notificações das violências ao SINAN no Hospital das Clínicas de Pernambuco, em 2007, o número de registros das violências de caráter compulsório realizado no instrumental próprio do Ministério da Saúde, veio oscilando, como demonstra o gráfico a seguir:

Gráfico 01 – Quantitativo de Notificações das Violências de Caráter Compulsório no HC/PE 2007 a 2012



A leitura do gráfico acima indica que no ano de 2007 houve o registro de 01 caso, passando no ano seguinte a 11. Em 2009 esse número se eleva a 45 notificações, despencando em 2010 para 37, retornando ao patamar de 41 notificações em 2011⁷¹. Decresce novamente no ano subsequente, fechando com 32 registros. A soma do número de notificações no ressaltado período foi de 167.

A oscilação do número de notificações no HC/PE pode ser explicada pela redução de demandas de vítimas de violências aos serviços do Hospital; ou mesmo pode ter havido casos de suspeita ou confirmação, mas não foram registrados pelos profissionais de saúde; ou podem ter sido notificados, todavia não conduzidos ao NEPI-UFPE.

⁷¹ Foram notificados 22 casos pelas profissionais de Serviço Social.

Adentrando na análise das informações fornecidas por tal Núcleo, das notificações de violências realizadas no HC/PE no ano de 2011, apresentamos um quadro no qual expomos a caracterização das vítimas de violências, segundo faixa etária e sexo. Apreende-se, então, que a notificação da(s) violência(s) contra pacientes do sexo masculino representou o quantitativo de 06 casos, sendo 01 contra uma criança com menos de um ano (<1), 03 perpetrados em infantes com idade compreendida entre 01-04 anos, 01 cometido numa criança com idade entre 05-09 anos e 01 numa vítima na faixa etária de 10-14 anos.

Quadro 03 – Caracterização das vítimas de violência doméstica/intrafamiliar, sexual e outras violências atendidas no HC/PE – Jan a Dez de 2011

Características	Masculino (n=06)	Feminino (n= 35)	Total (n=41)
Faixa Etária (anos)			
<1 ano	01	01	02
1-4	03	03	06
5-9	01	00	01
10-14	01	11	12
15-19	00	04	04
20-34	00	04	04
35-49	00	05	05
50-64	00	03	03
65-79	00	03	03
80 e +	00	01	01
Total	06	35	41

Em relação aos vitimizados do sexo feminino, as notificações resultaram em 35, dispostas da seguinte forma, de acordo com a faixa etária: 01 caso de uma criança com menos de 01 ano (<1), 03 praticados em infantes com idade compreendida entre 01-04 anos, 11 perpetrados em crianças/adolescentes entre 10-14 anos, 04 casos ocorridos entre adolescentes de 15-19 anos e jovens dos 20-34 cada, 03 cometidos em mulheres dos 35-49 e 65-79 anos cada, e 01 contra idosa com idade de 80 anos e mais, somando-se, portanto, em 35 notificações.

Havíamos identificado à época do nosso TCC que, em 2009, dos 45 casos de violências atendidos no Hospital das Clínicas de Pernambuco, 90% foram praticados em pacientes do sexo feminino, enquanto que os “maus-tratos” exercidos em pacientes do sexo masculino representaram os demais 10%. Desses, 74% das vítimas tinham idade entre 0-12 e 13-18 anos de idade.

Os dados de 2011 apontam que não houve mudança no grupo mais atingido por violências, pois crianças/adolescentes do sexo feminino e mulheres foram as principais vítimas demandantes dos serviços socio sanitários do Hospital. Chamamos atenção ainda à representatividade de casos de violências impingidos em infantes e púberes – 19 notificações de violências contra o sexo feminino e 06 contra o sexo masculino, resultando em mais da metade das notificações.

Não particular às demandas do HC/PE, a violência contra esses segmentos populacionais, principalmente aos sujeitos do sexo feminino, é referenciada nos perfis epidemiológicos em grande número de notificações (MS, 2010; WAISELFIZ, 2012). Dessa forma, o atendimento a esses grupos geracionais e de gênero nos espaços de saúde deve ser realizado sob a mediação das questões particulares da saúde do corpo feminino, transversalmente às questões de gênero imbricadas na disseminação da violência e defesa dos direitos humanos. Guimarães (2006, p.106) alerta-nos que “a constatação é que meninas e mulheres são vítimas de atos nocivos à sua integralidade física e mental, apenas pelo fato de pertencerem ao sexo feminino. Isso provoca a falsa ideia de inferioridade, que tem como parâmetro, a concepção de mundo sob a ótica masculina de superioridade”.

Gráfico 02 - Faixa etária X Possível Agressor dos pacientes vítimas de violências atendidos no HC/PE - Jan a Dez de 2011

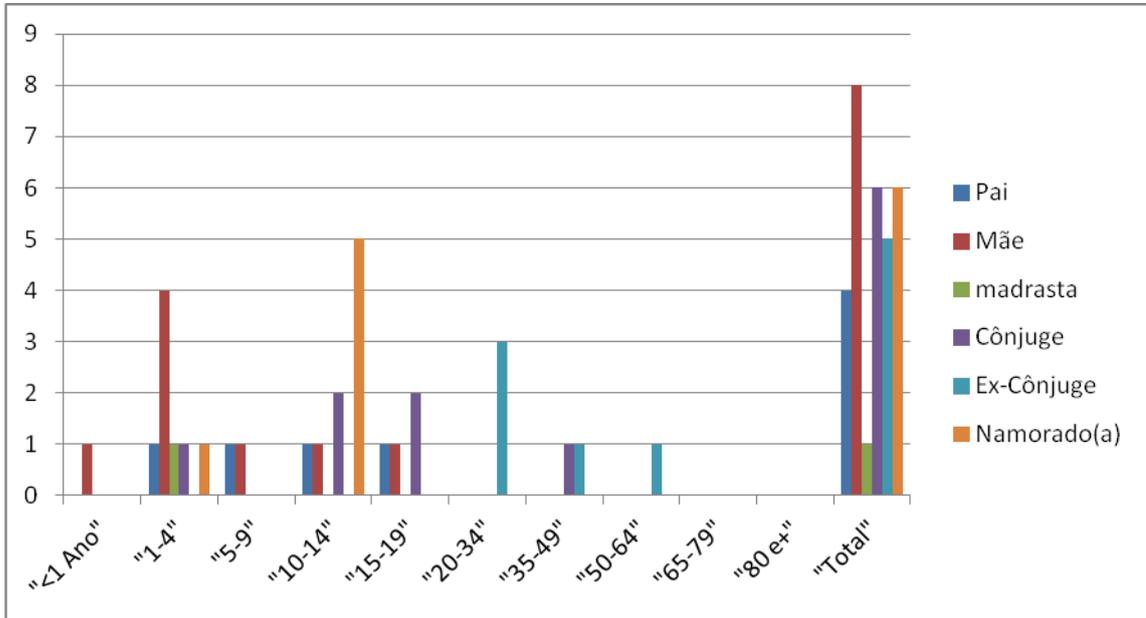
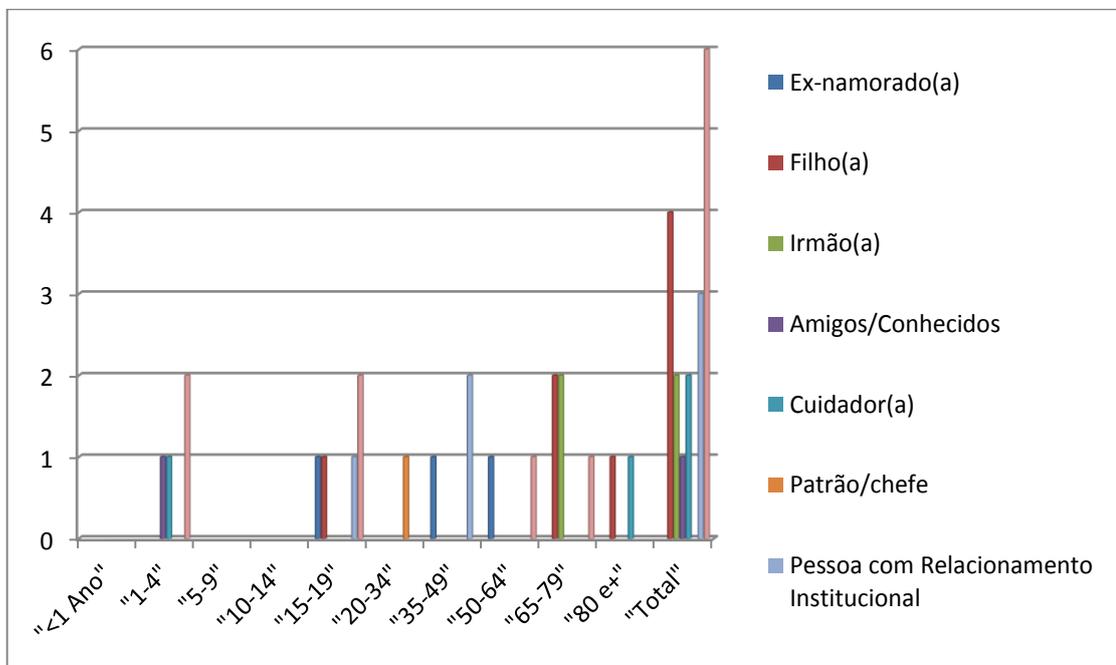


