

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

CRISTIANE SONEGO

**A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A
INTERVENÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
PONTA GROSSA**

PONTA GROSSA
2006

CRISTIANE SONEGO

**A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A
INTERVENÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
PONTA GROSSA**

Dissertação apresentada para a obtenção do
título de mestre na Universidade Estadual de
Ponta Grossa, Área Ciências Sociais
Aplicadas.

Orientador: Prof.^a Dr.^a. Divanir Eulália Naréssi
Munhoz.

PONTA GROSSA
2006

Ficha catalográfica elaborada por Cristina Maria Botelho CRB-9-994/BICEN/UEPG

S698v Sonego, Cristiane
 A violência familiar contra crianças e adolescentes e a
 intervenção das equipes de saúde da família do município de Ponta
 Grossa / Cristiane Sonego.
 Ponta Grossa, 2006.
 287 f.

 Dissertação (mestrado) Ciências Sociais Aplicadas, da
 Universidade Estadual de Ponta Grossa.
 Orientador: Prof.^a Dr^a. Divanir Eulália Naréssi Munhoz.

 1-Violência 2-Violência familiar. 2-Programa Saúde da Família.
 3-Relação família-sociedade. I.T.

CDD: 362.7

TERMO DE APROVAÇÃO

CRISTIANE SONEGO

“VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E A INTERVENÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Divanir Eulália Naréssi Munhoz - UEPG
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof. Dr. João Bosco da Rocha Strozzi – PUC-PR.
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof^a. Dr^a. Solange Barbosa de Moraes Barros – UEPG
Universidade Estadual de Ponta Grossa

AGRADECIMENTOS

A Deus....

Que sempre esteve presente em minha vida e que me guiou e iluminou durante a realização desse trabalho.

A minha Orientadora Prof^a Dr^a Divanir Eulália Naréssi Munhoz...

Pela confiança, paciência, dedicação. Por ter acreditado no meu trabalho e por, ao meu lado, torná-lo concreto.

Aos meus pais.....Olga e Valmir....

Pela presença constante. Por acreditarem em meus sonhos e por sonhá-los junto comigo. Pelo apoio irrestrito, em todos os momentos de minha vida.

Aos meus irmãos Valdir e Agnaldo e minhas irmãs Rosana e Sueli. Aos meus cunhados Soares e Títo e minhas cunhadas Luiza e Rosângela....

Pelo apoio, ajuda e incentivo. Mesmo distante fisicamente, pela presença e participação em minha vida. Por compartilhar comigo essa vitória e, principalmente, por dar sentido a palavra família. Amo todos vocês.

Aos seus sobrinhos....Halysson, Camila, Ederson, Giovana, Juliana, Francielle e, especialmente, minha sobrinha e afilhada Ana Beatriz....

Por iluminarem minha vida. Por me fazerem lembrar, constantemente, a doçura e a ingenuidade de ser criança. Por me incentivarem e inspirarem, em vários e vários momentos, durante a construção desse trabalho.

A Prof^a Dr^a Solange Barbosa de Moraes Barros e ao Prof^o Dr^o João Bosco da Rocha Strozzi....

Por compartilharem comigo seus conhecimentos. Pela valiosa reflexão e contribuição para a concretização desse trabalho.

*A minha querida amiga **Eliane**....*

Por compartilhar comigo o real significado da palavra amizade. Você está presente, sempre, no meu coração e nas minhas lembranças.

*Aos meus amigos..... **Fátima, Adriano, Tereza e Regiane**....*

Por me incentivarem a concluir mais uma fase da minha formação profissional. Pela paciência, por agüentarem os meus momentos de estresse e loucura e, mesmo assim, continuarem meus amigos. Meus verdadeiros amigos....Obrigada!

*Aos Professores do Departamento de Serviço Social ...**Lúcia do Vale, Luiza, Liza, Édina, Cleide, Lúcia Cortes, Jussara, Virgínia, Sandra, Gisele, Danuta e Roseni**....*

Amigas queridas, que acreditaram em mim e que me apoiaram e incentivaram nessa caminhada. Obrigada por me apresentarem um ambiente de trabalho cercado de competência, respeito e confiança e por terem reforçado em mim o amor e o respeito pela nossa profissão.

*Aos **colegas de Mestrado**....*

*Por compartilhar comigo os desafios e as conquistas dessa etapa. Especialmente, a **Rúbia, a Maria Cecília e a Liliana**, por me privilegiarem com o aprendizado mais precioso, o da amizade.*

*Aos **professores do Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas**....*

Exemplos de dedicação, comprometimento e competência. Por nos proporcionarem momentos de enriquecimento profissional e também pessoal.

*A **todos os profissionais** que participaram dessa pesquisa....*

Pela valiosa participação. Por compartilharem, comigo, o compromisso de lutar contra a violência e em favor da valorização das crianças e dos adolescentes em nossa sociedade, acreditando, enfim, na causa defendida nesse trabalho.

*“A diferença entre o possível e o impossível
está na vontade humana.”*

(Louis Pasteur)

RESUMO

A problemática da violência praticada no meio familiar apresenta-se como uma realidade vivida por um grande número de crianças e adolescentes na conjuntura atual, trazendo, juntamente como o uso indevido da autoridade dos pais, consequências à saúde de quem a sofre. Diante dessa constatação, buscamos, com a presente pesquisa, trazer à tona discussão sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes e seu enfrentamento na área da saúde, através do Programa Saúde da Família no Município de Ponta Grossa. Temos como objetivo geral discutir o fenômeno violência familiar contra crianças e adolescentes e analisar a atuação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família desse Município junto aos casos de ocorrência desse problema. Para tanto, dentro de uma proposta de pesquisa quantitativa e qualitativa, valemo-nos de ampla revisão bibliográfica para fundamentar a abordagem direta da realidade, procedida através questionário com perguntas abertas e fechadas e de entrevista semi-estruturada, bem como para subsidiar a análise das informações obtidas através desses instrumentos. Nosso trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo, abordamos a violência nas relações sociais, incluindo a violência ocorrida no meio familiar contra crianças e adolescentes, considerando seus aspectos históricos e as bases legais constituídas para seu combate. No segundo capítulo, discutimos o fenômeno violência familiar contra crianças e adolescentes, seus conceitos, suas manifestações, suas características e sua expressão na conjuntura atual. No terceiro capítulo, abordamos a relação entre o combate à violência e a política de saúde brasileira e o papel do Programa Saúde da Família na intervenção sobre a problemática. E, por fim, no quarto capítulo, apresentamos, através da análise dos dados coletados, o enfrentamento da violência familiar contra criança e adolescente pelo Programa Saúde da Família do Município de Ponta Grossa – PR. Buscamos, com a pesquisa proposta, contribuir para a ampliação da discussão sobre violência familiar dirigida a crianças e adolescentes, apontando a importância da atuação dos profissionais do Programa Saúde da Família frente a essa realidade. Em considerações finais, apresentamos sugestões no sentido de otimizar a atuação dessas equipes em relação ao problema.

PALAVRAS-CHAVES: violência familiar contra criança e adolescente; Programa Saúde da Família; intervenção profissional; trabalho interdisciplinar; violência e múltiplas determinações; relação família-sociedade.

ABSTRACT

The problem of violence practiced in the family environment presents itself as a reality which is lived by a large number of children and adolescents nowadays, bringing about, together with the abusive use of parents' authority, consequences to the children's health. Facing such a problem, this research aimed at raising the discussion on home violence against children and adolescents and the fight against it in the Health System, through the Family Health Program in the city of Ponta Grossa. The general objective of this work is to discuss the phenomenon of home violence and analyze the interference of professionals in the Family Health Teams in this town. In order to achieve this objective, within a proposal of quantitative and qualitative research, an ample literature review was carried out to provide the basis and approach the reality directly, as well as to support the analysis of data collected. A questionnaire with open and closed questions and a semi-structured interview were used. The work is divided into four chapters. In the first chapter, the violence in social relations, including home violence against children and adolescents, is approached, considering its historical aspects and the legal constituted basis for its combat. The second chapter discusses home violence against children and adolescents, its concepts, manifestations, characteristics and its expression in the current social context. The relation between violence fighting and the Brazilian Health Policy as well as the role of the Family Health Program intervention on the problem are surveyed. Chapter four deals with the data analysis, the fight against home violence against children and adolescents by the Family Health Program in Ponta Grossa - PR. The research tried to contribute to the widening of the discussion about home violence against children and adolescents, pointing out the importance of the Family Health Program professionals' interference. As final considerations we present suggestions to optimize these teams work towards the problem.

Key-words: home violence against children and adolescents; Family Health Program; professional intervention, interdisciplinary work; violence and multiple determinations, family-society relation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	Relação entre a Violência Familiar e danos à saúde das Crianças e dos Adolescentes.....	159
GRÁFICO 2	Expressões da Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes identificadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa.....	174
GRÁFICO 3	Expressões da Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes atendidas pelas Equipes de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa durante o ano de 2003.....	180
GRÁFICO 4	Natureza dos problemas de saúde causados pela Violência Familiar às Crianças e aos Adolescentes (por número de profissionais).....	195
GRÁFICO 5	Importância da Atuação das Equipes de Saúde da Família nos casos de Violência Familiar contra Crianças e adolescentes.....	217
GRÁFICO 6	Número de casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes conhecidos pelos profissionais de cada Equipe em 2003.....	220
GRÁFICO 7	Intervenção das Equipes de Saúde da Família nos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes.....	221
GRÁFICO 8	Formas de intervenção adotadas pelas Equipes nos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes.....	224
GRÁFICO 9	Participação dos profissionais das Equipes no atendimento dos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes.....	241
GRÁFICO 10	Forma como os profissionais das ESF tomaram conhecimento dos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes atendidos em 2003.....	252
GRÁFICO 11	Profissionais que informaram os casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes atendidos pelas Equipes em 2003.....	256
GRÁFICO 12	Existência de dificuldades/problemas para a atuação dos profissionais nos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes.....	260
GRÁFICO 13	Dificuldades elencadas pelos profissionais para atuação nos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes (por número de profissionais).....	261

LISTA DE TABELA

TABELA	Unidades de Saúde da Família no Município de Ponta Grossa,	
1	número de equipes e área de abrangência – 2006.....	152

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
------------------------------------	-----------

CAPÍTULO I – A VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES SOCIAIS: UMA APROXIMAÇÃO HISTÓRICA E CONJUNTURAL DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	21
---	-----------

1	A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA.....	21
1.1	Sobre agressividade e violência: uma discussão indispensável.....	21
1.2	Poder e autoridade: relação necessária com a violência?.....	28
2	A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: VISITANDO A HISTÓRIA.....	32
2.1	Análise histórica do fenômeno no cenário internacional.....	32
2.2	A violência na história da infância e da adolescência no cenário brasileiro..	40
3	A CONTESTAÇÃO DAS CONDIÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS VIVIDAS POR CRIANÇAS E POR ADOLESCENTES E A LUTA PELA DEFESA DE SEUS DIREITOS.....	48

CAPÍTULO II – O FENÔMENO VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CONCEITOS, EXPRESSÕES E CARACTERÍSTICAS.....	61
---	-----------

1	ASPECTOS GERAIS DA PROBLEMÁTICA.....	61
1.1	O pacto de silêncio.....	66
1.2	Potenciais determinantes do fenômeno.....	69
2	FORMAS DE EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	71
2.1	Violência Física.....	71
2.2	Negligência.....	80
2.3	Violência Sexual.....	86
2.4	Violência Psicológica.....	92
3	PANORAMA DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CONTEMPORANEIDADE BRASILEIRA.....	94

CAPÍTULO III – RELAÇÃO ENTRE O COMBATE À VIOLÊNCIA E A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: UM FENÔMENO PARA A INTERVENÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA..... 102

1	COMBATE À VIOLÊNCIA E POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: PONTOS DE ENCONTRO E DESENCONTRO.....	102
1.1	A preocupação com a violência na política de saúde brasileira.....	102
1.2	Estratégias de enfrentamento da violência na contemporaneidade.....	109
1.3	Intervenções da área da saúde sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes.....	115
2	O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....	121
2.1	A origem da atenção à saúde da família: caminhos para a construção do Programa Saúde da Família no Brasil.....	121
2.2	Características do Programa Saúde da Família – PSF.....	129
2.3	Atribuições gerais e ações da Equipe de Saúde da Família.....	132
3	O PSF NO ESTADO DO PARANÁ.....	141

CAPÍTULO IV – A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SEU ENFRENTAMENTO PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA..... 145

1	O PSF NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA.....	145
2	PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	155
3	RESPOSTAS DA REALIDADE: CENAS IDENTIFICADAS NO CENÁRIO PESQUISADO.....	159
3.1	Concepção de violência familiar.....	160
3.1.1	Universo da violência.....	160
3.1.2	As múltiplas faces da violência familiar contra crianças e adolescentes.....	173
3.2	Causas da violência familiar contra crianças e adolescentes.....	187
3.3	Consequências da violência familiar contra crianças e adolescentes.....	195
3.3.1	Consequências na saúde física.....	199
3.3.2	Consequências na saúde psicológica.....	203
3.4	O PSF e a violência familiar contra crianças e adolescentes: enfrentamento e intervenção.....	214
3.5	Recuperação e promoção: enfrentando os efeitos.....	223
3.6	Atuação e discussão do tema na interdisciplinaridade.....	241
3.7	Realidade da violência familiar contra crianças e adolescentes na área de abrangência do PSF: como os profissionais ficam sabendo.....	252
3.8	Dificuldades enfrentadas.....	260
3.8.1	Dificuldades de diferentes naturezas: pacto de silêncio, medo, estrutura insuficiente, falta de parcerias.....	262
3.8.2	Falta de treinamento para as ações em PSF.....	268

CONSIDERAÇÕES FINAIS: FORMAS POSSÍVEIS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	272
REFERÊNCIAS.....	279
APÊNDICE A – Questionário.....	294
APÊNDICE B – Entrevista.....	299

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A construção do conceito de infância e adolescência caminha junto com a construção do conceito de família; em cada momento histórico, e através dos valores e normas sociais apresentadas, eles podem assumir características diferenciadas. Nessa construção são delimitados os papéis que cada indivíduo assume na família, o lugar que lhes é determinado, bem como a função social desse grupo.

Conforme o artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990, p.01), “Considera-se criança, para os efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”.

A família representa “[...] uma instituição constituída por vários indivíduos que compartilham circunstâncias históricas, culturais, sociais, religiosas, econômicas e afetivas [...]” e, por esse fato, devemos percebê-la “[...] como uma unidade social emissora e receptora de influências culturais, religiosas e de acontecimentos históricos”. (FERRARI, 2002, p. 89).

Em se tratando da função social assumida pela família, podemos destacar que uma de suas atribuições mais importantes é a de socialização dos indivíduos, ou seja, esse grupo vem se afirmando, histórica e socialmente, como primeiro e principal responsável pela formação de seus membros.

Diante de tal incumbência, aos pais e/ou responsáveis por crianças e adolescentes é delegada a responsabilidade de proteger esses sujeitos e a autoridade de educá-los para desenvolverem suas funções sociais. Contudo, muitas

vezes, a responsabilidade (o dever) de proteger e a autoridade designada são compreendidas de forma equivocada, possibilitando a afirmação de relações pautadas no abuso de poder do adulto (adultocentrismo) e no conseqüente autoritarismo.

Nesse contexto, emerge no meio familiar a violência dirigida contra crianças e adolescentes, em suas diversas expressões, desencadeadas nas relações estabelecidas entre pais/responsáveis e filhos. As crianças e os adolescentes são vulneráveis a esta forma de violência, principalmente porque dependem dos adultos e têm neles suas principais fontes de transmissão de valores, normas e afeto.

A violência familiar representa um dos principais problemas que atinge crianças e adolescentes, especialmente as primeiras (em função da maior fragilidade), no cenário brasileiro atual, muito embora represente um fato que perpassa a história, apresentando-se através de diversas faces, onde os valores e normas culturais das diferentes sociedades e o contexto vivido por elas tornam-se fatores determinantes para a sua compreensão.

É fato constatado que o fenômeno vem ganhando visibilidade no cenário nacional, chamando à responsabilidade, principalmente, o Estado, que, diante da repercussão da violência, vem reconhecendo-a como um desafio a ser enfrentado pelos órgãos governamentais.

A repercussão das conseqüências da violência familiar na saúde de crianças e adolescentes tem afirmado a área da saúde como um dos principais meios governamentais de combate a esta problemática, e dessa forma a violência vem sendo considerada um problema de saúde pública. Assim, o Ministério da Saúde tem buscado, nas últimas décadas, construir e reconstruir conhecimento e ações que dêem conta de atuar sobre o fenômeno. A aproximação à referida área tem se

pautado, atualmente, na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

A proposta da pesquisa que fundamenta esta dissertação foi construída a partir do trabalho realizado com duas Equipes de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa, através do Projeto de Extensão “O Serviço Social no PSF de Ponta Grossa”, vinculado ao Departamento de Serviço Social, da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Essa aproximação nos possibilitou constatar, através da participação do processo de territorialização realizado pelas Equipes da Unidade de Saúde da Família e das conversas realizadas com os profissionais da mesma, que a violência contra crianças e adolescentes representava um problema presente nas famílias sob sua responsabilidade.

Assim, configuramos como nosso objeto de estudo a violência familiar contra crianças e adolescentes e seu enfrentamento na área da saúde, através do Programa Saúde da Família no Município de Ponta Grossa. E nosso objetivo principal, com a pesquisa pretendida, foi discutir a questão da violência familiar contra crianças e adolescentes e analisar a atuação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa frente a ela.

Partimos de alguns pressupostos básicos: de que as Equipes de Saúde da Família, devido a sua proximidade com as famílias que fazem parte de sua área de abrangência, estão mais próximas para a identificação de casos de violência contra crianças e adolescentes cometida no meio familiar; de que a presença de profissionais de diferentes áreas proporciona a realização de intervenções mais próximas da realidade dos casos, considerando os variados aspectos que os envolvem; e de que mesmo sendo a violência uma realidade cada vez mais presente

na vida de algumas crianças e adolescentes atendidos pelas Equipes de Saúde da Família, a formação acadêmica desses profissionais e/ou o seu treinamento para atuação conjunta nessas equipes não inclui necessariamente preparo para intervir nesses casos.

Para responder à proposta lançada em nossa pesquisa, buscamos, com base no método dialético, compreender a realidade numa perspectiva ampla, permeada por múltiplos e complexos determinantes e por contradições; entendê-la em sua capacidade de mudança e transformação permanente, onde os valores histórico-culturais, político-sociais e econômicos interagem continuamente, construindo e reconstruindo a biografia humana.

Sendo assim, a pesquisa que nos propusemos desenvolver buscou contribuir, sob uma visão crítica da realidade, para o enriquecimento dos estudos já realizados na área da violência contra crianças e adolescentes ocorrida no âmbito familiar e na área da saúde.

Para que pudéssemos abordar o fenômeno proposto de forma consistente, utilizamos basicamente a revisão bibliográfica. Buscamos, então, colher concepções de diferentes autores que discutem os aspectos aqui trabalhados – tais como violência, saúde, Programa Saúde da Família, entre outros, sob pontos de vista diferenciados e ao mesmo tempo complementares, no sentido não só de ampliar nossa percepção acerca dos diversos aspectos que envolvem o tema, mas também de ultrapassar limites de possíveis interpretações sumárias e reducionistas. O material colhido através da revisão bibliográfica nos serviu como âncora para abordagem da realidade, bem como para análise dos dados numéricos e das falas resultantes dessa abordagem.

Trata-se de um estudo que busca uma aproximação quantitativa e qualitativa da realidade do objeto em questão.

A aproximação quantitativa contribui para a obtenção de informações mais gerais sobre a realidade, apresentando dados que possibilitam uma identificação primeira do objeto enfocado. Como observa Minayo (1998, p.22), o “[...] conjunto de dados quantitativos e qualitativos [...] se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

Assim, a aproximação com a realidade da violência familiar empregada contra crianças e adolescentes nas famílias atendidas pelas Equipes de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa, bem como da atuação dos profissionais dessas equipes em relação à problemática estudada, foi desenvolvida mediante a aplicação de questionário, que “[...] representa uma série de perguntas e questões cuja forma, aberta ou fechada, configura tipos de coleta de dados quantitativos e qualitativos”. (RIZZINI, 1999, p.76). No caso deste estudo, as questões abertas foram complementares às questões que já ofereceram aos sujeitos respondentes alternativas previamente construídas/oferecidas pelo pesquisador (questões fechadas). (APÊNDICE A).

Os resultados do questionário nos trouxeram a confirmação de que a violência familiar contra crianças e adolescentes representa uma das demandas das Equipes de Saúde da Família do Município, possibilitando maior aproximação do fenômeno estudado, ao refletirem a compreensão, por parte das equipes, da realidade apresentada pelas famílias e também os conhecimentos desses profissionais sobre o assunto.

Esses resultados nos possibilitaram elencar determinantes para a escolha dos sujeitos que participaram da entrevista. (APÊNDICE B). Isso porque utilizamos

também, em nossa pesquisa, a entrevista semi-estruturada, a qual, como nos mostra Triviños (1987, p.146), “[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa [...]”; assim, “[...] o informante, dentro de um foco colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa”.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa contribui na medida em que “[...] trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”. (MINAYO, 1998, p.21). Esses fatores a tornam de fundamental importância em nosso estudo, visto que a partir dela podemos vislumbrar o ser social através de suas atitudes e sua compreensão dos fatos, esses construídos através da relação estabelecida com os demais indivíduos e com o meio social e a formação cultural na sua forma mais ampla; desse modo, nos permite apreender, com maior eficácia, os significados da vida cotidiana e a relação do sujeito com o seu meio.

Através da pesquisa qualitativa, pudemos, então, aprofundar o conhecimento da realidade investigada e captar, junto aos sujeitos pesquisados, de que forma eles percebem a mesma, e, a partir dessa maior aproximação com os sujeitos, decodificar e interpretar as informações, bem como construir respostas para enfrentamento da problemática levantada.

O presente trabalho apresenta-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo, buscamos discutir a relação entre a violência e os seres humanos; suas características. Também buscamos discutir a violência contra à infância e à adolescência na história, além da construção dos direitos das crianças e dos adolescentes no cenário internacional e no cenário nacional.

No segundo capítulo apresentamos as discussões teóricas sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes, suas características e suas expressões, bem como dados que apontam a realidade da violência familiar contra crianças e adolescentes no país e no Município.

No terceiro capítulo, iniciamos a discussão sobre a relação violência e saúde, apontando os fatores históricos e as atuais alternativas de enfrentamento do problema por parte da política pública de saúde brasileira. Discutimos a construção da estratégia Programa Saúde da Família, considerando os determinantes históricos no cenário mundial e no cenário brasileiro, bem como suas características no contexto atual.