Gráfico 02 - Faixa etária X Possível Agressor dos pacientes vítimas de violências atendidos no HC/PE - Jan a Dez de 2011 (Continuação)



Trabalhamos com o indicador ‘possível agressor’ também em nosso trabalho monográfico (SANTOS e VIEIRA, 2010), e neste os itens ‘ignorado’ e ‘desconhecido’

sobressaíram aos demais, não permitindo uma análise precisa. Outro diferencial em relação à pesquisa ora apresentada diz respeito à figura do professor, mencionada ainda que em baixo percentual. Vale destacar que mantemos a concepção de que não cabe ao profissional de saúde a sentença/julgamento do fato ocorrido, pois sua ação comporta a identificação, a notificação e a realização dos devidos encaminhamentos às entidades protetivas da criança/adolescente.

A figura da *mãe* aparece entre o possível agressor que mais perpetrou violência contra crianças e adolescentes atendidos no HC/PE, com 01 caso registrado com púbere de menos de 01 ano de idade, seguido por 04 eventos praticados em crianças de faixa etária de 01-04 anos, sendo os demais nas idades compreendidas entre 05-19 anos de idade, somando 08 *notificações*. O *pai* figura como agente da violência em 04 *casos*: em crianças e adolescentes com idades entre 01-19 anos.

Os maus-tratos acima apontados revelam que essa prática atinge crianças de tenra idade, perpetrados também em infantes em estágio de desenvolvimento à puberdade, dentre outras vítimas que se encontram na adolescência. Portanto, a violência doméstica/intrafamiliar atinge os mais vulneráveis nessas relações [crianças e adolescentes], quando deveriam, pelo contrário, estar a salvo de quaisquer atos que resultassem em obstáculos ao seu desenvolvimento.

Os dados do HC/PE aqui referenciados apontaram a mulher como a possível agente desencadeadora da violência infanto-adolescente. Contudo, de acordo com o Anuário das Mulheres Brasileiras (2011), referente à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2009, 43% das mulheres, no Brasil, já foram vítimas de violência em sua própria residência. Entre os homens, esse percentual é de 12,3%. Ao apresentar os dados de violência física impingida em mulheres, segundo as Grandes Regiões do Brasil, no Nordeste em particular, o quantitativo de vítimas na própria residência é de 47,0%, e entre os homens é de 12,9%. Deslandes (1994) salienta que, via de regra, a mãe é aquela que mais tempo passa com seus filhos, cabendo-lhe culturalmente as decisões cotidianas e a convivência doméstica.

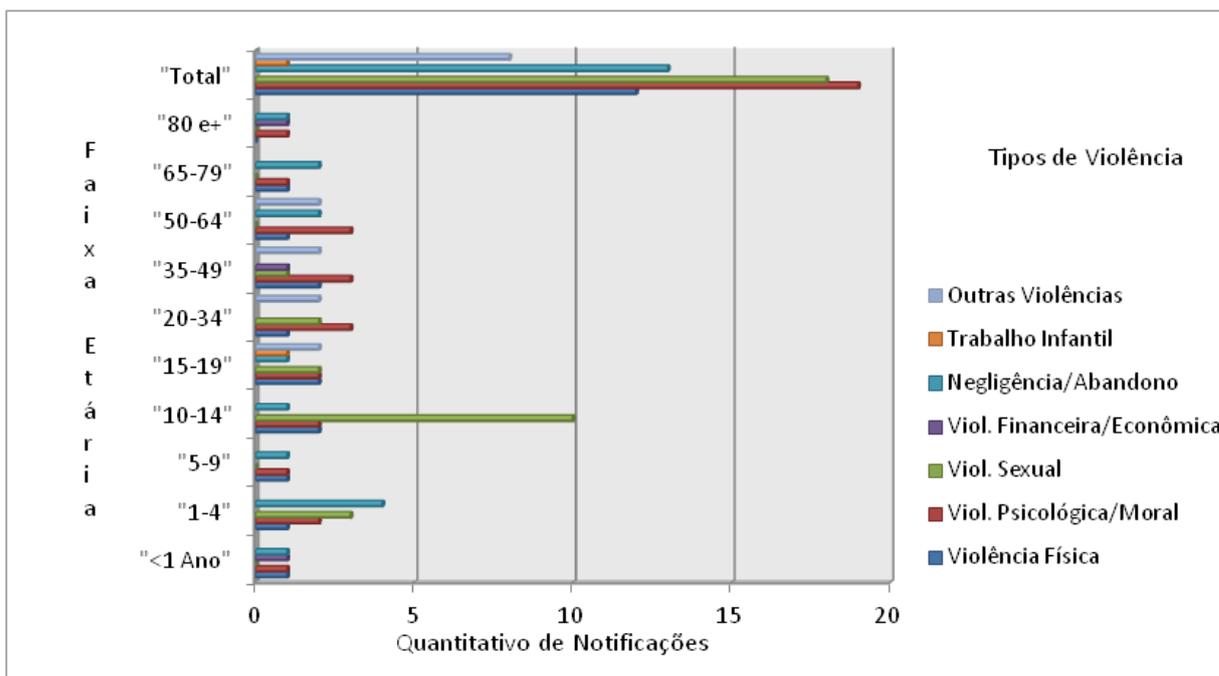
Retomando a apresentação dos dados fornecidos pelo NEPI-UFPE, em seguida, aparecem o *cônjuge* e o *namorado* como agressores sob suspeita de terem vitimado pacientes atendidos neste Hospital. Em relação ao primeiro, as notificações estão divididas em: 01 caso contra uma criança com idade entre 01-04 anos, 01 praticado num paciente de 35-49 anos, e

os demais [04] impingidos em adolescentes entre 10-19 anos de idade, resultando em 06 notificações. No que diz respeito ao segundo, ocorreu 01 ato contra vítima com idade de 01-04 anos, e 05 casos cometidos em pacientes adolescentes de 10-14 anos. O ex-cônjuge cometeu 03 casos de violência em vítimas com 20-34 anos, e 01 ocorrência contra vítima de idade entre 35-49 e 50-64 anos, configurando 05 notificações. Por fim, o possível agressor sendo o filho o perpetrador representou 04 casos: 02 em pacientes com 65-79 anos, 01 contra adolescente de 15-19 anos e 01 numa pessoa idosa com 80 anos e mais.

De acordo com o NEPI-UFPE, a distribuição de casos de violência segundo *sexo do provável agressor* notificados no HC/PE em 2011 aponta 25 casos cometidos por agressores do sexo masculino, considerando a variável ‘ambos os sexos’. Em 2009, das 46 notificações, metade foi de violências praticadas por agentes desse sexo. Isso evidencia *a masculinização da violência* perpetrada, principalmente, no segmento da infância e adolescência, na qual deve ser considerada a relação desigual de poder, em relação à criança e ao adolescente – agravando-se quando são do sexo feminino, por serem vítimas mais expostas às violências (Deslandes, 1994).

Além disso, quando vitimizadas são as mulheres no recôndito dos lares, seus filhos e demais parentes que convivem sob o mesmo teto, sofrem, ainda que indiretamente, os reflexos negativos deixados pelas situações ocorridas: ‘[...] ao testemunharem a violência entre os pais, as crianças iniciam um processo de aprendizagem da violência como um modo de estar e de viver e, na idade adulta, poderão produzir o modelo, para além de que a violência lhes provoca sofrimento emocional e os correspondentes problemas’ (Machado e Gonçalves, 2003, p.203).

Gráfico 03 – Faixa etária X Tipos de Violência Perpetrado nos pacientes vítimas de violências atendidos no HC/PE - Jan a Dez de 2011



O gráfico acima demonstra as *tipologias das violências* cometidas em pacientes do HC/PE em 2011, divididas por faixa etária. Destacaremos e analisaremos apenas as de maior número de notificações.

A *violência psicológica/moral* apresenta o maior quantitativo de notificações⁷²: 19, ainda que seja o tipo de violência mais difícil de ser identificada, por não deixar vestígios aparentes no corpo das vítimas, e ser a menos citada nos relatórios e perfis epidemiológicos. Subdivididos por faixa etária, temos o somatório: 04 notificações de eventos de violências praticados contra crianças entre menos de um ano a cinco anos de idade; 04 episódios empreendidos em adolescentes com idades entre 10-14 e 15-19 anos. 11 casos perpetrados em adultos: 03 em cada segmento de 20 a 64 anos de idade – somando 09 notificações; e 01 em paciente com idade entre 65-79 e outro numa vítima de 80 anos e mais.

⁷² Assim como em nosso TCC (SANTOS e VIEIRA, 2010).

Em infantes e púberes, como evidenciamos no capítulo anterior, a violência psicológica interfere negativamente no desenvolvimento psicossocial (ASSIS; AVANCI, 2004), com implicações nefastas à autoestima, ao autoconceito, à competência social na interação destes segmentos em suas relações interpessoais.

Em segundo lugar das notificações no HC/PE no ano de 2011 encontra-se a *violência sexual*, com o número exato de 18 casos, divididos da seguinte forma: 03 contra crianças de 01-04 anos de idade, 10 casos envolvendo infantes de 10-14 anos (em transição ou já na puberdade); 04 eventos, divididos em 02 contra adolescentes de 15-19 anos e 02 em pessoas de 20-34 anos.

Contudo, esse tipo de violência é ainda permeado por muitos entraves à sua publicização, e os dados apresentados em perfis epidemiológicos construídos a partir dos dados de notificações dos espaços de saúde demonstram apenas o quantitativo das vítimas que buscaram serviços socio sanitários do Sistema Único de Saúde. Isso ocorre, pois as vítimas sentem medo, receio de expor o ocorrido, de envolver-se com questões policiais, de denunciar o agressor quando o mesmo é o pai ou algum parente próximo, dentre outras razões (DREZETT, 2001).

Com o número de 13 notificações, na terceira posição, a *negligência/abandono* foi prática recorrente em crianças com menos de 01 ano e infantes de faixa etária 01-04 e 05-9 anos. Dois casos em pessoas com 50-64 e 65-79 cada, e 01 evento perpetrado numa vítima de 10-14 anos e outro num adolescente com 15-19 anos.

Na quarta posição, a *violência física*, totalizando 12 casos, contabilizou 03 notificações em crianças com menos de 01 ano a 05-09 anos de idade, 02 casos de crianças em fase inicial de transição da infância à adolescência (10-14), 02 adolescentes com idade entre 15-19. As demais notificações desse tipo de violência foram de pacientes com idades entre 20-34 e 65-79.

Nesse caso, crianças e adolescentes figuram como principais alvos de violência física. Por se encontrarem numa fase em que dependem quase exclusivamente do adulto (pais e/ou responsáveis), a relação de poder desigual permeia as relações entre os pares, e quando esse poder – diga-se da soberania do homem sobre a mulher e demais entes – é desencadeado no interior dos lares das vítimas, a força bruta é o mecanismo de comunicabilidade, ou seja, o

diálogo é usurpado, e a “resolubilidade” dos conflitos se dá num processo disciplinador do mais forte sobre os mais fracos.

Considerações Finais

As considerações ora tecidas nos apontam um necessário e “novo” horizonte investigativo a ser desbravado por meio de outras tantas indispensáveis aproximações sucessivas acerca do temário da violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente e a efetivação dos direitos dos vitimizados, demandados desde o acesso do direito à saúde quando vão às unidades em busca do atendimento emergencial para amenização das sequelas deixadas pelas sevícias, abusos, imposição da autoridade, menosprezo, não atendimento das necessidades primárias, depreciação, dentre vários exemplos de violação de direitos destes seres humanos em desenvolvimento, denominados no Estatuto da Criança e do Adolescente como “sujeitos de direitos”.

Dessa forma, serão registradas algumas (in) conclusões, pois a dialética da vida, em constante movimento, imprime seu caráter transitório, e o objeto de estudo abordado por nós e por diversos autores suscita inúmeras aproximações sucessivas com o real e suas múltiplas determinações.

Destacamos nesta dissertação dentre os inúmeros casos de violação de direitos infanto-adolescente, a violência doméstica/intrafamiliar. As primeiras aproximações com a literatura especializada nesta temática, necessárias à conclusão de nossa monografia no curso de Serviço Social pela UFPE, em 2010, permitiu-nos conhecê-la em seu processo sócio-histórico, sua inserção na agenda de saúde enquanto um problema de saúde pública, devido à articulação de sujeitos sociais que buscaram discutir, denunciar a(s) violência(s) ocorrida(s) nos lares, apontar os impactos negativos ao desenvolvimento das vítimas e a necessária intervenção estatal através das redes de proteção, assim como da obrigatoriedade aos profissionais de saúde do SUS no tocante à notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes.

Partimos, então, para esta dissertação, onde indagamo-nos como ser possível efetivar direitos, em particular, de crianças e adolescentes vítimas de violências, demandantes dos serviços do Hospital das Clínicas de Pernambuco, se a comunicabilidade/notificação desses eventos não acontece rotineiramente nesta Instituição, devido a diversas razões, obstaculizando, dessa forma, o acionamento dos demais direitos creditados a esses segmentos

populacionais, previstos na Constituição Federal de 1988, desdobrados e/ou ampliados nas políticas sociais públicas voltadas à infância e à adolescência.

Nossa hipótese, como aludida, foi de que a efetivação ou não concretização dessa notificação compulsória por parte dos trabalhadores do SUS – pois na Rede Privada de saúde essa obrigatoriedade é recente, o que requer uma pesquisa particular nesse campo – é permeada por questões objetivas/subjetivas, sejam elas de caráter material, intelectual, moral, institucional, legal.

Como percurso exploratório nesta pesquisa, recorreremos à análise bibliográfica do temário da (des) proteção à infância e à adolescência brasileira, no intuito de apresentarmos, minimamente, a ausência ou mesmo a intervenção estatal na vida de milhares de famílias, sobretudo oriundas de classes menos abastadas, normatizada nos antigos Códigos de Menores, no Brasil, por mais de meio século. Longe de aglutinar desejos, anseios, necessidades reais dessa parcela da população, tais Códigos só legitimavam o controle e mantinham quase intocados os “*status sociais*” dos familiares e conseqüentemente de seus entes de menor idade.

Sendo assim, a infância e a vida adulta eram muitas vezes tidas como sinônimas, e o tratamento dispensado a crianças e adolescentes em “situação irregular” condenava-os à repressão, controle dos corpos, carência no acesso à educação, confinamento, condições indignas de habitabilidade, enfim, o destino trágico dos “pequenos” era traçado por juízes, médicos, juristas, parlamentares, figuras representativas do Estado moralizador, controlador, higienista. Por conseguinte, a Doutrina da Situação Irregular centrava a concepção culpabilizante da família pelo estado de “ociosidade” e “periculosidade” dos proclamados “menores em situação irregular”. O Estado agia em sua ausência, pois esquivava-se de sua função protetiva e promocional de condições dignas ao desenvolvimento desses segmentos, mas operava no sentido de uma tutela às avessas, ou seja, controlava, responsabilizava, desprotegia.

No Brasil, a “superação” de tal Doutrina viria ancorada pelo reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos credores de direitos universais e específicos a sua realidade geracional, expressa na Doutrina da Proteção Integral. A Constituição Federal de 1988 antecede a Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989, e preconiza, em seu art. 227, que a tutela de infantes e púberes amplia-se à família, à sociedade e ao Estado, entes

responsáveis por assegurar, com absoluta prioridade, direitos à vida, à saúde, etc., além de colocá-los a salvo de práticas negligentes, exploradoras, violentas.