No quarto capítulo, apresentamos, inicialmente, as características do Programa no Município de Ponta Grossa tendo em vista que este representa nosso universo de pesquisa e, na seqüência, os caminhos percorridos para a coleta dos dados. Ainda nesse capítulo, buscamos interpretar a realidade da violência familiar contra crianças e adolescentes e a intervenção dos profissionais do Programa Saúde da Família frente a esses casos. Procedemos a análise dos dados coletados, considerando inicialmente a construção conceitual, a identificação das expressões do fenômeno, a discussão sobre as possíveis causas dessa manifestação da violência e a discussão sobre suas conseqüências. Posteriormente, trabalhamos o enfrentamento da violência em questão pelo Programa Saúde da Família de Ponta Grossa, as estratégias de enfrentamento, a discussão na interdisciplinaridade, a identificação dos casos e as dificuldades encontradas pelos profissionais para atuarem diante da violência familiar contra crianças e adolescentes.

Em considerações finais, partindo dos dados apresentados, buscamos apresentar algumas sugestões, no sentido de otimizar a atuação dessas equipes em relação ao problema.

CAPÍTULO I

A VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES SOCIAIS: UMA APROXIMAÇÃO HISTÓRICA E CONJUNTURAL DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

1 A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA

1.1 SOBRE AGRESSIVIDADE E VIOLÊNCIA: UMA DISCUSSÃO INDISPENSÁVEL

Torna-se cada vez mais evidente na sociedade brasileira, bem como no cenário mundial, a presença da violência e de suas conseqüências na vida de quem a sofre, considerando-se que essas conseqüências se alastram atingindo não apenas os aspectos individuais e subjetivos das vítimas, mas também os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade de forma geral.

É devido a esse cenário, em que se molda a violência e onde essa passa a representar um dos principais problemas vividos hoje pela população, que se iniciam e/ou se fortalecem as discussões e estratégias de enfrentamento da problemática. Cientificamente, os estudos que tentam dar conta de compreendê-la têm apontado para diversas perspectivas, o que possibilita que encontremos diferentes explicações sobre a violência.

Um dos elementos que constituem o ser humano é a agressividade; agressividade para o enfrentamento dos desafios presentes na vida, em seus diferentes aspectos. Ela faz parte da condição humana, pois, como observa Fraga (2002, p.45), um indivíduo “[...] sem agressividade é inerte, sem qualquer possibilidade de iniciativa ou defesa – no máximo, um autômato, um ser ‘programado’, que age segundo a vontade de outrem”.

Porém, alguns estudos defendem a hipótese de que a violência também é característica inerente aos seres humanos, representando ela a única forma de expressão da agressividade humana. Como exemplo dessa abordagem podemos citar a obra de Roger Dadoun, intitulada *A violência* (1998), na qual o autor configura o ser humano enquanto “*homo violens*”, ou seja, “[...] definido, estruturado, intrínseca e fundamentalmente pela violência”. (DADOON, 1998, p.08). Sendo assim, a violência faria parte de todas as fases da vida humana (do nascimento à morte), estando presente em todas ações adotadas e fatos vividos pelos homens.

Nessa perspectiva se forma a idéia de que a agressividade humana apresenta-se por meio da violência. Contudo, Faleiros (1998, p.7) nos alerta que perceber a problemática sob essa ótica “[...] traz o perigo de naturalizá-la, tornando-a tão genérica e permanente que se torna impossível distinguir e analisar as manifestações concretas da mesma”.

Devemos ressaltar, assim, que, embora a agressividade seja um elemento constitutivo do homem, sendo considerada “[...] condição absolutamente necessária para a atividade humana” (FRAGA, 2002, p.45); a violência, por sua vez, constitui apenas uma expressão – negativa, perversa – da agressividade. Nesta perspectiva, Fraga (2002, p.45) afirma que segundo

[...] determinadas circunstâncias sociais e psíquicas, a agressividade pode ser canalizada tanto para um ato destrutivo da mais pura violência, como para as faculdades que orientam a formação da aprendizagem do indivíduo. Toda violência pressupõe agressividade, mas nem toda agressividade pressupõe violência, assim como toda atividade humana pressupõe agressividade, porém não violência.

Desse modo, mesmo a agressividade sendo uma característica do ser humano, desenvolvida nas diversas ações vivenciadas por estes, podendo revelar faces da violência, não estão elas – agressividade e violência – necessariamente

ligadas. Isto porque a violência representa, como já afirmamos, uma expressão – negativa – da agressividade humana e não a única forma de configuração desta.

Partindo dessa compreensão, Azevedo (2000) destaca que a violência se faz presente através do domínio da cultura, onde os valores e normas sociais, assim como o pressuposto de domínio de um homem sobre o outro, são criados e propagados; enquanto a agressividade pertence ao domínio da natureza. Assim, a violência se afirma através da dinâmica das relações sociais desenvolvidas durante a história humana, onde os valores culturais formados e propagados possibilitaram a sua construção.

A afirmativa aqui apresentada pode ser reforçada através dos estudos de Rousseau em seu livro *O Contrato Social* (1999). Segundo o autor, a partir do momento em que os homens passaram a constituir laços familiares e comunitários, a compartilhar de costumes e valores, ocorreu a ampliação das relações sociais. Os seres humanos estabeleceram laços de afetividade, mas também passaram a conviver com sentimentos como vaidade, inveja, vingança, crueldade, entre outros que contribuíam para a afirmação dos valores de dominação e de desigualdade social e, assim, para a construção da violência.

Eis, pois, o grau a que chegou a maior parte dos selvagens que conhecemos; e por não terem distinguido suficientemente as idéias e não terem observado quanto esses povos já se encontravam longe do estado natural, muitos autores se apressaram em concluir que o homem é naturalmente cruel, que se faz necessária a política a fim de o suavizar, enquanto que ninguém é tão suave como ele em seu estado primitivo, quando, colocado pela Natureza igualmente distante da estupidez dos brutos e dos funestos conhecimentos do homem civil, e limitado igualmente pelo instinto e pela razão para se garantir do mal que o ameaça, é contido pela piedade natural no sentido de praticar o mal a quem quer que seja, sem a isto ser levado, mesmo depois de tê-lo recebido. (ROUSSEAU, 1999, p.181-182).

Essa citação de Rousseau deixa claro que, por natureza, o homem não cometeria violência contra seus semelhantes, mesmo que – por alguma distorção

dessa natureza – pudesse ter sido alvo de atos violentos. E que a brutalidade seria decorrente do chamado processo de “civilização” da humanidade.

Sob esse ponto de vista, a violência confirma-se longe de uma suposta naturalidade, pois se afirma na evolução da história humana, na dinâmica das relações sociais e nos valores culturais criados e propagados com o tempo.

É inegável que, no contexto atual, a violência vem assumindo um espaço considerável na esfera social e interpessoal, e por isso não representa um fenômeno abstrato, pois “[...] se manifesta e toma as formas das realidades concretas onde se leva a vida [...]” (MINAYO; SOUZA, 2003, p.15); não se configura como algo que possui vontade própria, “[...] não existe *per se*, nem se dissemina por si mesma” (MILANI, 2003, p.47), mas sim através das ações humanas.

Nesse sentido, consideramos que esta problemática não pode ser entendida apenas por explicações unidimensionais, ou seja, de causa e efeito predeterminados, mas sim como fenômeno que possui diversas causas, determinantes e agravantes, bem como que se apresenta de variadas formas e intensidades, conforme o grau de tolerância das sociedades onde se manifesta – dependendo das especificidades que caracterizam cada grupo e/ou sociedade.

Assim, podemos afirmar que a violência

[...] está presente em todas as sociedades e grupos humanos, manifestando-se de diferentes formas, a violência não é um aspecto inato do ser humano, mas, contrariamente, trata-se de um fenômeno social e diferenciado histórico e culturalmente. É também um fenômeno complexo e dinâmico [...] (CORRÊA, 2003, p.101).

A partir da ponderação dos elementos acima expostos, não podemos deixar de destacar a importância de se considerar os fatores psicológicos que permeiam a problema em questão. Isto é, de que forma os indivíduos recebem e se posicionam

frente aos estímulos externos; quais suas reações, levando em conta suas particularidades, sua subjetividade. (MINAYO; SOUZA, 1998).

Mas, imaginar que a violência pode ser compreendida ou representada apenas pelo fator social ou pelo fator psicológico é reduzir o fenômeno. É notório que esse possível reducionismo acaba por reafirmar valores de senso comum, tornando a violência simplificada.

A apreensão dos múltiplos fatores é determinante para que possamos nos aproximar de sua compreensão, e por esse fato consideramos correto afirmar que trata-se de um fenômeno complexo, envolvendo a pessoa na sua totalidade. No entanto, apesar de em alguns casos ter como determinantes significativos aspectos biopsicossociais, concordamos com Minayo quando adverte que

[...] o lócus de sua realização é o contexto histórico-social, onde as particularidades biológicas encontram as idiossincrasias de cada um e se redefinem nas condições emocionais e sócio-culturais. Isso não torna nossa tarefa mais fácil: cada vez mais sente-se necessidade de incluir a compreensão mais específica dos fatores e dos contextos que propiciam comportamentos, ações e processos violentos. Igualmente, não há dúvida de que é necessário aprofundar a importância e o papel da subjetividade e das determinações sociais nas escolhas de possibilidades, por mais restritas que sejam as opções. (MINAYO, 2003, p.42).

Nesses termos, podemos afirmar a violência enquanto fenômeno multicausal, ou seja, diretamente permeado – como vimos até então – por fatores histórico-culturais, por fatores estruturais e conjunturais e também por fatores interpessoais. Também devemos ponderar o fato de que “[...] sempre existirão elementos gerais e especificidades nas formas de apresentação e de reprodução desse fenômeno” (MINAYO, 2003, p.43) e que se tornam importantes para analisar cada manifestação da violência em sua prática cotidiana, em sua concretude. (MILANI, 2003; FALEIROS, 1998).

Além da multicausalidade, a violência também se apresenta como um fenômeno multifacetado e polissêmico, pois assume diversas faces e apresenta-se em variados níveis, podendo ser passível de diferentes significados. (MILANI, 2003).

Ao assumir o caráter multifacetário, a violência apresenta-se em

[...] situações diversas como a guerra, o terrorismo, o genocídio e a limpeza étnica; a fome, as restrições no acesso à justiça, à saúde, à informação ou ao mercado de trabalho; a falta de recursos governamentais para o atendimento das necessidades básicas da população marginalizada [...]; o racismo e todas as formas de discriminação, humilhação, exclusão, opressão, perseguição ou negação dos direitos; as ações do crime organizado, as chacinas, os seqüestros, a matança gratuita e aleatória, e a arbitrariedade policial; o abuso sexual, as brigas de rua, os maus-tratos com os filhos e a coerção conjugal; [...] a criminalidade cotidiana [...] (MILANI, 2003, p.33).

Essas manifestações da violência representam, atualmente, uma das principais expressões da questão social, que interfere, direta ou indiretamente, na vida dos indivíduos, ultrapassando as fronteiras geográficas e, de forma geral, as fronteiras sociais. Fronteiras essas que, expressas no imaginário da população, reproduzem limitações para a compreensão ampla do fenômeno.

Assim sendo, suas expressões na vida cotidiana dos sujeitos passam a delinear uma realidade que não se restringe a um determinado universo ou grupo social, não representa necessariamente a cultura de uma determinada esfera social ou as condições sócio-econômicas de outra – muito embora ela possa estar mais evidente em determinadas realidades.

Torna-se cada vez mais presente, através das experiências vividas no dia-a-dia, dos noticiários escritos e, principalmente, televisivos, entre outras formas de aproximação do indivíduo com a violência, que este fenômeno pode se materializar através de diferentes faces, em distintas realidades, representando um problema social que traz conseqüências à sociedade de forma geral.

Frente a isso, Girard (1990, p.300) afirma que atualmente

[...] a violência reina abertamente sobre todos nós [...]. É ela, dizem os *experts*, sem ao menos pestanejar e como se se tratasse da coisa mais natural, que conserva o mundo em um respeito relativo. A idéia de uma violência *sem limites*, por muito tempo ridicularizada e desconhecida [...], reapareceu sob uma forma inesperada, no horizonte da modernidade.

Contudo, o aumento do número e das formas de violência, a presença aguda da mesma na vida dos sujeitos, traz à tona uma preocupação constante de grande parcela dos indivíduos. Isso se deve ao fato de que existe uma certa democratização da violência, ou seja, ela ocorre, como que legitimada, em diferentes esferas da sociedade e de formas diferenciadas. (ODÁLIA, 1985).

Para Girard (1990, p.301), torna-se “[...] cada vez mais claro que a pressão da violência ou a insistência da verdade, das quais os homens se fazem portadores, têm forçado os modernos a conviver face a face com essa mesma violência e verdade”. Acredita-se que, nos dias atuais, o homem está tendo necessariamente que enfrentar “[...] de forma explícita [...] a escolha entre a destruição e a renúncia total à violência”.

Entendemos que a partir do momento em que a violência passa a representar uma realidade na vida dos sujeitos, essa passa a se configurar como uma problemática que, por incomodar, deve ser abordada em discussões e ações. Porém, nem todas as formas de violência seguem esse rumo; existem aquelas que, culturalmente assimiladas, tornam-se de certa forma naturalizadas, passando, na grande maioria das vezes, “despercebidas” socialmente.

1.2 PODER E AUTORIDADE: RELAÇÃO NECESSÁRIA COM A VIOLÊNCIA?

Em virtude da complexidade da problemática, é cada vez maior o número de estudos lançados tendo como objetivo desvelar seu significado, possibilitando a emergência de uma série de conceitos que buscam caracterizá-la.

Esses estudos apontam para uma diversidade de interpretações, trazendo à tona diferentes conceitos nos quais tornam-se presentes elementos que, segundo a lógica que fundamenta cada um destes conceitos, podem explicá-la. Dessa forma, são comuns estudos que relacionam a violência a elementos como autoridade e poder.

Essa relação é possível devido ao fato de que a palavra violência

[...] vem do latim *violentia*, que significa violência, caráter violento ou brávio, força. O verbo *violare* significa tratar com violência, profanar, transgredir. Tais devem ser referidos a *vis*, que quer dizer força, vigor, potência, violência, emprego da força física. Mas também quantidade, abundância, essência ou caráter essencial de alguma coisa. Mais profundamente, a palavra *vis* significa a força em ação, o recurso de um corpo para exercer sua força e portanto a potência, o valor, a força vital. (MICHAUD, 2001, p.8).

Assim como Michaud, Dadoun também utiliza-se da palavra *vis*, porém, através dessa palavra reforça o pressuposto de que a violência está diretamente relacionada à força e ao poder – elementos estes que estariam no âmago da problemática em questão. Em suas palavras, a violência “[...] cobrirá tudo o que tem relação com a força, potência, energia, poder – sem que seja necessário detalhar distinções sutis”. (DADOUN, 1998, p.10).

Sobre esta relação, destacamos os estudos realizados por Hannah Arendt, em seu livro *Sobre a Violência* (1994), onde a autora alerta sobre a utilização de termos diversos como sinônimos. Entende a autora que não é realizada uma distinção terminológica entre “[...] palavras-chave tais como ‘poder’, ‘vigor’, ‘força’, ‘autoridade’ e, por fim, violência – as quais se referem a fenômenos distintos e

diferentes, e que dificilmente existiriam se assim não fosse” (ARENDT, 1994, p.36), bem como que essas palavras possuem qualidades diferenciadas, porém, que historicamente as mesmas vêm sendo utilizadas como sinônimos.

Nessa perspectiva,

Poder, vigor, força, autoridade e violência seriam simples palavras para indicar os meios em função dos quais o homem domina o homem; são tomados por sinônimos porque têm a mesma função. Somente quando os assuntos [...] deixam de ser reduzidos à questão de domínio é que as informações originais no âmbito dos assuntos humanos aparecem, ou, antes, reaparecem, em sua autêntica diversidade. (ARENDT, 1994, p.36).

Em se tratando da suposta relação existente entre violência e poder, Arendt (1994, p.44) considera que estes são elementos opostos, pois “[...] onde um domina absolutamente, o outro está ausente”. Porém, mesmo revelando uma distinção entre os fenômenos poder e violência, a autora considera que estes “[...] usualmente aparecem juntos. Onde quer que estejam combinados, o poder é, como descobrimos, o fator primário e predominante”. (ARENDT, 1994, p.41).

Considerando essa discussão, compreendemos que o poder não representa essencialmente a violência, isso porque não necessitaria dela para ser legitimado. Porém, quando refletimos sobre a perspectiva de dominação, de perda ou de risco de perda do poder de um indivíduo ou grupo frente a uma situação, comumente a violência se faz presente. Nesse sentido, acrescentamos que ao ver ameaçado o seu poder, um indivíduo ou grupo pode utilizar o poder que tem de forma abusiva para buscar legitimar-se enquanto dominante.

De forma geral, acreditamos que essa relação ocorra quando a violência caracteriza-se como o abuso de poder, pois, partindo do pressuposto de que todas as pessoas são potencialmente signatárias de algum poder, a violência surge enquanto mecanismo que inibe o poder de uma pessoa ou grupo em detrimento da valorização do poder de outra pessoa ou outro grupo.

Outro termo que comumente é utilizado como sinônimo de violência é a palavra autoridade. O termo autoridade pode designar indivíduos que são reconhecidos em termos de confiança, constituindo-se enquanto autoridade de fato, *per se*. Nesse caso, a pessoa “[...] se submete ao julgamento de outros porque aceita as pretensões desses outros a serem as autoridades legítimas [...]” (OUTHWAIRE; BOTTOMORE, 1996, p.38); porque reconhece suas qualidades, confia neles.

Arendt (1994, p.37) adota essa compreensão de autoridade em seus estudos. Para a autora, o termo autoridade corresponde a pessoas que têm “[...] reconhecimento inquestionável por aqueles a quem se pede que obedeçam; nem a coerção nem a persuasão são necessárias” e para que exista e/ou se mantenha a autoridade é necessário o respeito.

Por outro lado, existe a autoridade de jure, onde os indivíduos estão *em* (exercendo) autoridade. Nesse caso, a pessoa “[...] se submete ao julgamento das autoridades por referência a um conjunto de regras predominantes em uma sociedade”. (OUTHWAIRE; BOTTOMORE, 1996, p.38).

Estas duas formas de autoridades são reconhecidas pela sociedade, a primeira delas legitimada socialmente e a segunda por estruturas formais e/ou legais, não estando nenhuma delas em princípio vinculadas à violência, pois nada têm, de base, em comum ou semelhante com a ela. Podemos considerar que quando a violência se apresenta o que pode acompanhá-la não é a autoridade e sim o autoritarismo.

O autoritarismo nos remete a uma pessoa que

[...] exerce o poder utilizando como referencial apenas o seu ponto de vista [...], a força física ou o poder que lhe confere sua posição ou o cargo que ocupa, nunca levando em conta o que o outro deseja ou pensa. Também poucas vezes age em prol do bem do outro, o que conta o mais das vezes é o seu próprio interesse. (ZAGURY, 2001, p.31-32).

Entendemos que, de forma geral, a violência representa, então, um fenômeno onde o abuso de poder e o autoritarismo são elementos presentes. Esses elementos proporcionam a coisificação das vítimas, haja vista que reduzem e mesmo anulam o valor social das mesmas, aprisionam seus desejos e reforçam sentimentos como o medo.

Por este fato, empregamos em nosso estudo o conceito elaborado por Adorno, que revela que a violência

[...] é simultaneamente a negação dos valores considerados universais: a liberdade, a igualdade, a vida. Se entendermos como o fez a filosofia política clássica que a liberdade é fundamentalmente capacidade, vontade, determinação e direito 'natural' do homem, a violência enquanto manifestação de sujeição e de coisificação só pode atentar contra a possibilidade de construção de uma sociedade de homens livres [...] a violência não é necessariamente condição à morte, ou, ao menos, esta não preenche seu exclusivo significado. Ela tem por referência a vida, porém, a vida reduzida, esquadrinhada, alienada; não a vida em toda a sua plenitude, em sua manifestação preñhe de liberdade. A violência é uma permanente ameaça à vida pela constante alusão à morte, ao fim, à supressão, a anulação. (ADORNO [1988] apud GUERRA, 2001, p.31).

Compreendemos, então, a violência enquanto pressuposto de sujeição, de coisificação, de anulação das pessoas que se configuram como vítimas. Consideramos que a violência representa a transformação das diferenças existentes entre os indivíduos em desigualdades, onde os objetivos principais são a dominação, a exploração e a opressão das vítimas, tornando-as “coisas”, algo nulo, retirando-lhes sua condição de sujeito.

2 A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: VISITANDO A HISTÓRIA

2.1 ANÁLISE HISTÓRICA DO FENÔMENO NO CENÁRIO INTERNACIONAL

Dentre as variadas faces da violência e dos diversos indivíduos que vivenciam e compartilham suas manifestações, destacamos as exercidas contra crianças e adolescentes, os quais atualmente são percebidos por estudiosos como vítimas “privilegiadas” nessas manifestações.

Ao recorrermos à história, podemos nos deparar com relatos que nos revelam atos de violência onde crianças e adolescentes eram as vítimas. Isto pode ser percebido nos estudos realizados por Girard (1990), onde, ao discutir a presença de rituais de sacrifício em diversas sociedades da antiguidade o autor destaca que as vítimas escolhidas para tais sacrifícios representavam alguns segmentos da sociedade, principalmente aqueles que não possuísem significância social e assim, não representassem perdas à mesma.¹ Dessa forma, se ponderarmos,

[...] em um panorama geral do sacrifício humano, o leque formado pelas vítimas, iremos nos deparar com uma lista extremamente heterogênea: os prisioneiros de guerra, os escravos, as crianças e os adolescentes solteiros, os indivíduos defeituosos, ou ainda a escória da sociedade [...] (GIRARD, 1990, p.24 – nota de rodapé nossa).

Os sacrifícios que tinham como principal vítima crianças e adolescentes ocorriam por estes sujeitos serem entendidos, conforme Girard (1990), como não pertencentes à comunidade e com direitos e deveres praticamente inexistentes.² Os rituais buscavam obedecer a desígnios religiosos; também representavam o poder

¹ As pessoas escolhidas para os sacrifícios eram as que possuíam um vínculo frágil ou mesmo não possuíam vínculo com os membros da comunidade, pessoas que pouco ou nada contribuíam para sua comunidade ou representavam perigo a ela. (GIRARD, 1990).