Assim como as demais conquistas de direitos por parte dos movimentos sociais, no Brasil pós-regime ditatorial, as relacionadas ao campo da infância e adolescência também sofreram investidas do neoliberalismo, e o Estatuto da Criança e do Adolescente é fruto dessa conjuntura, permeado pelas contradições inerentes às leis de uma sociedade burguesa, e mesmo expressando um considerado “avanço” em relação ao Código de Mello Mattos e ao Código de Menores de 1979, sua materialização esbarra na secular concepção de que as obrigações com o desenvolvimento pleno da criança/adolescente ainda é inteiramente alçada à família.

Além disso, ocorre escassez de investimentos em políticas públicas para esse segmento, recorrente institucionalização, exploração do trabalho infantil, exploração sexual e tráfico de crianças e adolescentes, morosidade judiciária, dentre os inúmeros exemplos de descaso aos direitos destes credores.

Dessa forma, o ECA transita entre a “inovação” e o “não-garantismo”, pois sua existência, assim como as demais normativas da infância e adolescência e as leis de um modo geral, não garante por si só sua materialização, a efetivação de direitos. Para isso, o Estado deve conceder um tratamento especial às políticas sociais públicas, destinando privilegiadamente recursos públicos nas áreas relacionadas à proteção a esses grupos populacionais.

No campo da notificação compulsória nos serviços de saúde pública, identificamos que mais de 10 anos se passaram desde a promulgação da Portaria 1968/2001 do Ministério da Saúde, e os números de notificações envolvendo os segmentos populacionais de crianças/adolescentes, mulheres, idosos, vêm demonstrando relativo aumento nas estatísticas apresentadas nos perfis epidemiológicos sobre violências.

Contudo, ainda são necessários ajustes significativos relativos ao sistema informacional, no que tange à alimentação do banco de dados, à inserção das informações contidas na Ficha de Notificação do MS, à capacitação dos técnicos responsáveis pela transferência dos dados. Também são indispensáveis aos profissionais de saúde formações teórico-metodológicas, capacitações técnicas, condições objetivas ao exercício de suas

práticas nos campos de intervenção, contato com experiências exitosas sobre enfrentamento às violências, nesse caso, as cometidas à infância e à adolescência.

Ainda assim, a magnitude dos episódios violentos que vitimam diariamente milhares de brasileiros não se expressa amplamente em perfis epidemiológicos, relatórios, pesquisas, etc., visto que apenas um número reduzido de casos torna-se público os outros tantos cometidos no recôndito dos lares, nas ruas, nas instituições, nas escolas, escondem-se no interior dos vitimizados ou são ocultados pela omissão social.

Lançamos mão de uma bibliografia que nos auxiliou na discussão dos entraves à concretização da notificação da violência infanto-adolescente, e identificamos inúmeros, dos quais destacamos: ausência ou carência da discussão temática da violência infanto-adolescente na formação acadêmica, medo do profissional sofrer algum tipo de desagravo por parte do acompanhante (muitas vezes o próprio agressor) da vítima, a lenta e difícil normatização da notificação nos fluxos de trabalho, a dúvida se a denúncia confere quebra de sigilo profissional.

Não podemos deixar de mencionar que há particularidades em cada análise sobre a realidade da notificação das violências envolvendo infantes e púberes nos serviços de saúde das unidades do SUS. Entretanto, alguns dos entraves acima elencados revelam as tendências gerais incididas no cotidiano laboral destas instituições.

Em particular, analisamos o espaço institucional do Hospital das Clínicas de Pernambuco, e dentro deste alguns setores eleitos por sua especialidade na oferta de serviços socio-sanitários a crianças e adolescentes. Os HUs, invadidos pela lógica da privatização do seu funcionamento, vêm sofrendo inúmeras investidas ao desmantelamento da tríade ensino-pesquisa-extensão; severos ataques à sua gestão, concernentes à precarização das condições de trabalho, contratações temporárias, baixo investimento em concurso público etc. Com isso, o direito do acesso à saúde por parte da população vai também passar pela lógica da mercantilização dos serviços.

Essa investida da privatização dos Hospitais Universitários acarretará, conseqüentemente, alguns obstáculos ao cumprimento da notificação compulsória das violências perpetradas em infantes e púberes. Com aderência à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEHR), as pesquisas produzidas nas universidades serão

direcionadas de acordo com os interesses privativos dessa Empresa, ou seja, se o temário da violência infanto-adolescente, por exemplo, não estiver incluso no rol de suas prioridades, a produção do conhecimento acerca desta temática não será realizado no interior dos HUs controlados pela EBSEHR. Logo, a abordagem dos temas relativos a tal violência e sua obrigatória notificação não serão matérias discutidas durante a formação acadêmica.

Ademais, a instabilidade dos profissionais, por não serem contratados via concurso público, pode mexer negativamente na dinâmica do serviço onde ocorre sistematicamente a notificação, pois a entrada de um novo trabalhador na equipe – caso não se encontre sensibilizado, preparado tecnicamente para identificar, registrar e notificar os casos – requer tempo à familiaridade junto ao grupo, para o conhecimento dos fluxos de atendimento às vítimas.

Em relação aos resultados adquiridos em nossa pesquisa de campo, chegamos aos seguintes achados, apresentados sinteticamente:

- A faixa etária de crianças e adolescentes atendidos nos setores do HC/PE demonstrou heterogeneidade, reflexo das especificidades e especialidades dos serviços. No entanto, a divisão por faixa etária pode conduzir a um equivocado entendimento por parte dos profissionais de saúde do que é “ser” criança ou adolescente nesse contexto, podendo ocasionar obstáculos à efetivação de seus direitos;
- Metade dos entrevistados respondeu positivamente à utilização do Estatuto da Criança e do Adolescente durante sua intervenção profissional. Contudo, percebemos que essa Lei estatutária não norteia completamente as práticas dos serviços investigados em nossa pesquisa;
- Os profissionais que informaram como se deu a utilização do ECA durante sua intervenção laboral, destacaram: para respaldar legalmente sua ação de enfrentamento às violências, enriquecer seus aportes teóricos, conhecer os direitos dos infantes e púberes, orientar as famílias sobre os direitos presentes no Estatuto, demonstrar a positividade legal das redes de serviços sociais de proteção às vítimas, interagir com a equipe, fundamentando o dever de todo profissional em notificar;
- No que tange ao conhecimento acerca do art. 13 do Estatuto, referente à obrigatória comunicabilidade ao Conselho Tutelar e demais entidades, notamos o conhecimento

parcial de grande parte dos entrevistados. Já no que diz respeito ao art. 245, apenas a metade dos participantes referiram conhecê-lo, descrevendo o que sabiam sobre tal cláusula;

- A concepção dos profissionais do que consiste a violência doméstica/intrafamiliar apontou restrição de sua concretização por parte das pessoas do convívio das vítimas; outros descreveram as tipologias das violências;
- Grande parte suspeitou mais de uma vez de casos de violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente;
- Dentre as condutas adotadas após suspeitarem, destacaram-se hierarquicamente: comunicado com algum colega de profissão, conversa com acompanhante, contato com o Serviço Social, diálogo com a vítima em particular, interação com o chefe do setor;
- Metade dos entrevistados alegou não utilizar a Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências interpessoais. Dos que responderam positivamente, os encaminhamentos realizados pós-notificação foram ao CT, Ministério Público e GPCA;
- Ocorreu entendimento unânime de ser a notificação um instrumento ou documento, mesmo sendo revelada a importância da comunicação dos casos de violências envolvendo crianças e adolescentes para construção de ações de enfrentamento;
- As dificuldades em diagnosticar se o paciente foi vítima de violência consistiram na: ausência do tema na grade curricular, dúvida quanto ao relato dos pais e/ou responsáveis sobre o fato ocorrido;
- Os assistentes sociais, médicos e outros profissionais afirmaram que o Código de Ética de sua profissão respalda a denúncia da violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente;
- A notificação não se encontra legalizada enquanto normativa no fluxo de atendimento às vítimas de violência no HC/PE;

- Há condições objetivas (estrutura, instrumentos) para o atendimento qualificado de crianças e adolescentes vítimas de violência(s) na maioria dos setores pesquisados;
- Os espaços de sensibilização no HC/PE não chegaram ao conhecimento de todos;
- Sobre a importância do setor de saúde pública para o enfrentamento da violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente, os interrogados informaram ser esse espaço um lugar privilegiado ao diagnóstico dos casos, por ser porta de entrada das vítimas, desempenhando relevante papel de publicização dos casos;
- A respeito do papel do profissional de saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica/intrafamiliar destacaram-se: acolhimento da demanda, encaminhamento aos órgãos competentes, orientação às famílias;
- Sobre o conhecimento a respeito da Portaria n. 1.968/2001, do Ministério da Saúde, que versa sobre a notificação das violências contra crianças e adolescentes, grande parte dos entrevistados mencionou a responsabilidade dos profissionais de saúde ligados ao SUS no cumprimento da notificação das violências infanto-adolescente;
- As profissionais do Serviço Social no HC/PE foram umas das primeiras categorias a se organizar e a buscar parcerias com vistas à qualificação do atendimento às vítimas de violências, e é ainda o setor onde ocorre grande parte das notificações. Tem-se como normativa o encaminhamento dos casos para o plantão do Serviço Social, juntamente com a ficha de notificação, descrição do atendimento biomédico prestado e o apontamento dos indícios dos atos violentos. Nestes momentos, devido à emergência dos trâmites para proteção das vítimas, ocorre que muitas vezes as assistentes sociais desta Instituição acabam se responsabilizando com a notificação, pelo fato de o profissional que identificou não conhecer a Ficha ou não saber preenchê-la, conceber a comunicação ao CT como atribuição privativa do assistente social.

Após elencarmos sinteticamente o conjunto das informações adquiridas na aplicação de nosso instrumental de coleta de dados, na perspectiva de que essa pesquisa prestou-se também a contribuir na transformação da realidade dos setores referenciados, ousamos sugerir algumas recomendações aos serviços pesquisados, no intuito de qualificar o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes:

- O desenvolvimento de espaços de sensibilizações acerca da discussão dos direitos de crianças e adolescentes presentes no ECA e demais normativas da infância e adolescência, na perspectiva de desmistificar a ideia da soberania familiar sobre o interesse dos infantes e púberes, esperando-se que os profissionais concebam os interesses desses segmentos populacionais como peculiares à fase em que se encontram, concebendo suas necessidades como direitos previstos constitucionalmente;
- O Estatuto da Criança e do Adolescente deve pautar todas e quaisquer ações voltadas ao enfrentamento das violências perpetradas em infantes e púberes, e ainda ser consultado quando necessário no contato com os vitimizados, esclarecendo aos familiares/acompanhantes e ao agressor os direitos creditados em tal Lei estatutária;
- Devem ser ampliados os espaços de capacitação, inserindo o temário das violências cometidas em crianças e adolescentes, na perspectiva sócio-histórica, discutindo-a enquanto um problema de saúde pública e violação de direitos desses grupos etários, sendo dever do Estado a criação e execução de políticas públicas ao enfrentamento de causas externas de morbimortalidade;
- Ainda em relação ao enriquecimento teórico-metodológico para os profissionais, devem ser apresentadas portarias, normativas, experiências exitosas, referentes ao dever dos profissionais de saúde de comunicar os casos de suspeita ou confirmação de violência(s) à infância e adolescência aos órgãos responsáveis pela defesa e promoção dos direitos das vítimas e seus entes;
- É indispensável deixar claro durante as sensibilizações que a Portaria 1968/2001 aponta que todo profissional de saúde de unidades ligadas ao SUS devem notificar;
- Como a notificação é realizada apenas por alguns setores, revelando a fragmentação das ações pontuais no enfrentamento das violências, sugerimos que esses sujeitos possam estrategicamente apresentar em seus espaços de trabalho, a princípio, suas experiências com o registro e comunicação à rede social de proteção e cuidados. Ademais, sendo identificados os profissionais que entendem ser a notificação um dever ético, podem ser aglutinadas forças para que a Diretoria do HC/PE amplie essa responsabilidade à Instituição como um todo e ofereça condições objetivas para esse fim;

- Articulação das demais assistentes sociais do Hospital no planejamento e execução das ações do atendimento aos usuários vítimas de violência – no Hospital há uma assistente social de referência que, muitas vezes, propõe-se a realizar sensibilizações em setores que há assistente social. Portanto, o Serviço Social do HC/PE como um todo deve conceber a demanda da violência como atribuição da profissão;

Concluimos, então, que alguns profissionais dos espaços analisados em nossa dissertação dão passos iniciais mais sensíveis à concepção da violência enquanto uma violação dos direitos de crianças e adolescentes vitimizados. Apesar disso, há práticas isoladas, a sensibilização/capacitação é incipiente ao enfrentamento, somadas à falta de normatização e fluxos e a não articulação com a rede de proteção social especializada nesses casos. Sendo assim, os casos carecem de atendimento qualificado, seguimentos, visibilidade, reflexões, registros, notificações, encaminhamentos e monitoramento.

O setor saúde é um dos espaços privilegiados – mesmo com todas suas limitações – por muitas vezes ser a porta de entrada de crianças e adolescentes vitimizados por violências. Entende-se culturalmente que esse campo deva primordialmente cuidar das sequelas deixadas pelos “maus-tratos”, caracterizando a centralidade na intervenção biomédica. Sendo assim, a proteção e promoção de direitos das vítimas é um assunto secundário, não inserido nas grades curriculares de formação acadêmica.

Atribui-se através do ECA, no Capítulo I – Do direito à vida e à saúde – a comunicabilidade obrigatória dos casos de suspeita ou confirmação dos “maus-tratos” infanto-adolescente, e penaliza-se o médico [dentre os profissionais de saúde] caso não seja cumprida essa prerrogativa. Pautado nessas normativas e nos elevados índices de morbimortalidade por causas externas, o Ministério da Saúde obriga aos profissionais a concretização das notificações das violências contra grupos vulneráveis, incluindo-as na lista de agravos de notificação compulsória.

Contudo, para que haja o cumprimento da notificação para fins construtivos de perfis epidemiológicos, subsídios à formulação de políticas públicas de enfrentamento, o Estado deve proporcionar qualificação necessária aos trabalhadores de saúde, ambientes adequados de trabalho que possam resguardar os notificadores, condições objetivas ao exercício de atendimento às vítimas de violências. Do contrário, sem as mediações devidas, ocorrerá

culpabilização dos sujeitos que deixam de notificar os casos de violência(s) perpetrada(s) em crianças e adolescentes.

Esperamos que nossa pesquisa tenha contribuído com a literatura sobre a temática da violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes, e possa instigar novos trabalhos acerca da notificação não apenas no espaço dos hospitais universitários, mas na rede de saúde como um todo, principalmente na atenção básica e na rede privada de saúde.

Referências

- ADED, Naura; et.al. **Abuso sexual em crianças e adolescentes:** revisão de 100 anos de literatura. Revista de Psiquiatria Clínica, Vol. 33, nº. 4. São Paulo, 2006.
- ADORNO, Sérgio; PINHEIRO, Paulo Sérgio. Violência contra crianças e adolescentes, violência social e Estado de Direito. **Revista São Paulo em Perspectiva**, 7 (1): 106-117, janeiro/março 1993.
- ASSIS, Simone Gonçalves de; DESLANDES, Suely Ferreira. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. **Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et. al.]**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298p.: Il.color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. **Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et. al.]**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298p.: Il.color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- AZAMBUJA, M. P. R. Violência doméstica: reflexão sobre o agir profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 25, 4-13. [online], 2005.
- AZEVEDO, Maria Amélia. **Pondo os pingos nos is.** Guia Prático para compreender o fenômeno. Módulo 1A/B do Telecurso de Especialização em violência doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo: LACRI/IPUSP/USP; 1994b.
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Crianças vitimizadas:** a síndrome do pequeno poder. 2. ed. São Paulo: Iglu, 2007.
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Pele de asno não é só história:** um estudo sobre vitimização sexual de crianças e adolescentes em família. São Paulo: Roca, 1988.
- BAHIA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP: **A Violência e A Saúde:** Por que a violência é um problema de saúde pública? Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/divep/arquivos/COPLAM/DANT/A>> Acesso em abr. 2010.
- BARROCO, Maria Lúcia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado.** Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, (Organizador). São Paulo: Cortez, 2012.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social:** fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2008.
- BESERRA, Maria Aparecida et. al.. Negligência contra a criança: um olhar do profissional de saúde. **Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes.** Recife: EDUPE, 2002.
- Braun, Suzana. **A violência sexual na família:** do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre, AGE: 2002.