² Essa realidade sofre importantes alterações, principalmente após o século XVII, como veremos no decorrer de nossa pesquisa.

de decisão dos pais sobre a vida ou a morte de seus filhos. Santos (2002, p.201) destaca alguns exemplos de sociedades onde a violência praticada contra crianças e adolescentes apresentava estas características, sendo estes:

- Fenícia: o sacrifício de crianças queimadas vivas ao deus Moloch.
- Egito: afogamento anual de uma menina no rio Nilo.
- Hebréia: lançamento de crianças disformes do monte Taigetos.
- Grécia: o pai podia matar ou vender seus filhos.
- Roma: *Tollere Infantum* – sobre a vida ou morte de um recém-nascido.
- China e Havaí: controle da natalidade, jogando o quarto filho às feras.
- Cultura indígena, esquimós, polinésia, africana, escandinava, australiana: infanticídio.

O infanticídio poderia servir também como uma forma de garantir a alimentação dos adultos, isto é, a subtração da vida das crianças era um meio de satisfazer as necessidades de alimentação de seus familiares, como o ocorrido com o povo hebreu que em momentos de falta de alimento via como saída de seus problemas a utilização de crianças para saciar sua fome. (ASSIS, 1994).

Com o caminhar da história, essas práticas foram sendo questionadas, pois passaram a emergir valores que afirmavam as crianças e os adolescentes como sujeitos sociais e que, por se configurarem como tais, teriam pleno direito à vida. Surgiram, então, as primeiras represálias que buscavam conter o infanticídio, como a consideração deste enquanto pecado, em 374 d.C., e a excomunhão das mães que atentassem contra a vida de seus filhos, em 830 d.C. (ASSIS, 1994).

Essas ações, no entanto, não garantiram necessárias transformações na forma como as crianças, ou mesmo os adolescentes, eram tratados no âmbito familiar e/ou social, pois, embora o direito à vida lhes fosse garantido, isso não significou que tivessem emergido como sujeitos de valor. Nessa perspectiva, continuavam os interesses desses sujeitos ou a preocupação com os direitos mínimos de sobrevivência não sendo levados na devida consideração.

Dessa forma, entre o período medieval e os meados do século XVI, a sociedade não possuía a referência da infância enquanto período específico da vida humana. As crianças eram percebidas como pequenos adultos, suas particularidades passavam despercebidas, não havendo a necessária distinção entre o período adulto e o período infantil. (JULIÃO, 2004).

Nas sociedades ocidentais, o período da infância tinha duração “[...] reduzida ao seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia bastar-se [...]” (ARIÈS, 1981, p.10). Nesse período as crianças eram percebidas pela família com um brinquedo, uma diversão e por isso eram paparicadas.³

No entanto, os cuidados eram direcionados aos primeiros anos de sua vida, período em que a criança não possuía ainda condições de desenvolver ações sem o auxílio de seus responsáveis. Assim, no momento em que ela adquiria habilidades físicas, “[...] era logo misturada aos adultos, e partilhava de seus trabalhos e jogos”. (ARIÈS, 1981, p.10).

Segundo Guerra (2001), as famílias, então, destinavam atenção para as crianças enquanto estas se mostravam vulneráveis, porém, a demonstração de sentimentos para com esses sujeitos e, de forma geral, entre os membros da família era algo raro; mesmo “[...] o sentimento entre os cônjuges, entre os pais e os filhos, não era necessário à existência nem ao equilíbrio da família: se ele existisse, tanto melhor”. (ARIÈS, 1981, p.11).

Nesse período da vida, em que a família voltava-se para “atender” as crianças (ou que as crianças atendiam às necessidades dos adultos), comum era

³ O termo paparicação é utilizado por Philippe Ariès (1981) para designar a forma como eram tratadas as pequenas crianças no âmbito familiar, considerando que estas recebiam maior atenção por parte de seus familiares. Em nossa sociedade atual, os paparicos representam mimos e/ou cuidados excessivos com que são tratadas pessoas queridas. (FERREIRA, 1998, p.1489).

que fizessem parte de sua educação brincadeiras sexuais, pois até então eram considerados “brinquedos” dos adultos e, dessa forma, as brincadeiras sexuais e também os atos desenvolvidos pelos adultos na frente de seus filhos não proporcionariam nenhum mal à educação desses sujeitos, uma vez que não perceberiam maldade nelas. A sexualidade se tornava um fato presente no cotidiano das crianças por duas razões:

Primeiro, porque se acreditava que a criança impúbere fosse alheia e indiferente à sexualidade. Portanto, os gestos e as alusões não tinham conseqüências sobre a criança, tornavam-se gratuitos e perdiam sua especificidade sexual – neutralizavam-se. Segundo, porque ainda não existia o sentimento de que as referências aos assuntos sexuais, mesmo que despojadas na prática de segundas intenções equívocas, pudessem macular a inocência infantil [...] (ARIÈS, 1981, p.132).

A atenção e a paparicação familiar se findava no momento em que a criança demonstrasse possibilidade de realizar atividades sem a necessidade de adultos; momento em que deixava o seu ambiente familiar e passava a conviver com outras famílias, visto que as famílias tinham um forte vínculo com a comunidade, onde se desenvolvia toda a dinâmica social e familiar.

Afirma Ariès (1981, p.10) que a família não tinha como responsabilidade direta assegurar a socialização da criança, ou seja,

[...] a criança se afastava logo de seus pais, e pode-se dizer que durante séculos a educação foi garantida pela aprendizagem, graças à convivência da criança ou do jovem com os adultos. A criança aprendia as coisas que deveria saber ajudando os adultos a fazê-las.

Na busca por garantir o aprendizado de um ofício e a propagação dos bens familiares, as crianças eram inseridas na convivência comunitária, onde, passavam a conviver com outras famílias que se tornavam responsáveis por sua educação.⁴

⁴ Nas famílias em que eram acolhidas, as crianças e adolescentes poderiam ser tratados como aprendizes, condição esta que lhes conferia a possibilidade de apreender algumas profissões, ou então, passavam esses sujeitos a realizarem as atividades domésticas. (ARIÈS, 1981).

Devemos destacar, ainda, que durante esse período da história, era alto o índice de natalidade e também de mortalidade infantil. Com relação à mortalidade infantil, esse quadro se esboçava em virtude das precárias condições de higiene e dos limitados cuidados empregados pelas famílias aos seus filhos. A morte das crianças, no entanto, não vinha acompanhada por um sentimento de perda, sendo considerada algo natural, além do que era natural o entendimento de que outras crianças concebidas ocupariam seu espaço na família.

Também o infanticídio continuava a ocorrer durante o século XVI e representava um exercício comum nas famílias, sendo mantido “[...] em segredo, correntemente, talvez camuflado, sob forma de um acidente: as crianças morriam dormindo asfixiadas naturalmente na cama dos pais, onde dormiam. Não se fazia nada para conservá-las ou para salvá-las”.⁵ (ARIÈS, 1981, p.17).

Outra prática comum era o afastamento de grande parte das crianças recém-nascidas de suas famílias, principalmente das famílias que possuíam melhores condições materiais, sendo elas entregues às amas-de-leite.⁶

Segundo Badinter (1985), o número de crianças que morriam antes mesmo de chegar ao seu destino – às amas-de-leite – era elevado, e as que conseguiam sobreviver permaneciam com as amas durante os primeiros quatro anos de sua vida, quando não por mais tempo, sem que houvesse, em grande parte dos casos, um contato dos pais biológicos. Dessa forma, “[...] uma vez a criança entregue à ama, os pais se desinteressam de sua sorte [...] pareciam pouco preocupados com a sorte do filho distante. Raramente o visitavam. Por vezes escreviam para se assegurar de que tudo ia bem [...]”. (BADINTER, 1985, p.126-127).

⁵ Segundo os estudos realizados por Julião (2004, p.20) o infanticídio “[...] apesar de condenado pela Igreja e pelo Estado, foi uma prática tolerada até o final do século XVII”.

⁶ A amamentação das crianças pelas amas configurou-se como uma prática realizada até o final do século XIX, sendo que ao final do século citado, as crianças não necessitavam mais deixar o ambiente familiar, pois as amas passavam a conviver com as famílias. (BADINTER, 1985).

Sobre a volta das crianças ao lar, de fato,

[...] quando a criança volta ao lar paterno, quando volta, está freqüentemente estropiada, malformada, raquítica, enfermiça ou mesmo gravemente doente. Os pais queixam-se amargamente e talvez com mais alarido do que se o filho tivesse morrido. Pois uma criança doente representa muitas despesas futuras e poucas vantagens a longo prazo. (BADINTER, 1985, p.127).

O século XVII representou um período de mudanças na constituição da sociedade européia, sendo marcado pela transição do regime feudal para o regime capitalista e também pelo início da reforma dos costumes, onde os valores religiosos e morais passaram a influenciar a convivência familiar. (ARIÈS, 1981; GUERRA, 2001).

Nesse momento, a compreensão da infância passou por modificações; as crianças passaram a ser percebidas como indivíduos pertencentes a um período transitório da vida humana, porém, de fundamental importância para a sua formação adulta. Ao lado das instituições escolares, a família ganhou destaque na concretização dessa formação, pois as crianças necessitariam do acolhimento familiar para que fosse garantido seu desenvolvimento saudável. (JULIÃO, 2004).

A Igreja teve uma importante contribuição na construção do papel da infância no meio familiar e social. Essa contribuição parte de uma percepção ambígua de infância, ou seja, a

[...] Igreja, por um lado, considerava as crianças como seres inocentes, mas por outro, carregando sobre si o peso do Pecado Original. Este conceito de Pecado Original⁷ autorizava tratar com dureza as crianças para 'livrá-las' de sua iniquidade inerente. (GUERRA, 2001, p.52 – nota de rodapé nossa).

Partindo do pressuposto em princípios de repressão de que, por um lado, as crianças representavam uma força do mal, a educação era então pautada na

⁷ Segundo Badinter (1985, p.55) a idéia de Pecado Original caracterizava a criança enquanto “[...] símbolo da força do mal, um ser imperfeito esmagado pelo peso do pecado original”.

negação dos desejos da criança e do adolescente. Esses eram percebidos enquanto sujeitos que deveriam ser moldados conforme as exigências familiares e sociais e para isso, suas opiniões ou interesses não eram levados em conta, pois considerava-se que a “[...] natureza é tão corrompida na criança que o trabalho de recuperação será penoso”. (BADINTER, 1985, p.56).

Acrescenta Badinter (1985, p.57) que nessa realidade os “[...] pedagogos, quase sempre mestres em teologia, recomendam aos pais a frieza em relação aos filhos, lembrando-lhes incessantemente sua malignidade natural, que seria um pecado alimentar”.

Em se tratando das brincadeiras sexuais desenvolvidas no seio familiar, Ariès (1981) revela que elas foram aos poucos substituídas por uma educação familiar mais reservada. Era sugerido às famílias que adotassem novos hábitos de educação para com seus filhos, entre esses a utilização de palavras castas; as crianças, também, não deveriam dormir na cama com pessoas mais velhas; não deveriam permitir serem tocadas ou beijadas por outras pessoas; além de que deveria se separar as crianças durante a noite; e que a confissão deveria ser um ato constante. (ARIÈS, 1981).

Durante o século XVIII, com base nos valores ideológicos da Igreja e na nova configuração familiar⁸, o período da infância passou por um novo momento, no qual a família afirmou-se socialmente como um espaço de proteção e educação, como responsável primeiro pelo bem-estar e pela socialização da criança. (ARIÈS, 1981).

⁸ Configurava-se a família nuclear, a qual era formada pelo pai, pela mãe e por seus filhos e como relata Ariès (1981, p.277-278), foi nesse “[...] momento em que a família acabava de se reorganizar em torno da criança e erguia entre ela mesma e a sociedade o muro da vida privada”.

Os cuidados primeiros que garantissem o desenvolvimento biológico e social das crianças tornaram-se deveres das famílias e, como nos relata Ariès (1981, p.12), o grupo familiar

[...] começou a se organizar em torno da criança e a lhe dar tal importância, que a criança saiu de seu antigo anonimato, que se tornou impossível perdê-la ou substituí-la sem uma enorme dor, que ela não pôde mais ser reproduzida muitas vezes, e que se tornou necessário limitar seu número para melhor cuidar dela.

Foi também durante esse século que

[...] observou-se uma redução na mortalidade infantil, decorrente de melhores condições médicas e de higiene, assim como pelo fato de que os *acidentes domésticos* que vitimavam fatalmente as crianças deixaram de ocorrer. A vida das crianças passou a ser protegida e, os pais, antes negligentes e até *responsáveis* pela morte dos filhos, tornaram-se mais vigilantes e desejosos em conservar a vida deles. (JULIÃO, 2004, p.20).

Diante da importância que a criança tomou no seio familiar, a família passou a dedicar maior atenção e cuidado a esse sujeito. Com relação aos recém-nascidos, tornou-se maior o contato com suas mães, sendo que essas passaram a amamentar seus filhos. Segundo Amaral (2003, p.83), o “[...] toque, o calor, a atenção, as trocas afetivas, tudo isso levou ao nascimento de um novo tipo de relação”, a qual teve forte influência da categoria médica, que buscava capacitar “[...] as famílias com informações sobre higiene, alimentação, cuidados e envolvimento dos pais com os filhos”. (JULIÃO, 2004, p.21).

Assim, como decorrência das melhorias nas condições sanitárias, do incentivo à amamentação (que estabelece necessário vínculo entre mãe e criança), da diminuição do índice de natalidade e também de mortalidade infantil, as relações estabelecidas entre os membros da família (em especial com as crianças) passam a ser pautadas também nos supostos princípios de amor e afeto. Supostos porque tanto poderiam ser decorrentes da estimulação a um sentimento natural/nato, mas

até então pouco valorizado, como poderia constituir expressão de algo que a nova cultura estivesse condicionando as pessoas a necessariamente anunciar.

Durante o século XIX a figura da família se fortaleceu, constituindo-se como célula-mãe da sociedade, além de que os princípios de atenção e afeto somados a rigidez e a disciplinamento passam a representar a principal forma de educação das crianças e dos adolescentes. Nesse sentido, a rigidez exercida principalmente pelo pai tinha como finalidade preparar seus filhos para a vida, para isso a obediência era um elemento essencial nas relações entre pais e filhos; evidencia-se então o princípio de temer e amar aos pais.

O filho pode pensar do pai o que muito bem quiser mas, se pretende evitar graves conflitos e desastres, deve empenhar-se em obter, incansavelmente, a satisfação paterna. Em relação ao filho, o pai tem sempre razão; é nele que se concretizam o poder e o triunfo. A única possibilidade que se deixava ao filho, se quisesse, pelo menos, salvar o seu equilíbrio interior, a harmonia de desejo e disponibilidade que a sociedade de concorrência constantemente ameaçava, era a de reconhecer o pai como forte e poderoso, além de todas as qualidades que já tinham um sentido positivo, com o que a realidade se convertia em ideal. Assim, a criança, que na força paterna baseava as suas próprias instâncias morais e, portanto, a sua própria consciência, para aprender, por último, a respeitar e amar quem se apresentava no seu intelecto como efetivamente existente, aprendia também a relação burguesa de autoridade e já não apenas no referente à esfera da família. (HORKHEIMER; ADORNO, 1956, p.138-139).

Devemos considerar ainda que as mudanças na estrutura familiar e na forma como eram percebidas as crianças e os adolescentes, destacadas principalmente nos países europeus, tiveram uma forte influência na realidade brasileira, como veremos na sequência.

2.2 A VIOLÊNCIA NA HISTÓRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA NO CENÁRIO BRASILEIRO

No Brasil, as diversas formas de violência sofridas pelas crianças e adolescentes no espaço familiar e social perpassam a história. Durante o Período

Colonial, diferentes expressões da violência faziam parte do cotidiano desses sujeitos, entre estas expressões podemos destacar as punições físicas que eram aprovadas como forma eficaz de educação.

Conforme afirmam Azevedo e Guerra (2001, p.55), as crianças e os adolescentes, em nosso país

[...] foram disciplinadas à sombra da pedagogia da punição corporal. Pode-se mesmo afirmar que essa pedagogia acompanhou ou fez parte do processo de emergência da infância no Brasil enquanto categoria social. Esse processo começou com a chegada dos jesuítas no Brasil, os quais trouxeram consigo o **sentimento de infância** em desenvolvimento na Europa pós-medieval.

Segundo Freyre (1987), as punições corporais, originárias dos ideais religiosos fortalecidos nos discursos e ações desenvolvidas pelos jesuítas, representavam a forma mais correta, bem como necessária, para educar as crianças. Nesse sentido, esta forma de violência se “[...] desenvolve e se consolida enquanto pedagogia de ascese⁹ moral e do medo”, sendo conceituada como Pedagogia do Amor Correncial, influenciando a educação familiar naquele e em outros momentos. (AZEVEDO; GUERRA, 2001, p.55 – nota de rodapé nossa).

Em princípio, a punição física destinava-se às crianças indígenas e tinha como objetivo mudar os hábitos de seus povos, considerados inadequados. (JULIÃO, 2004). No entanto, ela era estranha aos costumes indígenas, visto que para a maioria das tribos a infância e a adolescência representavam períodos de preparação para a vida adulta. De forma geral, as crianças possuíam jogos, danças e cantigas e não sofriam por parte de seus familiares qualquer repressão ou castigo corporal por suas atitudes.¹⁰ (FREYRE, 1987).

⁹ Ascese: “Exercício prático que leva à efetiva realização da virtude, à plenitude da vida moral”. (FERREIRA, 1999, p.208).

¹⁰ Porém, faziam parte da educação das crianças e, principalmente, dos adolescentes indígenas, rituais, como o ritual de iniciação, onde os adolescentes eram espancados até que lhes tirassem sangue ou tinham seus corpos marcados por dentes de animais, tendo como único objetivo essas ações, a purificação da alma e sua inserção na sociedade. (FREYRE, 1987). Outro fato que pode ser

Em se tratando das famílias portuguesas, o amor empregado pelos pais deveria se espelhar nos princípios defendidos por Anchieta, para o qual os ensinamentos de Deus evidenciavam que amar representava também castigar e que para se evitar vícios e pecados deveriam ser utilizados os castigos, entre eles os açoites. (PRIORE, 1996).

Amar significava disciplinar, castigar e ameaçar as crianças e os adolescentes para que esses se tornassem pessoas de bem. A posição adotada pelos adultos na educação desses sujeitos proporcionou a naturalização de expressões como “disciplinamento”, “princípios morais”, “amor correncial”, “obediência”, entre outros.

Nesse contexto, assegurado pelos valores que caracterizavam a estrutura familiar patriarcal, o homem representava a autoridade máxima e inquestionável, tanto no meio familiar como no meio social. (FREYRE, 1987). Sendo assim, afirmada

[...] enquanto ‘instituição sagrada’, a família brasileira, submetida ao poder do macho, constitui-se como espaço de violência física e psíquica. O poder exacerbado do pai em relação aos filhos, do marido em relação à mulher demonstra o quanto o patriarcado foi utilizado tanto no exercício como na dissimulação da violência. (ROURE, 1996, p.64).

As crianças tinham um papel secundário no meio familiar, sua educação era desenvolvida através do contado com as amas-de-leite – constituindo essa a figura mais presente em suas vidas. Em virtude dos poucos cuidados empregados pelas mães e das precárias condições sanitárias e de higiene, também eram altos os índices de mortalidade infantil. (FREYRE, 1987). Contudo, compartilhando da compreensão de que as crianças eram anjos e que quando morriam iriam ficar ao

destacado é que o infanticídio também era uma realidade de tribos indígenas, desencadeado em casos como má formação da criança, de crianças nascidas de casamentos anteriores, entre outros. (AZEVEDO; GUERRA, 2001).

lado de Deus, a morte delas era recebida com uma certa alegria e até mesmo festejada pelas famílias.

Sobre os aspectos culturais, conceitos como poder, violência, crueldade e autoritarismo eram passados às crianças pelos membros de sua família, constituindo-se como heranças deixadas e propagadas durante gerações.

Nesse sentido, podemos afirmar que durante o

[...] sistema colonial brasileiro, a figura da criança não passava de um simples instrumento, não apresentando nenhum papel de relevância. O poder e o prestígio exercido pelo pai inviabilizavam qualquer manifestação de individualidade e, portanto, de rebeldia e resistência. O exercício da violência surgiu enquanto instrumento educativo de submissão e disciplinarização de filhos [...] (ROURE, 1996, p.63).

No que diz respeito à relação entre o pai e seus filhos, havia um afastamento entre esses, e sobre o progenitor pairava uma figura suprema, quanto “[...] mais distante e inacessível, tanto mais autoridade possuía [...]”. Não havia necessidade de contacto permanente e prolongado para que a ordem, na residência colonial, produzisse seus efeitos. O medo à punição bastava”. (COSTA, 1999, p.96).

Em se tratando das crianças negras, estas foram alvo de inúmeros atos de violência, sofrendo desde punições corporais, torturas e também violências sexuais, essas praticadas por seus “donos” – que poderiam ser também seus pais. Conforme nos revela Guerra (2001), sobre a realidade vivida pelas crianças escravas, poucos eram os casos denunciados e os casos que chegavam ao conhecimento das autoridades não tiveram resoluções a favor das vítimas, pois as autoridades não desenvolviam ações de coibição ou punição aos agressores.

Algumas crianças negras eram incorporadas às atividades domésticas e, por vezes, tornavam-se companheiros dos filhos dos senhores. Nessa relação, freqüentemente as crianças negras serviam de brinquedos para os mesmos, sendo

que as punições físicas sofridas por estes últimos em seu meio familiar eram transferidas para as crianças escravas. (FREYRE, 1987; JULIÃO, 2004).

Torna-se importante salientar que existia,

[...] naquela sociedade, um círculo vicioso de dominação, segundo o qual alguém sempre deveria estar subjugando alguém. A criança, seja ela branca ou negra, estava sempre no final da cadeia agressor/agredido, em que apenas à criança branca era permitida a inversão de papéis, sendo ora agredido, ora agressor. (JULIÃO, 2004, p.28).

Portanto, no processo educacional das crianças e dos adolescentes, as punições físicas eram uma constante na vida desses sujeitos, sendo empregada a chamada Pedagogia da Palmatória. Como nos relatam Azevedo e Guerra (2001, p.57), a

[...] Pedagogia do **Amor Correncial** trazia implícita a *necessidade* de **correção** através de castigos físicos. Dentro da dialética do nosso processo colonizador e, na esteira da tradição greco-romana, segundo a qual escravos e crianças poderiam ser disciplinados da mesma forma, firmou-se entre nós a **cultura da palmatória**, vigorante para mulheres, crianças e **escravos**. Ela trazia, também, a mesma necessidade de correção através de castigos físicos com uma agravante: que fossem **tão humilhantes** quanto possíveis, para deixar patente a condição de subalternidade de seus destinatários.