BRASIL. **Decreto nº. 17.943-A de 12 de Outubro de 1927: Código de Menores.** Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm>. Acesso em fev. 2013.

BRASIL. **Estatuto do Idoso, 2003.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2008_2009_30_11_2010.pdf>. Acesso Mai. 2013.

BRASÍLIA. **Caderno ANDES – n. 2 (1981). Proposta do ANDES – SN para a Universidade Brasileira.** 4ª Edição atualizada e revisada [online]. Brasília/DF, 2013. Disponível em: < <http://portal.andes.org.br/imprensa/documentos/imp-doc-811277708.pdf>>. Acesso em Jun. 2013.

CÂMARA, Sônia. **Sementeira do amanhã: o primeiro congresso brasileiro de proteção à infância e sua perspectiva educativa e regenerada da criança.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro, s/d. Disponível em < <http://www.faced.ufrj.br/colubhe06/anais/arquivos/66SoniaCamara.pdf>>. Acesso em jan. 2013.

CASTRO, Alba Tereza Barroso de. Tendências e contradições da Educação Pública no Brasil: a crise na universidade e as cotas. In: **BOSCHETTI, Ivanete. et. al (organizadoras). Política Social no Capitalismo – Tendências Contemporâneas.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: **BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza B. de, [org.]. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

_____. **Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto.** [s/d]. Disponível em: <<http://www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf>>. Acesso em jul. 2013.

COSTA, Ana Paula Motta. **Os Adolescentes e seus Direitos Fundamentais – Da invisibilidade à indiferença.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

DECLARAÇÃO DE HELSINQUE: sobre os princípios éticos para pesquisas em seres humanos. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medical/09helsinki.htm/>>, Edimburgo, Escócia, 2000. Acesso em jun. 2013.

DESLANDES, Suely F. **Prevenir a Violência: um desafio para profissionais de saúde.** RJ: CLAVES/FIOCRUZ, 1997.

DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu. Atuação dos Serviços de Saúde: dois modelos como inspiração. In: **Violência faz mal à saúde** / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

D'OLIVEIRA, Ana Flávia; COUTO, Márcia Thereza; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública, Vol. 40 special issue. São Paulo, Agosto de 2006.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400016&script=sci_arttext>. Acesso em out. de 2012.

DREZZET, Jefferson et. al.. **Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino.** In: *Jornal de Pediatria*, 2001; 77 (5): 413-9. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n5/v77n5a13.pdf>>. Acesso em nov. de 2012.

DUARTE, Maria Luiza, 1975- **Prevenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes:** procedimentos e orientações/textos final Maria Luiza Duarte e Comitê de Produção- Recife: Rede Tecendo Parcerias, 2005.

FACHIN, Camila Girardi; MIZIARA, Carmem Silvia M. G. **Perfil epidemiológico de crianças envolvidas em bullying.** Disponível em: < http://www.fm.usp.br/gdc/docs/iof_155_8-bulling.pdf>. Acesso em abr. 2013.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: **A arte de governar crianças:** a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. – 3. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA:** trabalhar, punir, educar, assistir, proteger. In: **Caderno Especial nº19 - 15 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente.** Julho-agosto, 2005.

FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. **De medo e sombra:** abuso sexual contra crianças e adolescentes. Natal: A.S. Editores, 2003.

FERREIRA, K. M. M. Violência Doméstica/ Intrafamiliar contra crianças e adolescentes nossa realidade. In: **SILVA. L. M. P. (org). Violência Doméstica contra crianças e adolescentes.** Recife: EDUPE, 2002.

FONSECA, Antônio Cezar Lima da. **Direitos da Criança e do Adolescente.** São Paulo: Atlas, 2011.

FRAGA, Paulo Denisar. Violência: forma de dilaceramento do ser social. **Revista Serviço Social e Sociedade.** Cortez Editora – Ano XXIII, nº 70. Julho/2002.

FRIZZO, Kátia Regina; SARRIERA, Jorge Castellá. **O Conselho Tutelar e a Rede Social na Infância.** *Psicologia USP*, 2005, 16 (4), 175-196. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v16n4/v16n4a09.pdf>>. Acesso em jul. 2013.

GAWRYSZEWSKI, V.P. et al. **A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 11, p. 1269-1278, 2007. (Suplemento).

GONCALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, n.1, pp. 315-319.

GRUPO DE TRABALHO “SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, março de 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=158>. Acesso 10 Jun. 2010.

GUERRA V. N. A. **A violência de Pais contra Filhos: a tragédia revisitada**. São Paulo: Cortez, 2001.

GUERRA V. N. A. **Redes de Desenvolvimento Comunitário: iniciativas para a transformação social**, São Paulo, Global/IDIS, 2004. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br>>. Acesso mai. 2010.

HABIGZANG, Luísa Fernanda et. al . Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 19 (3), 379-386 [online]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em nov. de 2012.

Koshima, K. **Palavra de Criança**. Bahia: CEDECA, 1999. Disponível em <http://www.violenciasexual.org.br/textos/PDF/palavra_crianca_karin_koshima.pdf>. Acesso em nov. de 2012.

KRUG e G et. al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Organização Mundial de Saúde Genebra, 2002.

LACRI. Laboratório da Criança – USP – apud Manual “**Prevenção à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes – Procedimentos e Orientações**”, 2008.

LIBÓRIO, Maria C.; SOUZA, Sônia M. Gomes (org.). **A exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil: reflexões teóricas, relatos de pesquisas e intervenções psicossociais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books>>. Acesso em out. 2010.

LIMA, Cláudia Araújo (coord.) et al.. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

LUNA, Geisy Lanne Muniz; FERREIRA, Renata Carneiro; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.2, pp. 481-91.

MACHADO, Carla; GONÇALVES, Rui Abrunhosa. **Violência e Vítimas de Crimes**. Coimbra: Quarteto, 2003.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. **Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários**. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (4), 871-877, 2007.

MARTINS, Vidigal Fernandes. **Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: o primeiro olhar, uma análise de um Hospital Universitário**. *Revista de Administração e Contabilidade. Faculdade Anísio Teixeira (FAT), Feira de Santana-Ba*, v. 3, n. 2, p. 4-22, julho/dezembro, 2011.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros. et.al. **Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_11_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em mai. 2013.

MÉDICI, A. C. **Hospitais Universitários: passado, presente e futuro**. Rev Ass Med Brasil 2001; 47(2): 149-56. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Acesso em jun. 2013.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de: **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, [online]1997.

_____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006a. 132p.

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, suppl., pp. 1259-1267.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, Suely F. **Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional da Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (5): 1641-1649, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 737 / GM 16 de Maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mar/22/viva_2011.pdf>. Acesso em mai. 2013.

Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, s/d. Disponível em:<<http://www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/politpubl.pdf>>. Acesso em fev. 2013.

Estatuto da Criança e do Adolescente. In: MIRANDA, Humberto da Silva [org.]. **Dossiê direitos da criança e do adolescente**. Recife: CCS Gráfica e Editora, 2010.

NASCIMENTO, Clara Martins do. **Assistência Estudantil e contrarreforma universitária nos anos 2000**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Recife, 2013.

NOGUEIRA NETO, Wanderlino. **Por um sistema de promoção e proteção dos direitos humanos de crianças e adolescentes. Revista Serviço Social e Sociedade nº 83, Especial Criança e Adolescente**. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Dezenove anos do Estatuto da Criança e do Adolescente: duas décadas de direitos da criança e do adolescente, no Brasil**. NET / INESC / Setembro de 2009. Disponível em: <http://www.criancanoparlamento.org.br/sites/default/files/texto_wanderlino_nogueira.pdf>. Acesso em mai. 2013.

OLIVEIRA, Bruno José Cruz. **Políticas Sociais, neoliberalismo e direitos humanos no Brasil**. Revista de Educação, Vol. 5 nº 9, jan/jun 2010, p. 175-183. Disponível em: < <http://e-revista.unioeste.br/index.php/educereeteducare/article/view/3478/3772>>. Acesso em mar. 2013.

PADILHA, Miriam Damasceno. **Criança não deve trabalhar**: a análise sobre o Programa de Erradicação do Trabalho infantil e repercussão nas experiências das famílias participantes. Recife, CEPE, 2006. 265 p.