As punições físicas eram aplicadas através da palmatória e de outros instrumentos como varas, correntes e chicotes que serviam aos senhores como forma de punir e corrigir seus escravos e seus filhos; isso porque as crianças e os adolescentes brancos, assim “[...] como os escravos, eram considerados propriedades dos pais-patrões, dentro da família patriarcal, e enquanto tal sujeitos às mesmas leis e sanções disciplinadoras”. (AZEVEDO; GUERRA, 2001, p.61).

O que podemos perceber é que

[...] todos esses instrumentos serviam ao tipo de castigo reiterativo e cruel, que foi como que a marca registrada dessa Pedagogia: a surra, a tunda ou sova, castigos severos capazes de ser contados e medidos em número de atos punitivos instrumentalizados: [...] Dúzias de bolos (de palmatória),

chicotadas, correadas, açoites¹¹, varadas, rebencadas¹², chineladas etc. etc. (AZEVEDO; GUERRA, 2001, p.61).

Outro fato que passou a se tornar comum para muitas crianças recém-nascidas foi o abandono. Tal realidade refletia em partes as dificuldades socioeconômicas em que se encontravam famílias ou mães solteiras. Porém, o abandono de crianças representava também a rejeição de suas famílias ou de suas mães, podendo ser estas crianças filhos ilegítimos, gerados fora do casamento.

Diante desses acontecimentos, foi criada, por iniciativa da Igreja, a roda dos expostos¹³, que tinha como objetivo evitar a morte dessas crianças abandonadas por suas famílias. Era a possibilidade dada às mães que não queriam ou não tinham condições de criar seus filhos, de entregá-los às instituições católicas.

Segundo Marcílio (1997, p.51), a roda dos expostos seria

[...] um meio encontrado para garantir o anonimato do expositor e assim estimulá-lo a levar o bebê que não desejava para a roda, em lugar de abandoná-lo pelos caminhos, bosques, lixo, portas de igrejas ou de casas de família, como era o costume, na falta de outra opção.

Porém, como revela a mesma autora, essa atitude não era certeza da garantia de vida das crianças abandonadas, nem ao menos que seriam bem cuidadas pelas famílias substitutas ou mesmo pelos responsáveis da instituição.

Durante o período do Império, a estruturação do núcleo familiar sofreu mudanças significativas. Nesse momento, “[...] ocorreu uma redefinição nas normas dos comportamentos, costumes e valores, transformando a família em uma instituição nuclear [...]” (ROURE, 1996, p.64), e com essas modificações o espaço e o papel da criança e do adolescente passam por alterações no meio familiar.

¹¹ Açoitar: “dar pancadas ou golpes”. (FERREIRA, 1997, p.38).

¹² Rebenque: “pequeno chicote”; rebencadas: “bater com um pequeno chicote”. (FERREIRA, 1999, p.1713).

¹³ A roda dos expostos teve suas atividades iniciadas no Brasil durante o século XVIII, em Salvador, Bahia, e só foi abolida em 1950. (MARCÍLIO, 1997).

Costa (1999) relata que os profissionais da medicina, chamados de médicos higienistas, passaram a influenciar diretamente a dinâmica familiar, tanto no que se refere aos hábitos e costumes cotidianos das famílias quanto às relações estabelecidas entre seus membros, contribuindo decisivamente na reestruturação dos papéis das crianças e dos adolescentes no espaço familiar. Foram desenvolvidos diversos estudos sobre a mortalidade infantil e suas causas, bem como outros elementos que estavam relacionados à realidade dos mesmos.

Sobre as modificações das relações e hábitos que envolviam adultos e crianças e que, de forma geral, buscavam desenvolver ações voltadas à infância durante o século XIX, Julião (2004, p.32) afirma que “[...] o Dr. Moncorvo Filho é, sem dúvida, o principal deles, por ter divulgado amplamente os princípios da higiene infantil, que se construíram na base para o desenvolvimento da puericultura”.

Ainda sobre as contribuições dos médicos higienistas nessa realidade, Abreu (1997, p.21) relata que, no ano de 1836,

[...] a primeira tese defendida pelo acadêmico Dr. Francisco Julio Xavier, destacando a importância do aleitamento materno ao recém-nascido, inaugurava um processo longo e contraditório de debates médicos sobre o que consideravam os principais problemas de organização familiar brasileira: a educação da mulher e dos filhos, o uso indiscriminado das escravas como amas-de-leite, os altos índices de ilegitimidade dos nascimentos, o infanticídio e o enjeitamento de crianças, os cuidados com a saúde, a alimentação e com a higiene infantil, entre outros.

Através de algumas conclusões alcançadas, os profissionais buscaram formas de intervir nas relações estabelecidas entre os membros da família. Assim, procuravam estimular a modificação da organização doméstica, onde a figura da mãe passou a ser destacada, sendo esta a primeira responsável pela educação de seus filhos. (COSTA, 1999).

Muito embora o sentido de infância e, posteriormente de adolescência, tivesse sido alterado, tornando estes membros importantes da família e da

sociedade de forma geral, isso não representou a eliminação das punições físicas como processo de educação e disciplinamento.

Afirmava-se a chamada Pedagogia da Palmada, difundida principalmente durante o século XIX. Essa pedagogia, segundo Azevedo e Guerra (2001), proporcionaria a “humanização das penas” e a “psicologização do castigo”.

A nova pedagogia familiar, onde a punição física estava presente, passou a ter um novo sentido, uma “[...] linguagem que qualquer criança entende, o PSICOTAPA atingiria o corpo infantil, só que de uma forma *leve, moderada*. Seria um castigo corporal mais suave e por isso, merecedor de apelidos quase carinhosos: tapinha no bumbum...” (AZEVEDO; GUERRA, 2001, p.61-62).

Durante o século XX, a estruturação da família, assim como a compreensão sobre infância e adolescência, sofreram novas modificações no cenário nacional. Os sentimentos de amor e afeto afirmaram-se como base da convivência entre pais e filhos; as particularidades dessas fases da vida passavam, cada vez mais, a serem consideradas como importantes e o desenvolvimento saudável desses indivíduos tornavam-se uma responsabilidade mais presente na família.

Contudo, a evolução do sentido da infância e da adolescência não representou a eliminação da violência na vida desses sujeitos, inclusive no meio familiar. O grande diferencial passou a ser então a busca permanente, por parte de instituições da sociedade e também por parte de representantes governamentais nacionais e internacionais, da concretização do conceito de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e como tais merecedores de respeito e também de proteção sobre as ações que venham a prejudicar seu desenvolvimento, sua integridade.

Nesse sentido, na seqüência, procuraremos ilustrar as principais lutas e conquistas no que se refere à busca de garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes, em especial aos direitos que fazem referência a proteção contra atos de violência familiar voltada a esses indivíduos.

3 A CONTESTAÇÃO DAS CONDIÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS VIVIDAS POR CRIANÇAS E POR ADOLESCENTES E A LUTA PELA DEFESA DE SEUS DIREITOS

A violência familiar representou na história da criança e do adolescente a sua anulação tanto no âmbito familiar como no meio social, o que permitiu, por muito tempo, desconsiderar a infância e adolescência enquanto processo da vida humana, negando-lhes, assim, suas necessidades e seus direitos.

Podemos destacar que até meados do século XIX poucas iniciativas foram tomadas no que se refere ao combate à violência ocorrida no âmbito familiar contra crianças e adolescentes – e dessas, poucas alcançaram seus objetivos. Cabe ainda assinalar que, nessas ações, dificilmente o Estado se manifestava, porque, com a configuração da família nuclear burguesa, os

[...] cuidados, inclusive os disciplinares, passaram a ser de responsabilidade [...] da família, não cabendo ao Estado intervir em sua intimidade, mesmo porque, ideologicamente, estava sendo construída a concepção de que a família é a célula-mãe da sociedade e criticá-la seria admitir contradições sociais que não interessavam ao Estado apontar. (FERREIRA, 2002, p.28).

Contudo, aos poucos, emergiu no cenário social mundial a necessidade de se reconhecer as diferenças existentes entre adultos e crianças, além de emergir discussões que traziam à tona a necessidade de desenvolver ações que protegessem esses sujeitos de abusos e negligências desencadeadas no ambiente familiar. (AZEVEDO; GUERRA, 2000).

Nos Estados Unidos, afirmam Azevedo e Guerra (2000, p.257-258), a necessidade

[...] de proteção, surgiu de certa forma a partir do caso de Mary Ellen, agredida fisicamente no lar, na década de 70. Como a lei relativa aos seres humanos não contivesse dispositivos que a pudessem proteger de seus agressores, invocou-se para tanto a Sociedade Protetora dos Animais sob a alegação de que a crianças também pertencia ao reino animal. O embaraço causado por esta situação deu origem a constituição de Sociedades de Prevenção da Crueldade contra as Crianças (SPCC) [...]

Na França, a pressão exercida pelas Sociedades Protetoras da Infância, sobre o governo, conduziu à criação de duas leis que legitimavam a luta contra a violência sofrida por crianças e por adolescentes em seu meio familiar. Essas leis foram promulgadas em dois momentos, sendo a primeira datada de 1889 e a segunda lei datada de 1898.

Sobre essas leis, Guerra (2001, p.69) afirma que a “[...] lei de 1889 decide que poderá decretar a perda dos direitos dos pais ou mães que, por sua embriaguez habitual, maus procedimentos notórios e escandalosos, maus-tratos comprometam tanto a segurança como a saúde e a moralidade de seus filhos”; assim, o juiz poderia passar os cuidados de uma criança que se encontrasse nessas situações para uma outra pessoa ou para uma sociedade de caridade. Já a “[...] lei de 19.04.1898 introduz sanções penais contra os pais responsáveis por sevícias ou violências dirigidas a seus filhos menores de idade”. (GUERRA, 2001, p.69-70).

As ações acima citadas representaram um avanço na luta contra a problemática em questão e demonstraram um caminhar para a afirmação das crianças e dos adolescentes enquanto possuidores de direitos, enquanto cidadãos, o que vem a se concretizar no limiar do século XX.

Um fato importante que marcou essa realidade foi a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Assembléia Geral das Nações

Unidas, em 1948. Nesse documento, segundo o artigo 3º: “Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”, bem como fica evidenciado no artigo 5º que: “Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante”.

O conteúdo exposto nessa Declaração proporcionou a afirmação das condições fundamentais para o desenvolvimento do ser humano, seja ele adulto ou crianças/adolescentes, permitindo a negação de qualquer forma de violência que possa ir contra os direitos assegurados pelos seres humanos. A Declaração dos Direitos Humanos abriu precedentes para a formulação dos direitos das crianças e dos adolescentes no cenário mundial.

Tendo como foco central os direitos das crianças e dos adolescentes, logo nas primeiras décadas do século XX, especificamente, em 1924, foi promulgada a Primeira Declaração dos Direitos da Criança¹⁴, que, através de quatro princípios, assegura que:

1. a criança tem o direito de se desenvolver de maneira normal, material e espiritualmente; 2. a criança que tem fome deve ser alimentada; a criança doente deve ser tratada; a criança retardada deve ser encorajada; o órfão e o abandonado devem ser abrigados e protegidos; 3. a criança deve ser preparada para ganhar sua vida e deve ser protegida contra todo tipo de exploração; 4. a criança deve ser educada dentro do sentimento de que suas melhores qualidades devem ser postas a serviço de seus irmãos. (Declaração de Genebra, *apud* Marcílio, 1998, p.03).

Nesta mesma década, iniciando uma aproximação efetiva do governo com as questões relacionadas à infância e à adolescência, o Brasil promulgou o primeiro Código de Menores, denominado de Mello Mattos.¹⁵ O referido Código tinha como

[...] conteúdo básico a questão do controle da autoridade judiciária sobre as crianças em situação de abandono e delinquência, a regulamentação da idade de responsabilidade penal e a necessidade de criação de

¹⁴ A Declaração dos Direitos da Criança foi resultante da reunião realizada em Genebra, no ano de 1924, que tinha como objetivo buscar meios que possibilitassem garantir o bem-estar das crianças e dos adolescentes em todo o mundo.

¹⁵ O Código de Menores ficou conhecido por Melo Mattos, em homenagem ao então juiz federal de menores. (NEPOMUCENO, 2002).

estabelecimentos para a prevenção e correção da delinquência infanto-juvenil. (JULIÃO, 2004, p.36).

Percebemos assim que, na verdade, esse Código não refletia a condição de cidadania para esses sujeitos, visto que

[...] a infância e a juventude apareciam publicamente no âmbito da irregularidade e não do direito. [...] O primeiro Código de Menores, de 1927, responsabilizava os pais pelas situações irregulares da criança, sempre tratada como 'menor' ou, nas revisões desse código, como 'menor infrator' e delinquente. (SPOSATI, 2004).¹⁶

O que se destacou na formulação desse documento foi o fato de que, pela primeira vez no cenário nacional, as problemáticas que envolviam crianças e adolescentes passaram a configurar-se enquanto questão social, a ser refletida e interferida pelo Estado e também pela sociedade brasileira.

O papel do Estado frente a esses casos passou, então, a ser considerado decisivo, sendo reafirmado na Constituição Federal de 1937, a qual destacava que sua responsabilidade era a de “[...] adotar medidas especiais para garantir os cuidados indispensáveis à prevenção física e moral de crianças e jovens expostos ao abandono moral, intelectual ou físico”. (JULIÃO, 2004, p.39).

No cenário internacional, na década de 1959, outra iniciativa mobilizava os setores governamentais. Por intermédio da Organização das Nações Unidas (ONU), através de uma Assembléia Geral, foi promulgada, nessa data, a Segunda Declaração dos Direitos da Criança, a qual “[...] é composta por dez artigos que condensam os principais cuidados e garantem a indispensável proteção de que as crianças necessitam [...]” (FERRARI, 2002, p.50).

Em se tratando dos deveres da família para com as crianças, podemos destacar o artigo 6º dessa Declaração, o qual afirma que:

¹⁶ SPOSATI, A. Crianças. Disponível em http://www.fpa.org.br/td/td37/td37_sociedade.htm - acesso: 21/04/2004.

Para o desenvolvimento completo e harmonioso de sua personalidade, a criança precisa de amor e compreensão. Criar-se-á, sempre que possível, aos cuidados e sob a responsabilidade dos pais e, em qualquer hipótese, num ambiente de afeto e de segurança moral e material, salvo circunstâncias excepcionais, a criança da tenra idade não será apartada da mãe. À sociedade e às autoridades públicas caberá a obrigação de proporcionar cuidados especiais às crianças sem família e aquelas que carecem de meios adequados de subsistência. É desejável a prestação de ajuda oficial e de outra natureza em prol da manutenção dos filhos de famílias numerosas.

Percebemos através desse artigo dois fatos importantes: o primeiro fato diz respeito às obrigações dos responsáveis pelas crianças em proporcionar a elas um ambiente de afeto e compreensão e, se unirmos este artigo ao artigo 9º dessa mesma Declaração – o qual afirma que: “A criança gozará de proteção contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração” –, podemos visualizar uma proposta de combate a qualquer ato violento contra as crianças, no ambiente familiar. O segundo fato refere-se à responsabilidade e à participação da sociedade e do Estado na garantia de condições mínimas de sobrevivência das famílias e conseqüentemente das crianças que delas fazem parte.

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por diversas manifestações sociais em nível mundial, entre as quais se faziam presentes as lutas em prol dos direitos das crianças e dos adolescentes. Este, também, marcou um momento em que representantes governamentais ampliavam as discussões e formulavam, internacional e nacionalmente, diferentes documentos legais que buscavam atingir tal objetivo.

No que se refere ao cenário brasileiro, em 1970, frente a um cenário caótico, onde se evidenciava “[...] milhões de crianças e adolescentes em situação de abandono, vítimas de violência, discriminação social e racial, negligência, trabalho precoce e arbitrariedades judiciais [...]” afirmando “[...] a falência das políticas sociais voltadas para este segmento” (JULÃO, 2004, p.41), a reflexão sobre a situação da

infância e da adolescência brasileira ganharam novas proporções tanto no universo governamental quanto no meio social.

Consequência dessa dinâmica foi a reformulação do Código de Menores, em 1979, com base na Doutrina de Situação Irregular, onde é proposta a substituição dos antigos termos adotados em relação às crianças e aos adolescentes (vadio, exposto etc), pelo termo criança e/ou adolescente em situação irregular.

Buscava-se, através desse Código, ampliar as ações voltadas à esses segmentos, contribuindo para isso a caracterização de “[...] uma série de situações chamadas de ‘risco’ (abandono, violência doméstica, pobreza e indigência, exploração do trabalho, criminalidade, vícios, orfandade, etc.) nas quais a intervenção do Estado – via judiciário – seria legítima e necessária”. (ABREU; MARTINEZ, 1997, p.31-32). Nesses termos, passou-se a abranger as crianças abandonadas e/ou as que sofriam maus-tratos no meio familiar, as consideradas infratoras e aquelas que se apresentassem em condição de miséria. (NEPOMUCENO, 2002).

Devemos destacar que, embora a violência familiar fosse considerada uma das questões presentes na vida desses sujeitos, e dessa forma delimitasse um problema a ser atendido pelo Estado, o Código de Menores de 1979 “[...] não dispensava tratamento diferenciado às vítimas de violência doméstica”. (JULIÃO, 2004, p.42). Além disso, “[...] a própria legislação brasileira, durante muito tempo, *aceitava* a violência doméstica contra crianças e adolescentes como forma de disciplinamento”. (JULIÃO, 2004, p.42).

Em se tratando das mobilizações sociais ocorridas neste cenário, a ampliação das discussões e das lutas em prol dos direitos das crianças e dos

adolescentes fez com que o tema ganhasse destaque. A reflexão sobre os problemas vividos por estes sujeitos proporcionou a articulação entre grupos e movimentos, tais como a Pastoral do Menor, o Movimento Nacional dos Direitos Humanos, a Ordem dos Advogados do Brasil, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua¹⁷, entre outros. (MARCÍLIO, 1998; MEDEIROS, 1999).

Em 1987, em meio ao processo da Constituinte – que culminou na promulgação da Constituição de 1988 – foi criada a Comissão Nacional “Criança e a Constituinte”, na qual representantes do governo e da sociedade civil estabeleceram um diálogo sobre a realidade da criança e do adolescente brasileiros e os direitos que deveriam ser garantidos a estes. (JULÃO, 2004).

A Comissão Nacional “Criança e a Constituinte” foi “[...] instituída por portaria interministerial e por representantes da sociedade civil organizada. Criou-se a Frente Parlamentar Suprapartidária pelos Direitos da Criança e multiplicaram-se por todo o país os Fóruns de Defesa da Criança e do Adolescente [...]” (MARCÍLIO, 1998, p.06). Essa articulação viabilizou a criação de termos que garantiam a defesa desses sujeitos no texto constitucional – através dos artigos 227, 228 e 229.

Constam, no artigo 227 da Constituição de 1988, os seguintes princípios:

Art.227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão [...] (BRASIL, 1988, p.124).

¹⁷ O MNMMR foi criado em 1985 e apresenta ações centradas na luta pela promoção e pela defesa das crianças e dos adolescentes. Assim, o movimento “é uma organização social que tem por objetivo a defesa dos direitos da infância e da adolescência. É um movimento de natureza política, social e cultural. Nasceu como expressão de um momento histórico muito particular do processo de formação da cidadania brasileira: a luta democrática contra o autoritarismo. Naquele momento ganhava expressão a articulação de grupos de educadores de rua, de pessoas engajadas em diversos programas de atendimento a crianças e adolescentes nas diferentes regiões do país e técnicos de instituições oficiais que desenvolviam, desde o início dos anos 80, as experiências conhecidas como alternativas comunitárias de atendimento a meninos e meninas de rua”. Disponível em: www.mnmmr.org.br - acesso: 21/04/0/2004.

É percebido que a legislação voltada à infância e à juventude no Brasil, conforme os princípios apresentados no artigo acima citado, demonstra uma preocupação em protegê-los de forma integral, garantindo no processo de sua formação a efetiva participação da família, bem como da sociedade e do Estado, passando-se a considerar, de fato, as crianças e os adolescentes como cidadão.

No cenário mundial, a luta pelos direitos desses sujeitos teve, em 1989, uma importante conquista através da realização da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, promovida pela Conferência Mundial dos Direitos Humanos. Nesta Convenção foi formulado um documento que buscava reafirmar os direitos já expressos na Declaração dos Direitos da Criança (1959) e ampliá-los sob a ótica da Doutrina de Proteção Integral – na qual afirmou-se a garantia de direitos especiais às crianças e aos adolescentes. (MARCÍLIO, 1998).

Assim, o artigo 3º desse documento, em seu parágrafo 2, afirma que

Os Estados Membros se comprometem a assegurar à criança a proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos pais, dos tutores ou de outras pessoas legalmente responsáveis por ela e, para este propósito, tomarão todas as medidas legislativas e administrativas apropriadas.

Ainda, o artigo 19, em seu parágrafo 1, revela que

Os Estados Membros tomarão todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, abuso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual, enquanto estiver sob a guarda dos pais, do representante legal ou de qualquer outra pessoa responsável por ela.

Percebemos, a partir do exposto, que os direitos desse segmento populacional passaram a ganhar força no cenário político e que, através dos artigos citados, do documento referido, os pais ou responsáveis, e também o Estado, foram reafirmados como principais responsáveis pela garantia e aplicação dos mesmos.

Como nos mostra Barroso (2000, p.83), o resultado desta Convenção foi a aplicação de seus princípios em vários países, sendo aplicados “[...] por mais de 96% dos países, que se tornaram obrigados por lei a tomar todas as medidas adequadas determinadas pela própria Convenção, para dar assistência aos pais ou responsáveis no cumprimento das obrigações perante suas crianças”.

Em se tratando da afirmação e consolidação dos direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil, podemos destacar que a

[...] partir do movimento constituinte é articulada a luta nacional pelos direitos da criança, que foram garantidos no artigo 227 da Constituição. Esta conquista, somada à Convenção sobre o Direito da Criança da ONU, de novembro de 1989, criaram as pré-condições para que o Brasil pudesse dispor de um Estatuto da Criança e do Adolescente. Estas medidas romperam com a estrutura do Código de Menores de 1979 e, a partir de julho de 1990, através da lei 8.069, foi permitido que o ordenamento jurídico brasileiro rompesse com a doutrina da situação irregular e publicasse os direitos da criança e do adolescente. (SPOSATI, 2004).¹⁸

Dessa forma, verificamos que o artigo 227 da Constituição de 1988, afirma-se e desdobra-se, ganhando força e expressão, em uma série de artigos, que estão divididos em cinco direitos fundamentais¹⁹, consolidados no Estatuto da Criança e do Adolescente, legitimado pela lei 8.069, de 13 de junho de 1990.