Pires, Joelza M. et. al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.5 no.1 Recife Jan./Mar. 2005**. Fonte: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292005000100013&script=sci_arttext>. Acesso em Dez. 2011.

Plan Brasil. < <http://www.neca.org.br/bullying>>. Acesso em mai. 2013

RIZZINI, Irene. **O Século Perdido**: Raízes Históricas das Políticas Públicas para a Infância no Brasil. – 3. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco [orgs.]. **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. – 3. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

ROSSI, Dalva. **Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes (Procedimentos de profissionais de saúde do setor público de Campinas / SP)**. Tese de Doutorado. Unicamp, 2004.

RUZANY, Maria Helena; MEIRELLES, Zilah Vieira. **Adolescência, juventude e violência**: identificação, abordagem e conduta. **Revista Adolescência e Saúde. Vol. 6, nº 3 - Jul/Set - 2009. pp. 52-60**. Fonte: < http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=22 >. Acesso em: 15 de Janeiro de 2012.

SAFFIOTI, Heleieth. I. B. No fio da navalha: a violência contra crianças e adolescentes no Brasil. In: MADEIRA, Felícia Reicher [org.]. **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil**. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books>>. Acesso em out. 2012.

_____. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: KUPSTAS, M. (org.) **Violência em Debate**, São Paulo: Editora Moderna, 2000.

_____. A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Crianças vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder. 2. ed. São Paulo: Iglu, 2007.

SALIBA, Orlando. et. al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.41, n.3, pp. 472-477.

SANTOS, Delânio H; VIEIRA, Lilian A. **A violência contra crianças e adolescentes como expressão da questão social e problema de saúde pública**: o papel dos (as) profissionais de saúde na notificação dos casos de violência nos serviços de alta complexidade do SUS em

Recife/PE. Trabalho de Conclusão de Curso. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Recife: 2010.

SILVA, Maria Liduina de Oliveira e. O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Menores: descontinuidades e continuidades. **Revista Serviço Social e Sociedade. n. 83, ano XXVI, set. 2010. Cortez Editora: São Paulo.**

SILVA, Roberto da. **A Construção do Estatuto da Criança e do Adolescente.** Disponível:<<http://www.abmp.org.br/textos/189.htm>. Acesso em nov. 2012

SIMÕES, CARLOS. **Curso de Direito do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2009.

SOARES, Raquel Cavalcante. A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. Recife, 2010. 209 f.: Tese (Doutorado) – UFPE, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2010.

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de Pesquisa Social.** Petrópolis, Vozes: 2004.

TARQUETTE, Stella R. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. **Revista Adolescência e Saúde. Vol. 7, nº 1 - Jan/Mar - 2010. p. 6-11.** Fonte: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=174>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2012.

TELLES, Tiago Santos; et. al. Os direitos de crianças e adolescentes na perspectiva orçamentária. **Revista Serviço Social e Sociedade. n. 105, jan./mar. 2011. Cortez Editora: São Paulo. [online].** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282011000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em jul. 2012.

Universidade Federal de Pernambuco. **Planejamento Estratégico do Hospital das Clínicas de Pernambuco 2011-2106.**

VIVARTA, Veet (coord.). **O grito dos inocentes: os meios de comunicação e a violência sexual contra crianças e adolescentes.** São Paulo: Cortez, 2003.

VOLIC, Catarina; BAPTISTA, Myriam Veras. Aproximações ao conceito de negligência. **Revista Serviço Social e Sociedade nº 83, Especial Criança e Adolescente.** São Paulo: Cortez, 2005.

WALSELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil.** Centro Brasileiro de Estudos Latino-americanos, 2012. Disponível em www.flacso.org.br

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP Relatório Final da Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Violência contra crianças e adolescentes e afirmação de direitos: a notificação compulsória no Hospital das Clínicas de Pernambuco		
Pesquisador: Delânio Santos		
Área Temática: Área 9. A critério do CEP.		
Versão: 2		
CAAE: 04571612.3.0000.5208		
Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DA NOTIFICAÇÃO		
Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final		
Detalha:		
Justificativa: Envio o Relatório Final de minha coleta de dados e os principais resultados		
Data do Envio: 30/07/2013		
Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 345.825		
Data da Relatoria: 06/08/2013		
Apresentação da Notificação:		
A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa		
A notificação foi apresentada com o relatório e o mesmo está adequado e indicou resultados e conclusão.		
Objetivo da Notificação:		
Solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.		
<table border="1"> <tr> <td> Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800 UF: PE Município: RECIFE Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br </td> </tr> </table>		Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800 UF: PE Município: RECIFE Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br
Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800 UF: PE Município: RECIFE Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br		
<small>Página 01 de 02</small>		

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP Relatório Final da Pesquisa (continuação).

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-</p> 																
<p><small>Continuação do Parecer: 345.025</small></p>																
<p>Avaliação dos Riscos e Benefícios: O pesquisador utilizou a orientação para informar os RISCOS e BENEFÍCIOS citados no TCLE;</p>																
<p>Comentários e Considerações sobre a Notificação: A notificação foi apresentada com o relatório e o mesmo está adequado e incluiu resultados e conclusão.</p>																
<p>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: A notificação foi considerada adequada.</p>																
<p>Recomendações: sem recomendações.</p>																
<p>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Aprovado.</p>																
<p>Situação do Parecer: Aprovado</p>																
<p>Necessita Apreciação da CONEP: Não</p>																
<p>Considerações Finais a critério do CEP: O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e aprovado de forma definitiva.</p>																
<p>RECIFE, 31 de Julho de 2013</p> <hr style="width: 20%; margin: auto;"/> <p>Assinador por: GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO (Coordenador)</p>																
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td colspan="4"><small>Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS</small></td></tr><tr><td colspan="2"><small>Bairro: Cidade Universitária</small></td><td colspan="2"><small>CEP: 50.740-600</small></td></tr><tr><td><small>UF: PE</small></td><td><small>Município: RECIFE</small></td><td><small>Telefone: (81)2126-8588</small></td><td><small>Fax: (81)2126-8588</small></td></tr><tr><td colspan="4" style="text-align: right;"><small>E-mail: cepccs@ufpe.br</small></td></tr></table>	<small>Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS</small>				<small>Bairro: Cidade Universitária</small>		<small>CEP: 50.740-600</small>		<small>UF: PE</small>	<small>Município: RECIFE</small>	<small>Telefone: (81)2126-8588</small>	<small>Fax: (81)2126-8588</small>	<small>E-mail: cepccs@ufpe.br</small>			
<small>Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS</small>																
<small>Bairro: Cidade Universitária</small>		<small>CEP: 50.740-600</small>														
<small>UF: PE</small>	<small>Município: RECIFE</small>	<small>Telefone: (81)2126-8588</small>	<small>Fax: (81)2126-8588</small>													
<small>E-mail: cepccs@ufpe.br</small>																
<small>Página 02 de 02</small>																

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumental de Coleta de Dados

Universidade Federal de Pernambuco

Programa de Pós-graduação em Serviço Social

Pesquisa de Conclusão de Mestrado em Serviço Social

Discente: Delânio Horácio dos Santos. **Contato (também a cobrar)** (XX) XXXXXX ou XXXXXX.

Título da Dissertação: Violência contra crianças e adolescentes e afirmação de direitos: a notificação compulsória no Hospital das Clínicas de Pernambuco

Objetivo: Analisar as condições objetivas/subjetivas de concretização da notificação compulsória dos casos suspeitos e/ou confirmados de violências contra crianças e adolescentes, no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC/PE), para efetivação de direitos deste grupo geracional.

I. Identificação

1.1 Profissão (marque uma das opções abaixo)

Médico Assistente Social Enfermeiro Psicólogo

1.2 Sexo

Masculino Feminino

1.3 Idade (anos completos): _____

1.4 Instituição e ano em que se graduou:

1.5 Pós-graduação (caso tenha, especifique a área):

Especialização Mestrado Doutorado Não possui

Em que área? _____

1.6 Tempo exercido na Profissão (anos/meses): _____

1.7 Tempo de trabalho no HC/UFPE (anos/meses): _____

1.8 Faixa Etária das crianças e/ou adolescentes atendidos por você (marque mais de uma opção, caso julgue necessário):

0 a 04 anos

05 a 09 anos

10 a 14 anos

15 a 18 anos

Não soube informar

II Sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

2.1 A respeito do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), responda:

2.1.1 Já necessitou utilizá-lo (o ECA) durante sua intervenção profissional?

Sim **Responda a questão 2.1.2** Não

2.1.2 **Descreva sua ação abaixo e como o utilizou:**

2.2 Você tem conhecimento do artigo 13 do ECA (Comunicado ao Conselho Tutelar dos casos suspeitos ou confirmados de violência infanto-adolescente)?

Sim– **Responda a questão 2.2.1**

Sim, mas sei apenas o que está descrito acima

Não– **Pule para a questão 2.3**

Não soube informar– **Pule para a questão 2.3**

2.2.1 Acrescente com o que você ainda conhece a respeito do artigo citado:

2.3 Você tem conhecimento do artigo 245 do ECA (sanção acerca do descumprimento do Art. 13 do ECA)?

- Sim – **Responda a questão 2.3.1**
- Sim, mas sei apenas o que está descrito acima
- Não– **Pule para a questão 3.1**
- Não soube informar – **Pule para a questão 3.1**

2.3.1 Acrescente com o que você ainda conhece a respeito do artigo citado:

III Atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica/intrafamiliar

3.1 Em sua opinião, em que consiste a violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes?

3.2 Já suspeitou de caso de violência doméstica/intrafamiliar contra criança e adolescente?

Sim, uma vez () – **Responda da questão 3.3 em diante**

Sim, mais de uma vez () – **Responda da questão 3.3 em diante**

Não () – **Responda da questão 3.7 em diante**

Não soube informar () **Responda da questão 3.7 em diante**

3.3 Qual(is) a(s) conduta(s) adotada(s) (caso julgue necessário, assinale mais de uma alternativa) após suspeita?

() Comunicou-se com o chefe do setor

() Comunicou-se com algum colega de profissão

() Conversou com o acompanhante (pais e/ou responsável)

() Conversou com a vítima em particular

() Entrou em contato com o Serviço Social

() Omitiu-se, por se sentir acuado pela presença de parente da vítima

() Não se envolveu, por ser um assunto de família

() Não soube como agir

3.4 O caso foi notificado utilizando-se a Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências interpessoais, do Ministério da Saúde?

() sim - **Responda a questão 3.5**

() não – **Pule para 3.6**

3.5 Após a Notificação, você:

() Encaminhou o caso ao Conselho Tutelar

() Encaminhou à Gerência de Proteção à criança e ao adolescente (GPCA)

() Encaminhou ao Ministério Público

() Deixou a ficha anexa ao prontuário do paciente apenas

- Não realizou encaminhamento por não conhecer a rede socioassistencial
- Não realizou encaminhamento por não acreditar na resolubilidade da rede socioassistencial
- Outro (s)

(Especifique):

3.6 Qual (quais) a (as) razão (razões) da subnotificação (não notificação):

- Por achar que o fato [a violência] é uma questão familiar
- Por não saber como agir
- Não conceber como responsabilidade
- Medo de prejudicar a vítima
- Receio em sofrer represália por parte do possível agressor
- Desconhecer a Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências interpessoais, do Ministério da Saúde
- Não ter tempo de preenchê-la [Ficha]
- Por dificuldades na identificação do caso
- Não quebrar o sigilo profissional
- Não atendi crianças e adolescentes vítimas de violência
- Não conhecer a Rede de Proteção às vítimas de violência
- Desconhecimento de leis, portarias, se há algum artigo no código de ética profissional, leis específicas para crianças e adolescentes vítimas de violência
- Outra (s) (Especifique):

3.7 O que você entende por Notificação da violência doméstica/intrafamiliar contra criança e adolescente?

3.8 Caso tenha encontrado dificuldade em diagnosticar se o/a paciente foi vítima de violência, qual (is) a(s) razão (razões)? – **Assinale mais de uma alternativa, se julgar necessário:**

- Ausência do tema na grade curricular
- Dúvida quanto ao relato dos pais e/ou responsáveis acerca do fato ocorrido
- Não havia equipamentos (maquinário para exames etc.) no HC/UFPE necessários para diagnosticar se houve violência
- Desconhecimento de sinais/marcas de violência
- Outro (s)

(Especifique):

3.9 Durante seu processo de formação acadêmica seu curso ofertou alguma disciplina que abordasse a temática da violência?

- sim
- não
- não soube informar

3.10 O Código de Ética de sua profissão trata de maneira a denunciar a violência doméstica/intrafamiliar infanto-adolescente?

- sim não não soube informar

IV – Condições Objetivas para atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica/intrafamiliar no HC/UFPE

4.1 A notificação no HC/UFPE dos casos de violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes está Normatizada/Regularizada pela Instituição?

- () sim
 () não
 () Não soube informar

4.2 Assinale no quadro abaixo, se o HC/UFPE dispõe espaço físico e materiais existentes (indique a quantidade), e se eles atendem às necessidades:

Espaços/materiais	Quantidade	Atende às Necessidades		Não soube informar
		Sim	Não	
Sala de atendimento individual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de atendimento à família da vítima		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espaço de estudos/discussões multiprofissionais sobre os casos de violência atendidos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possui tecnologias para identificar a natureza das lesões		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há equipamentos para realização de Profilaxia DST, HIV, Hepatite B, coleta de sangue, coleta de sêmen, coleta de secreção vaginal, contracepção de emergência.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro Qual? _____ _____ _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3 Dos espaços de sensibilização a respeito do enfrentamento à violência doméstica/intrafamiliar mencionados a seguir, quais deles foram oferecidos no HC/UFPE? (múltipla escolha)

- Capacitação
 - Seminários
 - Encontros Multiprofissionais
 - Grupos de Estudos
 - Outro. Especifique: _____
 - Não houve espaços de sensibilização
 - Não sei informar
-

V – Saúde Pública e Enfrentamento da Violência doméstica/intrafamiliar Infanto-adolescente

5.1 Qual a importância do setor de saúde pública para o enfrentamento da violência doméstica/intrafamiliar Infanto-adolescente?

5.2 Qual o papel do/a profissional de saúde no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica/intrafamiliar?

5.3 Descreva o que você conhece a respeito da Portaria n. 1.968/2001, do Ministério da Saúde, que versa sobre a notificação das violências contra crianças e adolescentes:

APÊNDICE B – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CCS/UFPE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **Violência contra crianças e adolescentes e afirmação de direitos: a notificação compulsória no Hospital das Clínicas de Pernambuco**, cujo objetivo geral é: Analisar as condições objetivas/subjetivas de concretização da notificação compulsória dos casos suspeitos e/ou confirmados de violências contra crianças e adolescentes, no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC/PE), para efetivação de direitos deste grupo geracional.

Será aplicado um questionário semiestruturado, que ficará sob responsabilidade do pesquisador por um período mínimo de cinco anos, posteriormente incinerados, e os dados armazenados no computador de domínio próprio. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

O(a) Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. A pesquisa pode oferecer riscos mínimos ao Sr(a), relacionados a constrangimentos no ato da resposta ao questionário semiestruturado, mesmo que ela pautar-se no respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos envolvidos, contudo minimizados através do esclarecimento dos objetivos e benefícios com sua participação, assim como pelo anonimato de seu nome. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir com a melhoria nos serviços sócio-assistenciais, prestados a crianças e adolescentes vítimas de violências demandantes deste Hospital, também com a discussão teórico-metodológica acerca desta temática. Os benefícios ao pesquisador serão o acesso a elementos necessários ao término desta pesquisa de conclusão de Mestrado em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, assim como o enriquecimento teórico e metodológico do mesmo.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Delânio Horácio dos Santos (Pesquisador Responsável). Endereço: Rua General Canabarro, 129, Paratibe, Paulista-PE. CEP: 53415-300.

Contato (Inclusive a cobrar): (81) 8713.4092 / 9873.5107. E-mail: delsantos1983@gmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 04, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 Tel.: 2126 8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Delânio Horácio dos Santos (Pesquisador Responsável)

Recife, ____, de _____ de 20__.

Assinatura Pesquisador Responsável: _____.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/
CPF/_____, abaixo assinado, concordo em
participar do estudo **Violência contra crianças e adolescentes e afirmação de direitos: a
notificação compulsória no Hospital das Clínicas de Pernambuco**, como sujeito. Fui devidamente
informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a).

Recife, ____ de _____ de 20____.

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____.

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em
participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____