Através do Estatuto, as crianças e os adolescentes “[...] passam a ser sujeitos de direitos e com necessidades específicas, inerentes a sua condição de pessoas em desenvolvimento [...]” (NEPOMUCENO, 2002, p.140). Assim, os artigos expressões nele buscam, de diferentes formas, garantir a efetivação do pressuposto máximo de que a criança e o adolescente são sujeitos em desenvolvimento e, por isso, prioridade absoluta tanto no universo familiar e social quanto no desenvolvimento das ações governamentais.

¹⁸ SPOSATI, A. Crianças. Disponível em http://www.fpa.org.br/td/td37/td37_sociedade.htm - acesso: 21/04/2004.

¹⁹ Conforme expresso no ECA, os direitos fundamentais se apresentam da seguinte forma: direito à vida e à saúde; direito à liberdade, ao respeito e à dignidade; direito à convivência familiar e comunitária; direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer; e direito à profissionalização e à proteção no trabalho.

Entre os pressupostos defendidos no ECA, a liberdade, o respeito e a dignidade²⁰ representam um dos direitos fundamentais garantido às crianças e os adolescentes. No que se refere ao direito ao respeito, este, conforme expresso no artigo 17 do ECA, “[...] consiste na inviolabilidade da integridade física e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”. (BRASIL, 1990, p.04).

Ainda, afirma o ECA, em seu artigo 18, que se torna “[...] dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”.

Em se tratando do direito fundamental à convivência familiar e comunitária, segundo o ECA, toda criança e todo adolescente tem o direito de partilhar da convivência familiar, podendo ser em sua família biológica ou, em casos excepcionais, em família substituta. A família se afirma como o ambiente mais saudável para esses sujeitos, no qual lhes devem ser garantidos a educação, o sustento, a socialização e a proteção e, assim, seu desenvolvimento pleno.²¹

Dessa forma, quando a violência familiar passa a fazer parte da realidade das crianças e dos adolescentes, ocorre a violação de seus direitos fundamentais, em especial, o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, e o direito à convivência familiar e comunitária. Esta forma de violência pode se caracterizar, entre outros

²⁰ Conforme o artigo 15 do ECA, “A criança e o adolescente têm o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”. (BRASIL, 1990, p.03).

²¹ Esses pressupostos estão expressões no artigo 19 que afirma: “Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes” e também no artigo 22, no qual fica expresso: “Aos pais incube o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse deles, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais”. (BRASIL, 1990, p.04).

fatores, através do abandono, da prisão domiciliar, do confinamento, da violência física, da violência sexual e da violência psicológica.

Devemos ressaltar que se torna claro na Constituição Federal de 1988, bem como no ECA, que a manifestação da violência deve ser coibida, tendo em vista que ela põe em risco os direitos fundamentais da infância e da adolescência.

É nessa perspectiva que o ECA, em seu artigo 5º, afirma: “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. (BRASIL, 1990, p.02). Através desse artigo, fica proclamado que a violência, em suas diversas faces, ocorridas tanto no ambiente social, institucional ou familiar, torna-se uma ação que fere os direitos fundamentais desses sujeitos.

A afirmação das crianças e dos adolescentes como prioridade absoluta na Constituição de 1988, e, posteriormente no ECA, tornou possível e necessário o estabelecimento de uma rede de proteção – desenvolvida pela família, pela sociedade e pelo Estado – que fosse capaz de garantir a esses sujeitos sua integridade física, psicológica e moral.

No que se refere ao Estado, cabe a ele salvaguardar os direitos das crianças e dos adolescentes, atuando de forma a protegê-los de qualquer situação que configure risco pessoal e/ou social. Para tanto, a infância e a adolescência são destacadas em diversas políticas públicas, tais como saúde, assistência social, educação, trabalho, segurança, entre outras.

Pautadas no princípio de proteção integral, estas políticas buscam, nos três níveis de governo, desenvolver programas, projetos, serviços e ações destinados a estes segmentos, de forma específica a cada uma delas e também por meio da

proposta intersetorial de atuação, agindo sobre as diversas situações que configuram risco social ou pessoal, entre elas, a violência.

Nesse contexto, entre as propostas lançadas e desenvolvidas, podemos citar: o Programa de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente²²; o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA)²³; o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil²⁴; o Programa Sentinela²⁵; a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a Ficha de Notificação de Suspeita ou Constatação de Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes.²⁶

Estas ações, planejadas em nível federal, devem ser desenvolvidas nos diferentes Estados e Municípios do país, sendo complementadas com ações de características específicas da realidade de cada um deles.

Assim, seguindo as linhas gerais de ação federal, o Estado do Paraná lançou, em 2004, o Plano Estadual de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes. Trata-se de um plano plurianual, que busca: “Estabelecer um conjunto de ações articuladas que permita a intervenção técnico-política e financeira para o enfrentamento das diversas modalidades de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes no Estado do Paraná”. (PARANÁ, 2005, p.11).

²² Este programa busca estimular uma atuação conjunta entre entidades governamentais e não-governamentais na defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. Para obter mais informações sobre o referido programa, acessar: <http://www.presidencia.gov.br/sedh/>

²³ O SIPIA representa um sistema de registro em nível nacional criado para auxiliar os governantes na adoção de decisões sobre as políticas destinadas à infância e à adolescência. A respeito do Sistema de Informações para a infância e Adolescência, visitar: <http://www2.mj.gov.br/sipia/>

²⁴ Este Plano é desenvolvido por meio da Rede de Informações sobre Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Para saber mais informações sobre o referido plano, consultar o endereço eletrônico: www.mj.gov.br

²⁵ Vinculado ao Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, o Sentinela busca trabalhar com as crianças e os adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual e suas famílias. Para saber mais informações sobre o Programa, consultar: www.mds.gov.br

²⁶ A política e a ficha de notificação citadas serão trabalhadas, com maior ênfase, no Capítulo IV.

As atividades previstas neste plano incluem pesquisas para identificar a problemática no Estado; elaboração de relatórios; repasse de informação à população; criação de espaços para a discussão e campanhas de enfrentamento da violência; articulação das ações com os municípios, entre outros. Estas ações, iniciadas em 2004 e previstas até o ano de 2007, estão propostas em diferentes eixos²⁷, os quais são desenvolvidos de forma articulada.

De forma geral, podemos perceber que a afirmação das crianças e dos adolescentes enquanto sujeitos de direito só foi possível através de uma ampla e longa caminhada, onde se mostraram de fundamental importância as instituições das sociedades e as categorias profissionais, em todo o cenário mundial. As lutas traçadas apontaram para afirmação da família como principal responsável pelos interesses das crianças e dos adolescentes e para a necessidade de que os Estados assumissem seus papéis enquanto formuladores e mantenedores dos direitos.

No Brasil, como já visto, esse desafio foi assegurado através da Constituição de 1988 e, conseqüentemente, através do Estatuto da Criança e do Adolescente, que reforça os direitos desses sujeitos. De forma geral, podemos destacar que a luta pela garantia de tais direitos não representa algo terminado, mas, sim, um processo que ainda se encontra em construção, principalmente no que se refere à luta contra a violência sofrida pelas crianças e pelos adolescentes, assunto que iremos discutir na seqüência, destacando seu conceito, elementos e formas.

²⁷ Os eixos previstos no Plano Estadual de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes são: análise da situação; mobilização e articulação; proteção e responsabilização; prevenção e atendimento; protagonismo juvenil; e monitoramento e avaliação. (PARANÁ, 2005).

CAPÍTULO II

O FENÔMENO VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CONCEITOS, EXPRESSÕES E CARACTERÍSTICAS

1 ASPECTOS GERAIS DA PROBLEMÁTICA

Como pudemos perceber no capítulo anterior, a violência tem pairado sobre a história da infância e da adolescência em todo o cenário mundial. E, muito embora, nesse processo, possamos constatar as iniciativas sociais e legais que buscam proteger esses sujeitos, procurando garanti-lhes direitos como cidadãos, a problemática da violência ainda configura-se, atualmente, como um fenômeno que se dissemina no meio social, apresentando-se de variadas formas e atingindo um número expressivo de crianças e adolescentes, sem distinção de sexo, raça/etnia, condição socioeconômica ou religião.

Fato constatado é que

O espectro da violência tem pairado sobre a sociedade brasileira, atingindo, de forma injusta e cruel, crianças e adolescentes indiscriminadamente, seja nas ruas ou nos logradouros públicos durante a calada da noite, seja em seus lares na forma de maus-tratos, espancamentos, torturas e abusos sexuais, seja nas escolas ou instituições em que, estigmatizados e marginalizados, constroem-se na revolta e resistência ao sistema que os prostitui. (ROURE, 1996, p.15).

O que fica evidente nessa afirmação é a amplitude com que a violência se apresenta na vida de crianças e adolescentes em nossa sociedade, bem como que são vastas as formas com que pode se manifestar esse fenômeno em relação a esses sujeitos. Contudo, dentre as formas de violência apresentadas, existe uma diferença na percepção do processo de formação das vítimas.

Assim, conforme Azevedo e Guerra (2000), quando a violência se dá a partir da situação econômica ou social vivida por crianças e/ou adolescentes, estes sofrem **vitimização** das condições que estão postas pelo sistema econômico e/ou social.

A realidade de violência que atinge esta parcela da população no cenário nacional reflete a produção de vítimas que assim o são por questões de pobreza e/ou exploração, presentes no meio social, e até pela tortura, quer a que pode se verificar nesse espaço (como a chacina, o espancamento que ocorrem dentro das próprias comunidades que configuram o cotidiano desses sujeitos), quer a que se verifica nas instituições de atendimento a infância e adolescência. Esses sujeitos também podem ser vítimas da violência expressa através da desigualdade e exclusão social, uma violência estrutural e que assume novas configurações no contexto atual, reafirmando-se.

Em relação a esta última categoria, Azevedo e Guerra (2000, 35) nos alertam que a

[...] violência estrutural, inerente ao modo de produção das sociedades desiguais e da sociedade capitalista em particular, não é a única forma 'de fabricar crianças-vítimas'. A seu lado – e por vezes, mas não necessariamente em intersecção com ela – coexiste a *violência inerente às relações interpessoais adulto-criança*.

A partir dessas relações interpessoais é que se esboça a condição de infância **vitimizada**, isto é, meninos e meninas que sofrem violência no ambiente familiar, independente da situação socioeconômica vivida. (AZEVEDO; GUERRA, 2000).

Assim sendo, a violência familiar contra crianças e adolescentes não está ligada primeira e principalmente à condição socioeconômica, embora esta também possa agravar situações tensas presentes no meio familiar, pois crianças e

adolescentes de classes média ou alta também são alvos da violência de seus familiares, ainda que isso não seja tão visível socialmente.

Fato constatado é que a família apresenta-se como o primeiro grupo em que os seres humanos são inseridos, e, por isso, representa o principal responsável pelo processo de socialização dos indivíduos. Diante de tal incumbência, espera-se que nela se estabeleçam laços baseados no amor, no carinho e na proteção. Um espaço que nutra a formação da identidade dos indivíduos e onde esses possam ser conduzidos a trilhar seus caminhos da maneira mais saudável possível.

Nesse sentido, Salomom (2002, p.75) explica:

Para o seu desenvolvimento saudável, seres humanos necessitam de um ambiente que o nutra e o apóie [sic]. Adultos – em geral os pais – desempenham um papel crucial nesse provimento. Eles geralmente satisfazem as necessidades físicas por alimento, abrigo e vestimentas; deles, em geral, é esperado que satisfaçam as necessidades psicológicas e provenham cuidados e orientação. Uma relação pai-criança satisfatória é vista como a base para um desenvolvimento de confiança, autocontrole, habilidade de superar problemas, bem como para estabelecer e manter relacionamentos interpessoais íntimos ou não. Os pais servem também de modelo para os filhos, provendo-os com as normas morais que eles internalizarão, preparando-os e equipando-os para a idade adulta.

Porém, as experiências vividas pelas crianças e pelos adolescentes nesse espaço constituem-se, em muitos casos, como o primeiro contato que os mesmos têm com a violência, apresentando-se como a forma mais comum e disseminada. A família então, passa a se apresentar como um espaço de negação de valores de amor, carinho, atenção e proteção.

Dessa maneira, meninos e meninas convivem com atos de violência e vivem cercados por eles, fazendo parte de um mundo longe do ideologicamente pensado – e muitas vezes negado – sendo vitimizadas por pessoas que deveriam ser responsáveis por sua educação, desenvolvimento e socialização. Esse é o universo que se apresenta como “base de sustentação”, ou, em muitos casos, “base de

insustentação” para a vida adulta, já que nos laços estabelecidos podem encontrar-se presentes os abusos, a exploração e/ou também a omissão.

A violência praticada no meio familiar, é denominada por Guerra (2002, p.07), como violência doméstica, representando

[...] todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, numa transgressão de poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

A partir do exposto neste conceito, que tomamos como referência em nosso estudo, podemos ter claro que essa problemática representa uma violência interpessoal, sendo expressa pela transgressão do poder do adulto sobre a criança ou o adolescente, ou seja, esses sujeitos deixam de ser percebidos como pessoas em desenvolvimento, possuidoras de direitos e se tornam objetos, coisas, algo que pode ser manipulado conforme a vontade de seus responsáveis.

Guerra (2001, p.32 – colchetes nossos) nos aponta algumas características desse fenômeno, sendo elas:

[...] *transgressão do poder disciplinador* do adulto, convertendo a diferença de idade [...] numa desigualdade de poder intergeracional;
[...] negação do valor *liberdade*: ela [a violência] exige que a criança ou adolescente sejam cúmplices do adulto, num pacto de silêncio;
[...] processo de *vitimização* como forma de aprisionar a vontade e o desejo da criança ou do adolescente, de submetê-los ao poder do adulto a fim de coagi-la [sic] a satisfazer os interesses, as expectativas e as paixões destes.

A violência, nesses casos, via de regra surge como uma consequência do uso incorreto da autoridade, pelos pais/responsáveis, sobre as crianças e os adolescentes.

Nesse contexto, o agressor, embasado nos princípios de disciplinamento e de “dever/proteger”, utiliza-se do pressuposto de autoridade responsável – que lhe é socialmente outorgada – para, na verdade, consciente ou inconscientemente,

exercer o autoritarismo sobre a criança e/ou adolescente, que assim se torna vitimizado pela família. O que ocorre em geral é o exercício não devidamente refletido do poder, uma interpretação errônea sobre a responsabilidade dos pais/responsáveis de dever/proteger.

Podemos destacar ainda que o autoritarismo pode, em muitos casos, derivar da falta de preparo dos pais para entender e trabalhar com a alteridade dos filhos e com o direito de voz e de participação nas decisões, haja vista que as crianças e os adolescentes vivem em um mundo de adultos onde seu espaço ainda é limitado.

Na relação autoritária, os adultos percebem o poder como forma de impor; surge, assim, o autoritarismo como “[...] uma forma de aprisionar a *vontade* e o *desejo* da criança, de submetê-la, portanto, ao poder do adulto, a fim de coagi-la a satisfazer os interesses, as expectativas ou paixões deste”. (AZEVEDO; GUERRA, 2000a, p.35).

Esta posição é legitimada pelo caráter adultocêntrico de nossa sociedade, onde existe, nas relações estabelecidas entre adultos e crianças,

[...] uma hierarquia, na qual o poder do adulto destina-se a socializar a criança e transformá-la em um adulto à sua imagem e semelhança. Trata-se do fenômeno da repetição, responsável pela transmissão dos padrões de conduta adultos às novas gerações. (SAFFIOTI, 2000, p.17).

A suposta condição de superioridade dos adultos no meio familiar é um conceito que histórica e culturalmente vem sendo afirmado. Isso se deve à dependência física e psicológica que esses sujeitos têm nessas fases da vida, e também ao fato de que eles devem se adaptar a um mundo que foi construído por adultos e, por isso, a autoridade do adulto sobre os mesmos configura-se como uma autoridade social. (GUERRA, 2001).

Entretanto, Guerra (2001, p.95) nos alerta que esta autoridade passa a ser

[...] pensada como natural e não como social. A criança deve submeter-se ao adulto porque ele lhe é naturalmente superior. Os pais, que assumem esta função por um fato da natureza, têm direitos prioritários sobre a criança. Sua dependência social é transformada em dependência natural. A obediência se torna um dever exclusivo da criança, e sua revolta é encarada pelo adulto como uma transgressão aos próprios direitos do adulto.

Podemos reforçar esta constatação através do que afirma Saffioti (2000, p.50), ao verificar que

[...] o adulto em geral, independente de seu sexo, detém poder sobre a criança. Quer se trate de pai ou mãe, de avô ou avó, independentemente do grau de correção de suas ordens e argumentos, a criança deve submeter-se aos desígnios dos adultos. Muitas vezes a criança tem suficiente discernimento para verificar a incorreção da ordem que lhe dá o adulto. Todavia, segundo as normas sociais, não lhe cabe discutir tal ordem, uma vez que o adulto pode não ter razão, mas tem sempre autoridade.

A partir da hierarquia estabelecida no meio familiar cria-se uma estrutura em que crianças e adolescentes ocupam, na maioria das vezes, o último lugar. São os membros que menos podem participar das decisões familiares; suas observações e/ou questionamentos são poucas vezes considerados, entre outros fatos que caracterizam esta colocação.

1.1 O PACTO DE SILÊNCIO

Mesmo constituindo-se como uma das formas de violência mais presente na vida das crianças e dos adolescentes, a violência familiar ainda caracteriza-se como a menos visível socialmente se comparada às demais formas de violência. Isto se deve ao fato de que ela ocorre no âmbito privado e que os agressores são pessoas de íntima convivência com as vítimas.

Tendo em vista a privacidade familiar, essa problemática reflete um universo de difícil acesso, onde os acontecimentos ficam, na grande maioria das vezes, restritos a ele e não percorrem um espaço maior que o limitado pelo muro das residências. Assim, característico dessa forma de violência “[...] é o silêncio instalado à sua volta, geralmente rompido apenas quando atinge os limites da crueldade”. (FERREIRA, 2002, p.38).

Conforme Ferreira (2002, p.33), a sua difícil visibilidade se deve ao fato de que “[...] as vítimas desse tipo de violência parecem ficar aprisionadas no desejo do adulto, uma vez que sob ameaças e medo, mantêm um ‘pacto de silêncio’ com o agressor, num processo perverso instalado na intimidade de sua família”.

Ainda como nos relata Guerra (2001, p.44), nas famílias onde ocorre a violência dessa natureza “[...] há o estabelecimento de um tipo de ‘aliança solidária’ entre os cônjuges pela qual um dificilmente exerce este tipo de violência sem a cumplicidade silenciada do outro, sendo raro que o parceiro não agressor revele o problema a terceiros”. Este pacto de silêncio pode se estabelecer no meio familiar por vários motivos, entre os quais podemos citar o medo, as ameaças, a dependência financeira ou emocional, a falta de conhecimento sobre o que fazer, a acomodação, a cumplicidade, entre outros.

É importante destacar que as vítimas da violência também participam desse pacto. Por caracterizar-se a violência, nesses casos, como interpessoal, onde o adulto desempenha de forma exacerbada o poder sobre as crianças e adolescentes, exige também a cumplicidade da vítima.

Nessa realidade, “[...] a vítima tem restringida não apenas sua atividade de ação e de reação como também sua palavra é cassada e passa a viver sob o signo do medo: medo da coação, medo da revelação”. (AZEVEDO; GUERRA, 2000a,

p.35). Assim sendo, a criança e o adolescente têm limitadas ou anuladas as possibilidades de proteger-se, tanto através de ações quanto através de palavras (denúncia), frente aos atos de violência.

Outro fato que corrobora para o silêncio da vítima é a ambigüidade de sentimentos com a qual esta passa a conviver: de amor e de medo. O ideal de que as crianças e os adolescentes devem amar seus pais/responsáveis esbarra na realidade de atos violentos que conduzem ao temor; não é incomum casos em que esses sujeitos culpam-se pela violência sofrida, pois se defrontam com explicações correntes de que “tudo que os pais/responsáveis fazem é apenas para o bem dos filhos” e que “se receberam alguma punição foi porque mereceram, foram maus”.

Este silêncio passa a fazer parte também, na grande maioria das vezes, da vida das pessoas que, fora do meio familiar, tomam conhecimento dos casos de violência de crianças e adolescentes. Estas pessoas, mesmo tendo conhecimento de casos dessa natureza, dificilmente os denunciam.

A suposta preocupação de não invadir a privacidade da família apresenta-se como um dos motivos que podem explicar a omissão das pessoas que tomam conhecimento dos casos, porém, por traz dessa preocupação pode esconder-se o medo da reação que a família terá. O medo parece ser a palavra-chave para explicar a não denúncia dos casos, tanto por parte dos membros da família, quanto por parte das demais pessoas que têm conhecimento dos mesmos.

Ainda vale ressaltar a falta de conhecimento sobre como agir nesses casos, o que leva as pessoas a imaginarem que nada pode ser feito por elas, que isso deve ser abordado apenas pela família e pelas instituições que atendem os casos.

De forma geral, o pacto de silêncio criado nessas circunstâncias, envolvendo os familiares e a sociedade, possibilita que as crianças e adolescentes passem

[...] a viver uma situação típica de estado de sítio, em que sua liberdade – enquanto autonomia pessoal – é inteiramente cerceada e da qual só se resgatará, via de regra, recuperando o poder da própria palavra, isto é, tornando *pública* a violência *privada* de que foi vítima. (AZEVEDO; GUERRA, 2000a, p.35).

Romper com esse pacto torna-se de fundamental importância para que as conseqüências sejam minimizadas e, mais importante, para que o ciclo de violência cesse.

1.2 POTENCIAIS DETERMINANTES DO FENÔMENO

Podemos considerar que a manifestação da violência no meio familiar contra crianças e adolescentes tem como determinante os aspectos aqui apresentados – o abuso de poder, o autoritarismo e também o pacto de silêncio. Porém, outros fatores podem influenciar em sua configuração, pois, como já havíamos afirmado, a violência representa uma questão de caráter multicausal.

Nesse sentido, existe uma grande variedade de fatores que costumam interagir na produção desse fenômeno, podendo ser a interferência dos valores culturais, as características pessoais (subjetivas) e circunstanciais dos membros da família e as características ambientais – onde as implicações socioeconômicas interferem na dinâmica familiar. (SOUZA E SILVA, 2002).

Sobre a cultura, historicamente se formaram valores que caracterizam as crianças e os adolescentes como segmentos minorizados da sociedade. Essa forma de perceber os meninos e as meninas paira, mesmo que inconscientemente, sobre a maioria das relações estabelecidas entre adultos e crianças/adolescentes na conjuntura atual; assim, enquanto existe uma valorização desses sujeitos nos discursos, há, por outro lado, uma desvalorização dos mesmos nas ações práticas.

Além disso, torna-se evidente que alguns fatores conjunturais, combinados aos fatores estruturais, interferem no ambiente familiar, criando situações que, repetidas ou acumuladas, podem provocar reações violentas.

Entre estes fatores, podemos destacar: **uma gravidez não aceita** – que torna mais difícil o estabelecimento de laços de afetividade entre os adultos e as crianças/adolescentes; **o isolamento familiar** – onde as famílias mostram-se resistentes em inserir socialmente seus filhos; **os conflitos entre o casal** – que podem interferem, muitas vezes, na unidade familiar, passando a delinear relações familiares conflituosas, onde a criança ou o adolescente é incluído; e **a falta de diálogo** – que fragiliza o relacionamento entre pais e filhos, proporcionando brechas para a configuração do abuso de poder e do autoritarismo, comprometendo os princípios de confiança e segurança, necessários nessa relação.

Outros fatores que podem contribuir para a emergência da violência no meio familiar são: **o desemprego, a precarização das condições de trabalho e as dívidas constantes** – que trazem à tona sentimentos como frustração e angústias, e muitas vezes, o estresse, interferindo decisivamente nas relações familiares e proporcionando situações onde a violência pode se manifestar; **o estilo de vida que não leva em consideração os filhos, onde o tempo no cuidado dos filhos é insuficiente e onde há ausência física, moral ou simbólica dos pais** – que, por um lado, caracterizam a conjuntura neoliberal e de globalização em que vivemos, exigindo maior disponibilidade para o trabalho e, por outro, revelam a banalização das relações interpessoais, tanto no meio familiar quanto no meio social; e **o abuso substâncias lícitas (álcool) ou ilícitas (cocaína, maconha, entre outras)** – que podem desencadear comportamentos violentos, tendo em vista que abrem espaço para comportamentos anti-sociais.

De forma geral, podemos destacar que em famílias onde os elementos até aqui apresentados se somam e/ou se sucedem, torna-se mais fácil o desencadeamento da violência, pois isso proporciona nesse meio a configuração de um ambiente de angústias, frustrações e conflitos, onde a violência passa a representar uma das principais formas de resolver os problemas familiares, principalmente quando envolve o relacionamento entre adultos e crianças/adolescentes.

Sobre as manifestações da violência no âmbito familiar, podemos identificá-las através de quatro faces, sendo elas a violência de natureza física, a violência de caráter sexual, a violência psicológica e a negligência – formas estas que serão abordadas na seqüência.

2 FORMAS DE EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

2.1 VIOLÊNCIA FÍSICA

Entre as formas que assume a violência contra crianças e adolescentes, a violência de natureza física constitui-se como uma das principais ocorridas no meio familiar. Tal fato se dá, principalmente, pelo valor cultural e histórico que a violência física assumiu nas diversas sociedades, afirmando-se – mesmo que questionada nas suas formas mais “severas” – como uma eficiente forma de educar crianças e adolescentes e que prossegue assim entendida também na conjuntura atual onde o contexto vivido e os valores culturais de cada sociedade, assim como a assimilação desses valores por cada grupo familiar, legitimam o fenômeno.

Ao buscarmos compreender como a violência dessa natureza se faz presente em cada realidade social e, em específico, em cada realidade familiar, temos que estar atentos às formas como são definidos “[...] os limites de agressão ao outro que são tolerados de acordo com regras inscritas nas tradições, nos costumes e inclusive, nas leis”. (CAVALCANTE, 1999, p.104).

O significado da violência física vem sendo construído ao longo do tempo; como nos alerta Guerra (2001), essa problemática foi assunto presente em várias publicações, tais como jornais e panfletos, e até mesmo em romances²⁸ e autobiografias, durante os séculos, principalmente após o século XVIII.

Cientificamente, a problemática foi abordada pela primeira vez em 1860, na França, através do estudo realizado pelo Dr. Ambroise Tardieu. Em seu estudo, foram apresentados 32 casos de crianças que sofreram algum tipo de maus-tratos, descrevendo as lesões presentes nas mesmas e levantando as contradições nas explicações dadas pelos agentes agressores. Desses casos, foi destacado que metade das crianças possuíam idade inferior a cinco anos e que 18 crianças foram a óbito. (GUERRA, 2001).

O estudo realizado por Tardieu tornou-se importante por se propor a apresentar com clareza e a discutir a violência contra crianças e adolescentes exercida por seus pais e/ou responsáveis, apontando a conduta dos agressores e também buscando abrir um diálogo entre o fenômeno e as condições socioculturais. Contudo, na realidade da época (de um governo autoritário, de afirmação do poder da família), a obra do médico não teve grande repercussão. (GUERRA, 2001).

²⁸ Dos romances que traziam à tona a problemática durante o século XIX podemos destacar o trabalho de Victor Hugo (Os miseráveis); de Emile Zola (A Taberna); de Jules Vallès (El niño); e de Jules Renard (Cabelos de Fogo), literatura esta que foi apresentada e discutida na obra de GUERRA, V. N. de A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4º ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 2001.

A temática volta a se configurar como objeto de estudos científicos somente nas primeiras décadas do século XX, assim como nos aponta Bueno (2000, p.106):

Em 1946, o pediatra e radiologista norte-americano John Caffey relatou seis casos de fraturas de ossos longos associados à presença de hematoma subdural, que ele relacionou com espancamentos infligidos às crianças. O Dr. Silverman, também radiologista, em 1953, fazendo um estudo retrospectivo de crianças com quadro clínico semelhante, associou-os definitivamente a maus-tratos.

Seguiu-se, então, uma ampla divulgação de casos dessa natureza, porém foi em 1962, nos Estados Unidos, que o assunto assumiu sua real importância nas discussões científicas. A visibilidade sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes neste cenário ocorreu por intermédio dos estudos realizados pelos médicos Kempe e Silverman, que foram responsáveis pela “redescoberta” da violência familiar enquanto problemática de estudo, direcionando seu foco para a discussão da violência física.

A obra publicada por Kempe e Silverman tratava de 749 casos de crianças que foram vítimas da violência de natureza física; em 78 desses casos as crianças foram a óbito. O estudo proporcionou a denominação da problemática como *Síndrome da Criança Espancada*.

Segundo Azevedo e Guerra (2000, p.262) essa síndrome

[...] se refere usualmente a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras, etc., ocorridas em épocas diversas, bem como em diferentes etapas, e sempre inadequadas ou inconsistentemente explicadas pelos pais. O diagnóstico tem que se basear em evidências radiológicas dos repetidos ferimentos.

Sobre o conceito adotado por Kempe e Silverman, Bueno (2000) afirma que ao classificar a problemática enquanto síndrome ganhou destaque a necessidade de se apresentar sinais e indícios, como fraturas e hematomas, para caracterizá-la; em decorrência da ênfase dada nessas evidências, outros aspectos que poderiam

indicar o início de problemas passíveis de apresentar conseqüências mais graves deixavam de ser considerados.

Guerra (2001, p.72) também aponta para o fato de que se formou

[...] um modelo de atendimento do fenômeno conhecido como 'psicopatológico' que centrou o problema [...] nos pais, na medida em que os colocava como portadores de severos distúrbios emocionais. Este modelo definia, então, que a causa central do problema estava no indivíduo agressor, que havia uma perspectiva de *doença*, a qual, por sua vez, deveria ser tratada no plano individual.

Além disso, a autora nos revela que através da realização e divulgação do referido estudo, aliado à repercussão que o mesmo teve nos meios científico e social, tornou-se a área médica a principal responsável pela abordagem do fenômeno, criando-se, então, um processo denominado como medicalização da problemática.²⁹

O rompimento da hegemonia da classe médica sobre os estudos e a intervenção da violência física, bem como a alteração de seu significado, foi fato marcante na década de 1970, nos Estados Unidos e em diversos países da Europa, quando profissionais das áreas da psicologia, da antropologia, da sociologia, do direito, entre outras, passaram a estudar e intervir junto à problemática.

Temos então o início do questionamento da violência física no que se refere à manifestação de uma doença por parte do agressor, bem como sobre os danos e a intencionalidade dos atos, passando-se a destacar os atos desencadeados não como acidentais, mas sim como intencionais. Isso foi objeto de questionamento e discussão por profissionais de várias áreas, a exemplo dos estudos realizados pelos

sociólogos David Gil (1978) e Gelles (1979).³⁰ (GUERRA, 2001).

²⁹ O aspecto de medicalização da violência é tratado com maior profundidade em GUERRA, V. N. de A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4º ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 2001.

Em 1980, destacaram-se no cenário internacional os estudos realizados pelo psicólogo Ochotorena (1988) e também por Newell (1989), os quais representam uma linha de pensamento que buscava abordar também a intensidade e a intencionalidade dos atos que caracterizam a problemática.³¹ (GUERRA, 2001).

Podemos considerar que a participação de profissionais de outras áreas no estudo do problema proporcionou também a compreensão dos múltiplos determinantes que permeiam a violência física e, ainda, a necessidade de se abordar a mesma numa perspectiva de trabalho multidisciplinar.

No Brasil, o primeiro estudo científico sobre o fenômeno data de 1973, com uma publicação elaborada por professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; esse estudo toma por base a descrição de um caso de espancamento de uma criança de aproximadamente um ano e três meses de idade. Dois anos depois (1975), foi publicado pelo Dr Armando Amoedo a descrição de cinco casos de crianças que sofreram violência física. (FERREIRA, 2002).

Houve também, no cenário nacional, um processo de construção do conceito que melhor definiria a violência física, sendo que, durante a década de 1980, grande parte dos conceitos lançados era influenciada pelos estudos internacionais. Contudo, no Brasil, foi na década de 1990 que as discussões e estudos ganharam destaque no meio acadêmico e científico e visibilidade no meio social.

³⁰ Sobre os conceitos formados pelos autores citados no texto ver GUERRA, V. N. de A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4º ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 2001; AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. As políticas sociais e a violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio recusado em São Paulo? AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000. (p.228-304).

³¹ Mais informações sobre os estudos realizados por Ochotorena e por Newell, consultar: GUERRA, V. N. de A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4º ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 2001; AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

Sobre estes conceitos, Guerra (2001) relata que alguns avançavam no sentido de ampliar os horizontes da compreensão do fenômeno, porém, na sua maioria não se detinham na intensidade dos atos praticados, isto é, não se destacava nos estudos a questão da punição física considerada mais leve como uma forma de violência física³² – questão essa que só mais recentemente passa a fazer parte dos conceitos lançados.³³

Nos últimos anos, estudos nacionais e internacionais têm apontado a compreensão da problemática para um mesmo caminho, considerando qualquer ato que cause dor física (do mais leve ao mais grave) como expressão de violência.

De forma geral, podemos considerar essa problemática como “[...] o uso da força física contra a criança e o adolescente, causando-lhes desde uma leve dor, passando por danos e ferimentos de média gravidade, até a tentativa ou execução do homicídio”. (MINAYO, 2002, p.103). Devemos destacar ainda que, nesse contexto, a força física é questionada por utilização de forma intencional e não-acidental, como afirmam Azevedo e Guerra (2001).

A partir do conceito apresentado, fica evidente que essa manifestação da violência configura-se não apenas em ações que culminam em marcas físicas evidentes (como ferimentos e fraturas) ou na morte das crianças e adolescentes, mas também em ações que, consideradas leves, causam dor às vítimas. Isto

³² Devemos destacar que um dos poucos estudos que trazia à tona a questão das punições físicas consideradas leves e, além disso, incorporava essas enquanto violência física foi a obra de Viviane Azevedo de Nogueira Guerra, *Violência de pais contra filhos: procura-se vítimas*, atualmente reeditada com o título de **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4º ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 2001. A obra referida, configura-se com a primeira publicada no cenário nacional que se propunha a discutir a problemática da violência familiar contra crianças e adolescentes.

³³ Entendemos que se fossem evidenciadas as punições físicas percebidas como mais leves nos estudos lançados no Brasil durante a década de 1980, estas poderiam ter influenciado a formulação e estar incluídas no texto do Estatuto da Criança e do Adolescente enquanto violência física, assim como ocorreu em países como a Suécia (1979), a Finlândia (1983), a Dinamarca (1985), a Noruega (1987), a Austrália (1989), o Chipre (1994), a Letônia (1998), a Croácia (1999), a Alemanha e Israel (2000). (GUERRA, 2001).

porque, qualquer intensidade dos abusos físicos – em maior ou menor grau – pode causar danos ao desenvolvimento físico e/ou psicológico desses sujeitos.

Não podemos deixar de acrescentar que as punições físicas caracterizadas como severas – tais como queimaduras, espancamento, entre outras – não representam, na educação de crianças e adolescentes, as primeiras formas de punição com fins educativos. Elas concebem uma dinâmica que foi construída com o tempo e com ações consideradas não tão brutais, ou seja, com as punições físicas entendidas como leves; representam, dessa maneira, ações costumizadas e ampliadas frente a ineficácia que assumem no dia-a-dia, na educação das crianças e dos adolescentes.

Assim, a soma de angústias, de estresse e frustração do cotidiano, à cultura do disciplinamento físico como forma eficaz de educação, pode criar um ambiente em que as punições leves, em momentos tensos, onde as crianças ou os adolescentes contestam a autoridade do adulto, podem desencadear ações mais severas. Nesse sentido, os pais/responsáveis podem perder o controle sobre suas atitudes e também sobre sua força física, aplicando, mesmo sem intenção primeira, castigos físicos austeros.

No Brasil, os atos violentos de natureza física são comuns, principalmente por termos em nossa história marcas de um modelo familiar pautado no patriarcalismo e no adultocentrismo. As punições físicas empregadas na educação de crianças e adolescentes representam a disseminação de valores culturais que se propagaram e que ainda se mostram com grande força no cenário social e familiar. É nesse sentido que a responsabilidade e a autoridade dos pais/responsáveis, assim como a educação e o limite, são utilizados como justificativas para o emprego de punições físicas no processo de formação desses sujeitos.

Devemos considerar que a responsabilidade e a autoridade, na grande maioria das vezes, permitem a compreensão de certos atos, que acabam se tornando violentos, como forma de proteger e de disciplinar as crianças e os adolescentes; vale ressaltar que estes atos – em especial os físicos, considerados leves – são, em grande parte, aceitos socialmente.

Ao avaliarmos as particularidades que essa problemática assume quando voltada às crianças, percebemos que esses sujeitos estão propensos a sofrerem abusos físicos com maior frequência além dos atos apresentarem marcas específicas. Nesse sentido, em se tratando de crianças pequenas, as punições físicas são “[...] freqüentes e tendem a ser repetidas e constantes nas vítimas lesões com marcas específicas do instrumento da agressão, a exemplo de cintos, fivelas, dedos, dentes, cordas e outros”. (ASSIS; DESLANTES, 2004, p.50).

Entre os abusos dirigidos às crianças, torna-se presente em alguns casos a caracterização da “*Síndrome do Bebê Sacudido*”, sendo essa “[...] uma forma especial deste tipo de mau-tratamento e consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001, p.12).

Outra síndrome que também faz parte da violência física é a “*Síndrome de Munchausen por Procuração*”³⁴, que

[...] é definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis. Em decorrência, há conseqüências que podem ser caracterizadas como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001, p.12).

³⁴ A Síndrome de Munchausen por Procuração ganhou esta denominação em 1977, quando o médico Meadow “[...] descreveu a situação em que pais com desordens psiquiátricas produziam nos filhos o mesmo quadro”. THEOPHILO, R. **Violência Psico-Física na Criança e no Adolescente**. Disponível em <http://www.sociologia.org.br/tex/ap26.htm> - acesso: 24/09/2005.

Nesse caso, podemos destacar que a criança

[...] é tratada como figura de referência afetiva, principalmente pela mãe que a considera como um doente, e perde a capacidade de perceber corretamente a sensação que se origina do físico; com a persistência do quadro perde o referencial de distinguir se os sintomas são reais, imaginários de sua parte ou induzidos pelos outros.³⁵

Assim, a frequência e a repetição do abuso físico contra crianças pode ser justificada pela dependência física e psicológica que esses sujeitos possuem, e quando são acometidos por atos de violência, dificilmente conseguem reagir, o que torna mais fácil ao abusador continuar a violência, sem sentir-se ameaçado.

Em se tratando de adolescentes, o abuso físico assume outras características. Dessa maneira, sendo a vítima um adolescente

[...] crescem as agressões mais graves, intensas e menos regulares [...]. Por já ter mais condições de reagir, ele tende a impedir as repetições dos castigos corporais. No entanto, os jovens são mais vulneráveis a ações severas e traumáticas, inclusive costumam ser mais alvo de armas de fogo, o que, na maioria das vezes, provoca morte ou graves consequências físicas. (ASSIS; DESLANTES, 2004, p.50).

Ainda que haja, atualmente, mais discussões sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes, e uma preocupação acentuada por parte de um grande número de pais/responsáveis em buscar formas diferenciadas de educarem seus filhos, bem como a ampliação da literatura lançada com este objetivo, ainda assim são comuns atos violentos, principalmente de natureza física, adotados na educação de meninos e meninas.

³⁵ THEOPHILO, R. **Violência Psico-Física na Criança e no Adolescente**. Disponível em <http://www.sociologia.org.br/tex/ap26.htm> - acesso: 24/09/2005.

2.2 NEGLIGÊNCIA

As discussões científicas acerca da negligência contra crianças e adolescentes tornam-se um fato a partir das primeiras décadas do século XX, durante a chamada Era Progressista, nos Estados Unidos, em meio as discussões já estabelecidas sobre a violência física.

Nesse contexto, a problemática suscitava um maior envolvimento dos profissionais, que passaram a refletir sobre as reais condições de vida das famílias em que se manifestavam atos de violência e passaram a considerar, então, como elementos determinantes a pobreza, o desemprego, o isolamento, as doenças e também o álcool. (GUERRA, 2001).

Destacando-se a negligência enquanto uma das manifestações da violência familiar contra crianças e adolescentes, uma nova personagem passa a protagonizar essas ações, segundo o entendimento dos profissionais, sendo essa personagem a mulher/mãe. Isto é, “[...] quando se enfatizou a negligência na Era Progressista, as mulheres foram responsabilizadas, porque tradicionalmente cabia a elas o cuidado com os filhos”. (GUERRA, 2001, p.261).

O que ocorria, de fato, era o crescimento das famílias chefiadas por mulheres e, em contra partida, a busca constante pela reafirmação dos valores das famílias tradicionais. Nesse sentido, os profissionais asseguravam que os casos de negligência ocorriam devido ao despreparo das mulheres para com as atividades domésticas e de cuidado com seus filhos e por isso a identificação desses casos passava a causar uma certa rejeição e culpabilização por parte dos profissionais no que se refere à figura feminina, visto que esta seria a principal responsável pelo bem-estar de sua família e, em especial, de seus filhos.

Já no cenário brasileiro, a problemática ganhou destaque quando a questão violência familiar contra crianças e adolescentes passou a fazer parte dos estudos científicos e das discussões sociais, em especial, durante a década de 1980.

A negligência passou a ser considerada como “[...] uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente” (GUERRA, 2001, p.33), ou seja, quando seus pais/responsáveis “[...] deixam de prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, emocional e social”. (BRASIL, 2002, p.12). Nesses casos, a violência se configura pela omissão de ações ou atitudes, à medida que constitui desconsideração das necessidades emocionais e físicas das crianças e dos adolescentes.

Suas manifestações são variadas,

[...] desde o não-provimento das necessidades físicas e materiais de uma criança ou adolescente até uma insuficiência crônica de natureza quantitativa e qualitativa de respostas dadas às suas necessidades emocionais ou até mesmo a exclusão do lar através do abandono. (CRUZ, 2004, p.84).

No que se refere a negligência de natureza física e material, podemos compreendê-la como quando os pais/responsáveis “[...] falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos etc., e quando *tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle*” (GUERRA, 2001, p.33), bem como “[...] quando há omissão quanto a monitorar o comportamento, prover as necessidades básicas ou assegurar a proteção contra acidentes às crianças ou adolescentes”. (CRUZ, 2004, p.84).

Nesse sentido, a negligência representa a negação do que diz respeito ao provimento de subsídios essenciais para a sobrevivência das crianças e dos adolescentes, tais como alimentação, vestimenta, habitação, auxílio médico, entre outros. Vale ressaltar que a autora destaca as condições econômicas da família,

sendo que, conforme o próprio ECA (em seu artigo 23) as famílias que não possuem condições materiais para prover as necessidades das crianças e dos adolescentes não podem ser consideradas como negligentes.

Azevedo e Guerra (2000a, p.41) evidenciam que “[...] se uma criança está mal alimentada porque os pais não conseguem obter dinheiro para o fazer adequadamente, o caso não será considerado como negligência”, porém, “[...] se todo o dinheiro conseguido e que seria, por exemplo, para a alimentação da prole é desviado para o consumo de bebida alcoólica, então poderia se configurar um cuidado negligente”. (AZEVEDO; GUERRA, 2000a, p.41).

Podemos afirmar, então, que o que configura as ações como negligentes é justamente o fato da família possuir condições para satisfazer essas necessidades das crianças e dos adolescentes e assim não o fazer, negando-lhes sua condição de pessoa em desenvolvimento, seus direitos fundamentais e sua cidadania.

Em meio a essa realidade da negligência, conforme a publicação do Ministério da Saúde, a integridade física desses sujeitos fica prejudicada quando os pais/responsáveis tornam-se omissos no que se refere aos

[...] cuidados básicos como a privação de medicamentos, a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde, o descuido com a higiene, a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola. (BRASIL, 2002, p.12).

Beserra, Corrêa e Guimarães (2002) destacam que a negligência física pode se desencadear de forma severa ou moderada. Em se tratando da primeira, as autoras afirmam que

[...] no lar das crianças, submetidas a essas práticas, os alimentos nunca são providenciados, não há roupas limpas, o lixo se espalha no chão, há fezes e urina pela casa; não existe rotina para as crianças; são deixadas sós por muitos dias, podendo vir a falecer de inanição, de acidentes. (BEZERRA; CORRÊA; GUIMARÃES, 2002, p.66).

Como referência à segunda forma de negligência física, ou seja, a considerada moderada, as autoras relatam:

[...] no lar das crianças, submetidas a essas práticas, [...] há sujeira nas casas, mas sem as características do tipo anterior; há algumas roupas limpas; as crianças são deixadas sós, por algumas horas; os pais ignoram, por exemplo, um resfriado crônico, mas levam ao hospital para emergências. (BEZERRA; CORRÊA; GUIMARÃES, 2002, p.66).

Desencadeada de forma severa ou moderada, a negligência, nesses termos, configura um contexto onde as crianças ou os adolescentes são deixados em um segundo ou terceiro plano na dinâmica familiar, ou, por vezes, não são percebidos como membros da família, mas sim como objetos da mesma; são submetidas ao descaso de seus familiares com as questões básicas e essenciais para seu desenvolvimento físico saudável.

Em se tratando da negligência afetiva, esta representa a “[...] ausência de uma atenção positiva, de uma disponibilidade emocional, de interesse dos pais/responsáveis pela criança/adolescente [...]” (FERRARI, 2002, p.83), configurando, por vezes, a rejeição ou a indiferença dos pais/responsáveis para com seus filhos.

No que tange à figura de pais/responsáveis negligentes, Cruz (2004, p.85) destaca como exemplo aqueles que se encontram “[...] presentes fisicamente mas que interagem com as crianças e adolescentes de forma inadequada, não atendendo às suas necessidades de atenção, segurança e intimidade [...]”.

A negligência de atenção e afeto apresenta-se como uma constante na vida de muitas crianças e adolescentes. Isso fica evidenciado nas constantes cobranças feitas a estes por seus pais/responsáveis. A cobrança, em princípio, pode demonstrar afeto e preocupação, quando o sujeito não reage positivamente às orientações recebidas dos pais/responsáveis. No entanto, existe uma forma

contraditória de representação/significado dessas cobranças: quando elas apontam uma constataste insatisfação dos pais/responsáveis com as respostas dadas pelos seus filhos, ou seja, quando essas cobranças representam a desvalorização das ações das crianças e dos adolescentes.

Também são comuns comparações de ações ou mesmo de características pessoais entre um filho e outro, ou ainda entre seu filho e outras crianças ou adolescentes, havendo, nesse processo, o desmerecimento de sua pessoa.

Ainda, pode ocorrer a rejeição completa desses sujeitos por sua família ou por parte dela. Assim, as crianças e os adolescentes passam a ser percebidos como pesos, sendo-lhes negadas todas e quaisquer formas de atenção ou afeição.

Consideramos que, de forma geral, a

[...] falta de desejo dos pais de participar, o cuidado oferecido de forma distante, a falta de envolvimento, o desinteresse pelas conquistas e vivências do universo infantil impedem a significação do encontro entre pais e filhos como fonte de enorme prazer. (CRUZ, 2004, p.85).

Em seu estudo, Cruz (2004) destaca também que a negligência ainda pode ocorrer por meio de situações em que os pais/responsáveis, ausentes do âmbito familiar e sentindo-se culpados por essa ausência, passam a buscar formas de compensar esse afastamento através de bens materiais ou de uma convivência onde os limites e a autoridade não se fazem presentes.

Evidencia-se, então, a negligência enquanto reparação de culpa, onde os pais/responsáveis preferem evitar confrontos, sentem-se inseguros ao exercerem seus papéis, assim como, passam a atender todos, ou, ao menos, a maioria dos desejos materiais de seus filhos, deixando de lado, muitas vezes, a necessidade que esses sujeitos têm de cuidados e limites emocionais. (CRUZ, 2004).

Temos, no contexto atual, uma ampla discussão sobre a falta de limites das famílias para com seus filhos, o que passa a ser percebido por grande parcela da

sociedade como o fator determinante de diversos problemas na vida desses sujeitos, tais como a utilização de drogas, a gravidez precoce, problemas de relacionamento, entre outros.

Fato constatado é que os limites apresentados às crianças e aos adolescentes são extremamente necessários para a formação e afirmação de sua identidade, para a construção de sua caminhada social e para isso a presença dos pais/responsáveis se torna imprescindível.

Os limites a que nos referimos aqui não compreendem condutas como bater ou gritar com crianças ou adolescentes, sendo autoritário e provocando traumas nos mesmos, mas sim estabelecer uma discussão sobre os seus direitos e os seus deveres, assim como sobre os direitos dos outros; além disso, dizer “sim” às suas necessidades e “não” quando for necessário, ensinando-lhes a trabalhar com pequenas frustrações, mostrando-lhes o que são necessidades e o que são desejos. (ZAGURY, 2001).

Não podemos deixar de considerar que a dinâmica social posta às famílias exige de seus membros uma ampla dedicação no que se refere a garantia das necessidades presentes no cotidiano, ou mesmo para a realização do desejo de garantir sempre o melhor para sua família.

Na realidade atual, a grande maioria das famílias enfrenta sérias dificuldades para garantir a sobrevivência e – mais ainda – para uma sobrevivência com dignidade. Mas, mesmo diante de tal realidade, que implica também a diminuição da convivência familiar no dia-a-dia, diminuição do tempo que os pais/responsáveis têm para passarem com seus filhos, ainda assim, é possível a existência de uma relação saudável entre esses sujeitos na convivência familiar,

onde os sentimentos se fazem presentes, sem, contudo, deixar de lado os limites que conduzem as crianças e os adolescentes em seu cotidiano e em sua vida futura.

Isso se torna possível através do aproveitamento do tempo vivido em família, ou seja, procurando garantir a qualidade desse tempo e, principalmente, através do diálogo estabelecido entre os membros da família, fortalecendo os vínculos entre pais/responsáveis e filhos.

Ainda no que se refere à problemática da negligência familiar contra crianças e adolescentes, não podemos deixar de citar sua forma mais extrema: o abandono. Essa manifestação extremada da negligência interfere diretamente na forma como as crianças ou os adolescentes percebem-se a si próprios, ou seja, através do abandono “[...] dificilmente o Eu infantil conseguirá significar senão atribuindo a si mesmo a causa de seu sofrimento, acreditando ser desprovido de atributos desejáveis [...]”. (CRUZ, 2004, p.88).

Por fim, devemos destacar que qualquer expressão da negligência familiar na vida das crianças e dos adolescentes compromete a integridade desses sujeitos, tanto em seu aspecto emocional quanto em seu aspecto físico.

2.3 VIOLÊNCIA SEXUAL

O abuso-vitimização sexual de crianças e de adolescentes, assim como o abuso físico, é uma das manifestações da violência familiar de que crianças e adolescentes têm sido vítimas durante todos os tempos. E, como agravante, temos o fato de que poucas vezes ousou-se trazer à tona esse fenômeno para discussão tanto nos âmbitos familiar e social, quanto no espaço científico.

Isso porque, durante séculos, denunciar o abuso sexual ocorrido no espaço familiar representaria questionar uma estrutura social que foi construída e reafirmada ideologicamente como espaço de proteção dos indivíduos, de perpetração de valores morais e dos bons costumes.

Nesse sentido, até o início da década de 1970, raras eram as notificações – e ainda são – e mesmo as discussões sobre a violência dessa natureza, pois se buscava proteger a estrutura familiar patriarcal de escândalos.

Por esse fato, a abordagem

[...] dos problemas ligados à vitimização sexual de crianças e adolescentes foi, durante muito tempo, objeto de cerrado bloqueio por parte da sociedade em geral, e, em especial, dos profissionais que deveriam atuar na área. O desconforto que sentimos ao lidar com o assunto é tão grande que apenas recentemente observamos tais 'temas malditos' – como incesto, estupro [...] – versando em conclave ou como objeto de publicações. Durante muito tempo estabeleceu-se sobre esse tema um verdadeiro 'complô de silêncio', com o qual a sociedade e os profissionais procuraram encobrir a existência desse problema tão incômodo. (VITIELLO, 2000, p.123).

A problemática só veio à tona e passou a fazer parte das discussões estabelecidas no meio social através da configuração do movimento feminista que, em 1970, nos Estados Unidos, buscava torná-lo público através de denúncias e de depoimentos de vítimas de casos dessa natureza. Tais discussões desvelavam assuntos considerados tabus, com o estupro e o espancamento ocorridos no âmbito familiar, bem como o abuso sexual de que crianças e adolescentes eram vítimas. (AZEVEDO; GUERRA, 2000).

Foram essas manifestações que proporcionaram aproximações dos profissionais da área médica ao fenômeno, iniciando esses uma discussão científica sobre o mesmo. Assim, constata Minayo (2002, 109) que a “[...] repulsa social da violência sexual, iniciada no campo médico, tomou corpo e consistências, também a partir dos Estados Unidos, ao lado do avanço do movimento feminista na década de 1970”.

Desde então, a problemática tem assumido um importante espaço nas discussões teóricas no que se refere a violência dirigida à crianças e adolescentes, destacando-se enquanto objeto de diversos estudos durante o final do século passado (século XX) e os primeiros anos do século atual (século XXI).

Nos Estados Unidos, esses estudos contribuíram para

1. Mostrar que o fenômeno é *endêmico* na cultura americana e não meramente epidêmico ou episódico. (Russell, 1986; Herman, 1981)
2. Evidenciar a natureza complexa do problema, merecendo talvez a designação de *abuso*. (Finkelhor, 1979, 1984)
3. Demonstrar a gravidade das consequências para as vítimas (Herman, 1981; Mrazek e Kempe, 1981) (AZEVEDO; GUERRA, 2000, p.247).

As discussões norte-americanas sobre o fenômeno nortearam os estudos no cenário brasileiro, em especial durante a década de 1980, onde se buscava estabelecer aspectos científicos para o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes, bem como suas manifestações no meio familiar.

Atualmente, é possível compreender a violência sexual contra crianças e adolescentes como “[...] todo o ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um adulto (ou mais) com uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimulá-los sexualmente e obter estímulo para si ou outrem”. (MINAYO, 2002, p.104).

No que se refere ao espaço familiar, devemos considerar que os abusadores são “[...] pais (biológicos, por afinidade), responsáveis (tutores...), parentes (irmãos, avós, tios, primos...)”. (AZEVEDO; GUERRA, 2002a, p.08). Por essa característica, o abuso sexual é considerado de natureza incestuosa, sendo conceituada como “[...] toda atividade de caráter sexual, implicando uma criança de 0 a 18 anos e um adulto que tenha por ela, seja uma relação de consangüinidade, seja de afinidade ou de mera responsabilidade” (MYRE [1986] apud AZEVEDO; GUERRA, 2000a, p.42), conformando em atos impedidos cultural e legalmente.

Cohen (2000) busca fazer uma distinção entre os contextos que esboçam o abuso sexual de crianças e adolescentes ocorrido no âmbito familiar, destacando o incesto propriamente dito – quando ocorrido em família nuclear – e o chamado para-incesto – quando ocorrido com pessoas que poderiam ser consideradas parentes.

Nesse sentido, o autor evidencia algumas formas de incesto e para-incesto que podem configurar a dinâmica familiar, sendo elas, o abuso sexual na relação: pai-filha, padrasto-enteada, avô-neta, pai-filho, tio-avô-neta, tio-sobrinha, fraternal, mãe-filho, mãe-filha e avó-neta.

Torna-se característico da violência sexual contra crianças e adolescentes, sua manifestação não somente através do contato físico ou das ações que envolvem a força física, isto é, ela também pode se manifestar através de ações que não apresentem contato físico e/ou o uso da força física.

Assim, destaca o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p.13) que a violência sexual pode “[...] variar desde atos em que não se produz o contato sexual (voyeurismo, exibicionismo, produção de fotos), até diferentes tipos de ações que incluem contato sexual sem ou com penetração”. Dessa maneira, também podem ser considerados como abuso sexual a utilização de palavras insinuantes ou eróticas, carícias, exposição a materiais pornográficos, beijos, toques, exibição e manipulação de órgãos genitais, presenciar relação sexual, ou manter relações sexuais, entre outros. (JULIÃO, 2004; BRASIL, 2002a).

Os estudos realizados sobre a violência sexual praticada no ambiente familiar destacam a figura paterna como principal desencadeador do abuso. Entre esses estudos podemos citar os apontamentos levantados por Saffioti (1997, 2004) no que se trata da violência desse gênero. A autora evidencia que, histórica e socialmente, no Brasil, a figura masculina e, mais especificamente, a figura paterna

emerge como fonte de poder no meio familiar, sendo considerado não apenas o principal responsável pela família, mas proprietário dessa.

Em se tratando do núcleo familiar onde o abuso sexual passa a delinear a realidade das crianças e dos adolescentes, Azevedo e Guerra (2002a, p.11), relatam que esse se configura como uma família “[...] na qual faltam limites claros em termos inter ou intrageracionais o que decorre de sua estrutura e funcionamento básico [...]”, sendo, então, denominada como família incestogênica.

Essa família apresenta características como a produção e a reprodução do abuso sexual, a confusão sobre os limites intergeracionais e a identidade de seus membros, o afastamento do mundo externo e a negação de mudanças, e, também, o pacto de silêncio que pode ultrapassar gerações. (AZEVEDO; GUERRA, 2002a).

Vale ressaltar que a criança ou o adolescente pode ser forçado fisicamente a participar de atos ou jogos sexuais, bem como pode ser coagido ou seduzido para tais fins, sendo que podem ou não, esses sujeitos, ter o discernimento emocional ou cognitivo para compreender o que está ocorrendo.

Os sentimentos que se instalam nesses sujeitos são os mais variados. Em

[...] muitos casos, essa é uma das únicas formas de contato físico que crianças e adolescentes vivenciam dentro de casa. Amor, sexo, carinho e humilhação são vividos de forma ambígua, com desrespeito às necessidades e ao desenvolvimento da criança. (SILVA e SILVA, 2002, p.76).

Dessa forma, tornam-se comuns crianças ou adolescentes que compreendem o abuso sexual como uma forma de carinho, de amor, visto que aprendem desde cedo que o âmbito familiar configura-se como um universo de proteção e amor incondicional, como um espaço sagrado, que deve ser respeitado.

Outro sentimento, também comum nessa realidade, é o de culpa. Muitas vezes, as vítimas

[...] são levadas a acreditar que foram as desencadeadoras da ação de violência, ou seja, acreditam que provocaram a situação. Esta culpa torna-se ainda maior quando a vítima comunica a alguém sobre o ocorrido e esta pessoa não lhe dá crédito, não acredita no que foi relatado. (JULIÃO, 2004, p.72).

De forma geral, o abuso sexual familiar contra crianças e adolescentes representa um fenômeno de complexa compreensão, isso porque, ele

- deturpa as relações sócio-afetivas e culturais entre adultos e crianças/adolescentes ao transformá-las em relações genitalizadas, erotizadas, [...] violentas e criminosas;
- confunde, nas crianças e adolescentes violentados, a representação social dos papéis dos adultos, descaracterizando as representações sociais de pai, avô, tio [...], quando violentadores sexuais; o que implica a perda de legitimidade e da autoridade do adulto e de seus papéis e funções sociais;
- inverte a natureza das relações adulto/criança e adolescente definidas socialmente, tornando-as desumanas em lugar de humanas; desprotetoras em lugar de protetoras; agressivas em lugar de afetivas; individualistas e narcisistas em lugar de solidárias; dominadoras em lugar de democráticas, dependentes em lugar de libertadoras, perversas em lugar de amorosas, desestruturadoras em lugar de socializadoras;
- confunde os limites intergeracionais. (FALEIROS; CAMPOS, 2000, p.09-10).

Destacamos ainda que, os valores passados no meio familiar podem ser, e na maioria das vezes são, os reafirmadores da violência incestuosa, como por exemplo, a obediência incontestável às normas estabelecidas nesse meio, a qual representa “[...] uma forma de preservar a visão idílica da família harmoniosa sem conflitos e de obstaculizar a revelação do abuso incestuoso enquanto violência impensável e escândalo na estrutura da *sagrada instituição*”. (AZEVEDO; GUERRA, 2002a, p.12).

Além disso, o entendimento, sem a devida reflexão, de que os fatos apresentados pelas crianças e pelos adolescentes, são mentirosos e fantasiadores da realidade, proporcionam a propagação e a continuidade de ações sexuais desencadeadas no universo familiar.

2.4 VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

A violência psicológica representa a

[...] submissão da criança ou do adolescente a agressões verbais constantes, humilhações, hostilidade, culpabilização, rejeição ou indiferença por parte dos pais [...] levando a danos muitas vezes irreparáveis a seu psiquismo e ao desenvolvimento emocional. (REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA, 2002, P. 30).

Ainda, segundo Day et al (2003, p.10), a violência psicológica configura-se como “[...] toda ação ou omissão que causa ou visa causar danos à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa”.

Temos, na violência psicológica, uma manifestação da violência familiar contra crianças e adolescentes que ultrapassa o contato físico, desvelando-se, principalmente, através de palavras ofensivas e de reprovação. Reafirma, então, a relação de abuso de poder no meio familiar, de diminuição da importância da criança e do adolescente na construção das relações familiares, haja vista que passam a ser afirmados como seres de menor valor.

Relatam Assis e Avanci (2004, p.59) que, no âmbito familiar, os pais/responsáveis

[...] praticam esse tipo de abuso com frequência, muitas vezes criando um clima familiar desrespeitoso, que tende a se estabelecer como mecanismo de resolução de problemas familiares. Nesse processo, engendram-se formas negativas de relacionamento interpessoal que se manifestam também na vida escolar e comunitária dos filhos.

Como podemos perceber, a dinâmica que envolve a violência psicológica cria no meio familiar uma constante fuga da resolução dos problemas através do diálogo para serem estes, supostamente, resolvidos sem questionamento ou prolongamento. Além disso, o fenômeno em questão não fica restrito ao espaço familiar, sendo que repercute, de forma direta ou indireta, nas relações estabelecidas pelas crianças e pelos adolescentes nos demais espaços sociais.

A discussão teórica sobre a problemática teve como referência os estudos realizados por James Garbarino. Conforme Assis e Avanci (2004, p.59) os estudos de Garbarino apresentam a violência psicológica como “[...] a agressão de um adulto sobre o desenvolvimento do eu e da competência social de uma criança ou de um adolescente, configurando um comportamento psicologicamente destrutivo”. Ainda segundo essas autoras, Garbarino distingue cinco faces de como a violência psicológica pode se manifestar, sendo elas:

(a) *rejeitar*: o adulto se recusa a reconhecer o valor e a legitimidade das necessidades infantis; (b) *isolar*: o adulto exclui a criança de experiências normais, a impede de estabelecer amizades e a faz acreditar que está só no mundo; (c) *aterrorizar*: o adulto agride verbalmente a criança, cria um clima de medo, humilha e amedronta a criança e faz acreditar que o mundo é imprevisível e hostil; (d) *ignorar*: o adulto nega estímulo e responsabilidade para com a criança, reprimindo seu crescimento emocional e desenvolvimento intelectual; (e) *corromper*: o adulto socializa erroneamente a criança, estimulando-a a se engajar em comportamento anti-social destrutivo, reforçando o desvio das normas sociais e fazendo adotar atitudes impróprias para a vida social. (GARBARINO [1986, p.08] apud ASSIS; AVANCI, 2004, p.60).

No cenário nacional, o fenômeno passou a ser discutido a partir da década de 1980, tornando-se público. Porém, não se apresenta como um dos principais objetos de estudos dos profissionais ligados à área da infância e da adolescência.

Talvez isso se deva à dificuldade em se confirmar os casos de violência psicológica, pelo fato de que ela “[...] deixa pouca evidência visual pois suas conseqüências não se expressam fisicamente, mas sim, no aspecto emocional das vítimas, o que dificulta sua identificação” (JULIÃO, 2004, p.72-73), além de que sua aplicação toma formas subjetivas.

Azevedo e Guerra (2000a) afirmam que, basicamente, a violência psicológica assume duas faces, sendo elas a negligência afetiva e a rejeição afetiva. Em se tratando da primeira face, as autoras destacam que ela “[...] consiste numa falta de responsabilidade, de calor humano, de interesse para com as necessidades

e manifestações da criança” (AZEVEDO; GUERRA, 2000a, p.41); já a segunda face, rejeição afetiva, “[...] caracteriza-se por manifestações de depreciação e agressividade para com a criança”. (AZEVEDO; GUERRA, 2000a, p.41).

De forma geral, a violência psicológica pode se fazer presente no cotidiano familiar de crianças e de adolescentes por meio de insultos, desvalorização, ridicularização e humilhações constantes; de chantagens, ameaças e manipulação afetiva; do isolamento de amigos e familiares e do confinamento domiciliar; da omissão de carinho e da negação de atenção e supervisão. (BRASIL, 2002a).

Nesse sentido, o desencadeamento da violência psicológica traz danos ao desenvolvimento emocional das crianças e dos adolescentes, assim como afirma Cavalcante (1999, p.138 – colchetes nossos) ao relatar que esses sujeitos “[...] têm sua integridade psicológica atingida quando danos são causados à sua saúde mental motivados por atitudes hostis dos pais [responsáveis] [...]”.

Podemos ainda acrescentar que esta forma de violência pode ser aplicada de maneira isolada, porém, fato constatado é que quando as demais formas de violência passam a fazer parte da vida das crianças e dos adolescentes no âmbito familiar, certamente a violência psicológica também as acompanhará, interferindo diretamente em seus sentimentos e atitudes.

3 PANORAMA DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CONTEMPORANEIDADE BRASILEIRA

Muito embora as crianças e os adolescentes tenham garantido seus direitos em um estatuto próprio e em iniciativas do poder público e de representantes da sociedade civil – emergindo nos diversos discursos como prioridade absoluta –,

esses sujeitos representam um dos segmentos que mais sofrem com a violação de seus direitos fundamentais, com a violência que assume deferentes formas e intensidades.

Isso pode ser constatado através dos dados apresentados no Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA). Nesse sistema, durante o ano de 2005, foram registradas, no Brasil, 65.114 notificações de violação dos direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes.

O Estado do Paraná registrou, no mesmo ano, 22.295 denúncias, representando 34,24% dos registros nacionais. Dos dados historiados no Paraná, 578 ocorrências de violação dos direitos das crianças e dos adolescentes diziam respeito ao Município de Ponta Grossa.

Em se tratando da violência familiar contra crianças e adolescentes, torna-se difícil conhecer a real proporção do fenômeno em nosso país, pois não se tem um registro específico relacionado a ele e, além disso, poucos são os casos notificados, devido, principalmente, ao pacto de silêncio. O que temos são estimativas da realidade da violência dessa natureza; dados que nos possibilitam imaginar sua proporção.

Uma das maneiras que proporcionam a aproximação da problemática é a consulta à base de dados do SIPIA. Muito embora as denúncias que digam respeito à violência familiar possam ser registradas de formas diferentes, o fato é que os dados apontam para uma prevalência da família na violação dos direitos das crianças e dos adolescentes, o que se afirma ao destacarmos que em 53,70% das ocorrências gerais computadas em 2005 os membros desse grupo foram caracterizados com agentes violadores.

O mesmo destaque é dado ao grupo familiar ao serem abordados os dados sobre a violação do direito à convivência familiar e comunitária. A violação do direito à convivência familiar e comunitária inclui, segundo o SIPIA, cinco formas distintas, sendo estas: a ausência do convívio familiar; a ausência de condições materiais para convívio familiar; a inadequação do convívio familiar; a ausência de infraestrutura; e os atos atentatórios ao exercício da cidadania. Nesse aspecto, em 77,68% das ocorrências nacionais a violação é produzida por alguém da família; no Estado do Paraná este número chegou a 83,07% das ocorrências registradas.

Podemos perceber que a família, mesmo representando o primeiro responsável pelas crianças e pelos adolescentes, legal e socialmente, – pela garantia, efetivação e defesa de seus direitos – afirma-se como principal responsável pela violação dos mesmos.

Devemos destacar que a violação do direito à convivência familiar e comunitária representa – tanto no país, quanto no estado e no município de Ponta Grossa – o principal direito violado, além de que as ações que caracterizam esta violência estão diretamente relacionadas a violência familiar.

Assim, das notificações realizadas no país e computadas no SIPIA, 30.362 (46,63%) delas estavam relacionadas a violação do direitos à convivência familiar e comunitária. No Paraná, a violação desse direito representou 41,60% das denúncias e, em Ponta Grossa 55,71% das mesmas.

Entre as ações que caracterizaram a violação do direito em questão, a inadequação da convivência familiar foi citada em 41,32% das ocorrências e a ausência do convívio familiar em 34,79%. O Estado do Paraná teve 45,31% dos registros relacionados a inadequação do convívio familiar e 36,68% relacionados a

ausência do convívio familiar. Já, em Ponta Grossa, essas ocorrências representaram 51,24% para a primeira ação e 39,44% para a segunda ação.

Quando apontamos a inadequação do convívio familiar, revelamos a configuração de casos de violência física, de violência psicológica, de violência sexual, de prisão domiciliar, de confinamento, entre outros. Em se tratando da ausência do convívio familiar, podemos citar atitudes como o abandono dos pais, a expulsão das crianças e/ou dos adolescentes de suas casas, entre outras.

A configuração da violência familiar contra crianças e adolescentes toma proporções maiores se consideramos os casos registrados de violação do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade. A violação do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, compreende sete formas de violação, sendo elas: o aprisionamento, a violência física, a violência psicológica, a violência sexual, a discriminação, as práticas institucionais irregulares, e os atos atentatórios ao exercício da cidadania. A violação desse direito, tanto no país – constituindo 24,72% das denúncias registradas –, quanto no Estado – 23,81% das ocorrências – e no município – somando 16,09% das notificações – representou a segunda maior forma de violação dos direitos das crianças e dos adolescentes, em 2005.

Na violação desse direito, a família também emerge como principal agente. Dessa forma, no cenário nacional, o grupo familiar, em 42,30% das notificações, foi o principal violador, sendo destacadas ações como a violência psicológica (23,34%); a violência física (20,50%); e a violência sexual (7,39%). Com relação ao Estado do Paraná, os dados revelam que em 45,32% era a família o agente agressor e que as principais ações empregadas foram: violência física (21,24%); violência psicológica (19,58%); e violência sexual (5,73%).

De forma geral, a união desses dados e da afirmação da família na violação dos direitos apresentados nos possibilitam uma melhor aproximação do fenômeno violência familiar contra crianças e adolescentes. Podemos, ainda, buscar conhecer a amplitude da problemática em questão através de informações levantadas por instituições não governamentais que estudam e/ou atuam frente à mesma.

Assim, através de um levantamento realizado pelo Laboratório de Estudos da Criança (LACRI) da Universidade de São Paulo, nos últimos dez anos foram notificados em diferentes instituições do país 129.495 casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Do total de casos notificados, 19.245 foram registrados no ano de 2005, dos quais 7.740 (40,2%) são casos de negligência; 5.109 (26,5%) dizem respeito a violência física; 3.633 (18,9%) são violência psicológica; e 2.731 (14,2%) são referentes a casos de violência sexual; ainda 32 (0,2%) casos se referem a violência que levou a vítima a óbito.³⁶

Além disso, conforme a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), durante os anos de 1998 e 1999, foram registrados e atendidos pelo SOS Criança 1.169 casos de violência exercida contra crianças e adolescentes, dos quais 96% dos agressores eram parentes das vítimas, sendo praticadas violências como: física 65%; psicológica 51%; negligência 49%; e sexual 13%. As vítimas, na maioria dos casos, ou seja, 75%, eram crianças (sendo que 29% tinham entre 4 e 7 anos e 24% tinham entre 8 e 11 anos); com relação aos adolescentes, estes representam 25% das vítimas e, do total de denúncias feitas, os dados nos mostram que a violência ocorreu com crianças e adolescentes de ambos os sexos.³⁷

³⁶ Dados disponíveis em www.usp.br/ip/laboratorios/lacri - acesso: 15/01/2004.

³⁷ Dados disponíveis em www.abrapia.org.br - acesso: 24/03/2004.

Percebemos, nos dados até aqui citados, que entre as formas de violência praticadas contra crianças e adolescentes duas tiveram destaque, sendo elas a negligência e a violência física. O destaque dado a notificação destes casos pode ocorrer pelo fato de que são as formas de violência que podem ter conseqüências mais evidentes. Contudo, não podemos deixar de apontar que as conseqüências, quando assumem proporções evidentes podem representar atitudes extremadas, aquelas atitudes que não são aceitas socialmente como forma de educação; além disso, elas podem indicar situações que estejam ocorrendo há um tempo maior.

Outro fato importante de se destacar é o número de notificações sobre os casos de violência psicológica, que como já vimos em nosso estudo, representa uma das formas difíceis de serem identificadas. As notificações apontam que as agressões psicológicas também passam a ser percebidas pelos denunciante como violência, quando as palavras, assim com as ações físicas, constituem formas de agredir e de trazer implicações para a vida das crianças e dos adolescentes.

Com relação a violência sexual, podemos ver nos dados que de forma geral ela representa a manifestação de violência menos denunciada. Isso pode ser explicado, em parte, pelos mitos que permeiam o assunto, sendo, ainda hoje, considerado um tema tabu, de difícil aceitação, discussão e intervenção.

Segundo a ABRAPIA, entre 2000 e 2003 foram registradas através do Sistema Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual Infanto-Juvenil³⁸ 924 denúncias de abuso sexual intrafamiliar no país. As vítimas eram, em sua maioria, do sexo feminino (76,17%) – sexo masculino 17,0% – e tinham entre 12 e 18 anos incompletos (47,80%), e ainda 18,21% tinham menos de 8 anos.

³⁸ O Sistema Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual Infanto-Juvenil refere-se ao disque denúncia, desenvolvido em parceria entre o Governo Federal, por meio da Secretaria dos Direitos Humanos e a ABRAPIA.

Os números nos mostram também que na maioria das vezes são as crianças os sujeitos que mais sofrem, salvo nos casos de violência sexual, onde os adolescentes se destacam. Podemos considerar que as crianças se tornam vítimas privilegiadas das agressões por demonstrarem uma dependência maior dos membros de sua família, por estarem mais próximas e passarem a maior parte de seu tempo junto aos responsáveis por sua educação e socialização, responsáveis esses que, em grande parte das vezes, são pessoas da família.

De forma geral, os dados apresentados nos permitem compreender que as ações e atitudes tomadas pelos membros da família afirmam não apenas que a violência familiar existe, mas que ela assume proporções alarmantes no cotidiano de crianças e de adolescentes em todo o país.

A violência contra crianças e adolescentes constitui um fenômeno presente em nossa realidade e que pode causar inúmeros danos à vida das vítimas, levando até mesmo à morte. Porém, apesar da seriedade do problema, percebemos que a importância de que se reveste a família, como espaço de formação e socialização do indivíduo, como base da sociedade, dificulta o seu o enfrentamento. O sentido de privativo e sagrado – de normas e valores pouco questionados, como cultura que perpassa gerações a respeito do espaço familiar – reproduzindo mitos que tornam a violência, na maioria dos casos, aceita socialmente – inibe as denúncias ou, mesmo, causa mal estar em se refletir e/ou questionar sobre o assunto.

As informações apresentadas, decorrentes das notificações realizadas sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes, representam apenas, como já afirmamos, uma aproximação com o fenômeno real, somente uma porcentagem dele; são casos que revelam tão só a ponta do iceberg. Isso porque, conforme o LACRI, a cada 20 (vinte) casos de violência familiar sofrida por crianças e

adolescentes, apenas 1 (um) é denunciado, o que nos leva a imaginar o quão grande é a problemática de fato.

CAPÍTULO III

RELAÇÃO ENTRE O COMBATE À VIOLÊNCIA E A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: UM FENÔMENO PARA A INTERVENÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

1 COMBATE À VIOLÊNCIA E POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: PONTOS DE ENCONTRO E DESENCONTRO

1.1 A PREOCUPAÇÃO COM A VIOLÊNCIA NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Como pudemos perceber até o presente momento, a violência familiar repercute diretamente na saúde das crianças e dos adolescentes que a sofrem; isso porque, em alguns casos suas deferentes expressões podem deixar marcas físicas, e grande parte delas deixar, sobretudo, marcas psicológicas. Por esses motivos, uma das áreas que mais se destacou – e destaca – na discussão e na intervenção dos casos de violência dessa natureza é a área da saúde.

Para que possamos compreender como se dá a inclusão da problemática da violência familiar na dinâmica da saúde pública, devemos visualizá-la enquanto expressão do fenômeno mais amplo da violência, o qual vem interferindo na vida e na saúde da população brasileira.

Durante as primeiras décadas do século XX, deu-se início, no Brasil, a reorganização dos serviços na área da saúde. Nesse momento, o país despontava na exportação de produtos agrícolas e, diante de tal realidade, tornou-se necessário que o governo investisse em campanhas de combate às epidemias e às endemias que assolavam o país e, posteriormente, na saúde dos trabalhadores, garantindo assim o desenvolvimento econômico da nação. Para tanto, foi adotado o modelo de

atenção à saúde denominado Sanitarismo Campanhista, que pautava suas ações em uma compreensão de atendimento assistencial-curativo, onde os problemas de saúde eram o foco. (CARVALHO; MARTIN; CORDONE JÚNIOR, 2001).

Entre os anos de 1945 a 1965, ocorreu a criação e implantação do modelo de atenção à saúde denominado Médico-Assistencial Privatista, que destacava as ações médicas curativas e de especialidades, realizadas de forma individual, nos hospitais – que passaram a representar centros de referência da prática médica. (CARVALHO; MARTIN; CORDONE JÚNIOR, 2001).

A partir da década de 1980, iniciou-se no cenário nacional o processo de reforma sanitária³⁹, onde a compreensão de distintas determinações sociais passou a influenciar conceito e o modelo de atenção à saúde. Essa alteração foi confirmada em ações governamentais, como a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)⁴⁰ e, através desse, a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS)⁴¹; posteriormente, a formação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).⁴²

³⁹ A reforma sanitária teve forte influência das lutas sociais que a antecederam. Podemos destacar que durante a referida década de 1970, emergiu no cenário nacional brasileiro o Movimento Sanitário, o qual teve origem nos questionamentos e nas discussões estabelecidas por uma parcela dos profissionais da área da saúde. Aos poucos, uniram-se a eles representantes de partidos políticos, intelectuais, líderes comunitários e sindicais, entre outros. Esse movimento buscava divulgar o reflexo do modelo econômico brasileiro nas condições de acesso da população brasileira aos serviços de saúde. (BORGES, 2002).

⁴⁰ O CONASP foi criado com o objetivo de “[...] racionalizar despesas e controlar gastos e, para tanto, lançou o ‘Plano Conasp’ (Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social)”. (CARVALHO; MARTIN; CORDONE JÚNIOR, 2001, p.37).

⁴¹ As AIS, estratégia lançada pelo Plano Conasp, representaram um projeto que tinha como objetivo proporcionar a “[...] reorganização institucional da assistência à saúde, com o objetivo de evitar ações paralelas simultâneas entre as instituições sanitárias”. (CARVALHO; MARTIN; CORDONE JÚNIOR, 2001, p.37). Ainda, segundo os autores, elas representaram “[...] um marco indiscutível, de ampliação considerável, cobrindo mais de 2.500 municípios e quase 90% da população brasileira”. (CARVALHO; MARTIN; CORDONE JÚNIOR, 2001, p.38).

⁴² O SUDS tinha o “[...] objetivo de contribuir para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS [...]” (CARVALHO; MARTIN; CORDONE JÚNIOR, 2001, p.38), para tanto suas diretrizes reconheciam a necessidade de reformulação do Sistema Nacional de Saúde e da redefinição das atribuições pertinentes aos três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

A partir das discussões estabelecidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a política de saúde brasileira passou por um processo de modificações. Um dos aspectos que contribuíram para isso foi, na 8ª Conferência de Saúde, a ampliação do conceito de saúde, passando esta a “[...] sinônimo de qualidade de vida”, entendendo “[...] o ser humano de forma integral, assegurando-lhe os direitos fundamentais desde o nascimento até o final da existência”. (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.29).

Decorrente desta Conferência foi a afirmação da saúde, no artigo 196, da Constituição Federal de 1988, como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, p.111).

Dentre as modificações ocorridas na política de saúde nesse período, podemos destacar três aspectos. Primeiro, a evidência da saúde através de um sistema único, garantindo a universalidade de seus serviços, instituindo, pela primeira vez na história nacional, a política de saúde enquanto direito básico de todos os indivíduos. Segundo, a ampliação do conceito de saúde, considerando-a não apenas como a ausência de doenças, mas como resultante de diversos aspectos sociais, econômicos e políticos que fazem parte da vida de cada indivíduo e da população brasileira de forma geral. Terceiro, diante dessa visão ampliada de saúde, a alteração das ações desenvolvidas, sendo que elas deveriam abranger não apenas as situações caracterizadas pela doença, mas, principalmente, compreender medidas que proporcionassem a promoção da saúde e a prevenção das doenças, somadas às ações de recuperação e reabilitação da saúde da população.

Essas características afirmaram-se, através da lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, no Sistema Único de Saúde (SUS), uma proposta de serviço público pautado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização, controle social, entre outros.

Foi também na década de 1980 que as conseqüências ocasionadas pela violência passaram a fazer parte das ações em saúde. Assim, podemos destacar que, em se tratando da intervenção da área da saúde no fenômeno violência, o

[...] ponto de inflexão situa-se na década de 1980, que apresentou crescimento de cerca de 29% na proporção de mortes violentas, passando estas a constituir a segunda causa no obituário geral, abaixo, apenas, das doenças cardiovasculares. (MINAYO; SOUZA, 1997/1998).

Conforme revelam Minayo e Souza (1997/1998), durante esta década, as manifestações específicas da violência (como maus-tratos a crianças e adolescentes, espancamento de mulheres) e os crimes cometidos no trânsito e os assassinatos eram responsáveis pelo aumento do número de mortes e agravos ocasionados à saúde.

No que se refere a violência contra crianças e adolescentes, Souza et al (2003), destacam que, em 1980, o óbito por causas externas – onde estão incluídas as diversas formas de violência familiar – representava 15% do total de morte de crianças e adolescentes em nosso país.

No entanto, assim como a abordagem das demais manifestações da violência, no início dessa década, as ações desenvolvidas nesse universo limitavam-se a intervenções pontuais, apenas na reabilitação dos sujeitos que a sofriam, centrando suas ações, dessa forma, numa perspectiva curativa.

Fato constatado é que as conseqüências ocasionadas pela violência eram sentidas em todo o cenário mundial. Assim, durante essa década – e também na década de 1990 – a violência passou a fazer parte da Classificação Internacional de

Doenças (CID), sendo, então, denominada como causas externas – incluindo nessa categoria a violência e os acidentes.

Na 10ª edição da CID, os grupos de causas de mortalidade e mortalidade estão divididos em vários capítulos, sendo que as causas externas localizam-se em dois desses capítulos, no capítulo XIX denominado “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” – que correspondendo aos códigos S00 a T98, onde estão expressas situações como fraturas, queimaduras, traumatismos, entre outros – e no capítulo XX denominado “Causas Externas de Morbidade e Mortalidade”, onde os agravos à saúde estão classificados sob os códigos V01 a Y98 – incluindo elementos como agressão, acidentes afogamento, entre outros. (SOUZA et al 2003, p.131).

No Brasil, com os avanços alcançados na área da saúde, a partir da 8ª Conferência de Saúde e, entre eles, o conceito ampliado de saúde possibilitou que fossem destacados os elementos que poderiam interferir na mesma. Entre esses elementos, a violência ganhou espaço nas discussões e ações da área, pois de forma direta ou indireta, suas expressões “[...] inibem, modificam e enfraquecem tanto a qualidade como a capacidade de vida”. (MINAYO; SOUZA, 1997/1998).

Mesmo sendo uma problemática conhecida da área, apenas durante a década de 1990 é que a violência foi afirmada como um problema de saúde pública, tendo como marco reforçador da afirmativa o fato de que o aumento dos casos de violência, que segundo Adorno (s/d) se expressavam através dos assaltos, dos assassinatos, dos homicídios, dos suicídios, dos crimes organizados e também dos conflitos nas relações intersubjetivas, e de suas consequências interferiam em todas as esferas da sociedade. Esse aumento

[...] enseja a discussão de que o país estaria passando por uma nova epidemia social e por um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. Essa argumentação se fundamenta no número total e nas taxas

de óbito, na quantidade, na intensidade e na variedade das formas de violência e na penetração que esse fenômeno passou a ter nos cenários da vida individual e coletiva, na deteriorização da qualidade de vida e nas condições de saúde da população. (SOUZA *et al*, 2003, p.83).

Tornou-se notório, nos anos de 1990, o aumento dos casos de mortalidade e de morbidade em virtude da violência no cenário nacional. Essa constatação pode ser afirmada nos dados que remontam àquela realidade, onde cerca de 970.783 pessoas morreram no Brasil em virtude das causas externas, representando a principal causa de morte na faixa etária entre 5 e 49 anos. (BRASIL, 2005).

Podemos destacar ainda que na faixa etária entre 0 a 19 anos, as causas externas causaram a morte de 189.999 crianças e adolescentes, ou seja, 19,57% do total de pessoas mortas por esse motivo. Sobre esse grupo populacional, 28,31% das mortes ocorreram com crianças entre 0 a 9 anos; 16,05% com crianças e adolescentes entre 10 a 14 anos, e 55,64% com adolescentes e jovens entre 15 a 19 anos.

Muito embora o maior índice esteja na última faixa etária, onde a violência social tem grande destaque, torna-se importante salientar que as crianças entre 0 e 9 anos surgiram como o segundo grupo que mais sofreu com as chamadas causas externas.

Vale ressaltar que, em 1990, 12.897 crianças com menos de um ano de idade morreram por causas externas, sendo estimado o percentual de 3,5 mortes por dia. Também nessa década, 46.281 crianças entre 1 e 9 anos morreram devido a causas externas, representando um percentual de 13 crianças mortas por dia. (BRASIL, 2005). Conforme nos alerta Souza et al (2003), grande parte dessas mortes são decorrentes da violência sofrida no âmbito familiar.

De fato, a violência apresentava-se como fenômeno em expansão em todo o mundo. Por esse motivo a violência tornou-se uma fonte de reflexão, proporcionando

a união dos organismos internacionais ligados à saúde, de diversos governos, em prol de amplas discussões que buscavam compreender o fenômeno, bem como criar propostas de intervenção capazes não apenas de atender aos casos constatados, mas também de prevenir a violência. As ações preventivas e também especializadas, a serem desenvolvidas nos âmbitos primário, secundário e terciário, ganharam real significância na intervenção do fenômeno. (SANCHEZ; MINAYO, 2004).

Assim, as intervenções na área da saúde deveriam se dar através de

Prevenção primária: intervenções dirigidas a prevenir a violência antes que ocorra.

Prevenção secundária: medidas centradas nas respostas mais imediatas à atenção pré-hospitalar, os serviços de urgência ou o tratamento das enfermidades de transmissão sexual depois de uma violação.

Prevenção terciária: intervenções centradas na atenção a longo prazo posteriormente aos atos violentos, como a reabilitação e reintegração, e projetos para reduzir os traumas ou a incapacidade de longa duração associada com a violência. (OPAS, 2003, p.15).⁴³

Podemos perceber, dessa forma, que as intervenções nos casos de violência passaram a ser entendidas como insuficientes, pois elas limitavam-se a trabalhar sobre os efeitos, representavam uma forma de prevenir conseqüências mais agudas. Porém, o foco principal foi dado à prevenção primária, onde as ações buscam eliminar as situações de risco e, conseqüentemente, as possibilidades de surgimento de casos de violência.

⁴³ Texto original: “Prevención primaria: intervenciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra.

Prevención secundaria: medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la atención prehospitalaria, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación.

Prevención terciaria: intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como la rehabilitación y reintegración, e intentos por reducir los traumas o la discapacidad de larga duración asociada con la violencia”.

1.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NA CONTEMPORANEIDADE

No cenário brasileiro, a ampliação das formas e das consequências da violência na vida da população resultou em um ultimato às políticas públicas no que se refere à formulação de diferentes estratégias de seu enfrentamento, incluindo nessa dinâmica as políticas de saúde. Diante de tais constatações, iniciou-se no Brasil a formulação de uma estratégia política de enfrentamento da problemática na área da saúde pública, através da formação do Comitê Técnico Científico, em 1998, responsável por compreender e apontar propostas capazes de responder ao fenômeno.

As discussões acerca da violência que atingia crianças e adolescentes no Brasil culminaram na promulgação da Portaria nº 3.733, em 14 de outubro de 1998.⁴⁴ Essa portaria instituiu o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência, estando este vinculado ao Comitê Técnico Científico criado pela portaria nº 3.566, de 02 de setembro de 1998, fortalecendo, assim, tanto o caminhar das propostas de combate à violência de forma geral, como aquelas voltadas particularmente às crianças e aos adolescentes.

Nesse momento, fortaleceu-se a compreensão da violência enquanto problema de saúde pública, possibilitando a esse setor criar

[...] uma nova pauta interna de questões que são, ao mesmo tempo, ricas, necessárias e inquietantes. Pois passa a reconhecer que esse fenômeno não é uma doença do agressor (havendo casos psicopatológicos que assim devem ser considerados, embora sejam raros), nem uma doença da vítima (podendo, por outro lado provocar ou se associar à eclosão de enfermidades), mas, um sério problema social que causa agravos à saúde. (BRASIL, 2002, p.09).

⁴⁴ Portaria publicada no DOU nº 199-E, Seção 2, de 19 de outubro de 1998.

As conseqüências da violência à saúde da população tornavam-se cada vez mais evidentes. Conforme dados da OPAS (2003), no ano 2000 morreram no Brasil 170.406 pessoas em virtude de causas externas, o que representou 2,82% das mortes por este fator em todo o mundo.

Ainda, conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde, em 2000, as causas externas levaram 1.237 crianças com menos de um ano de idade a óbito; em 14% dos casos o homicídio foi a causa da morte, sendo que as principais formas foram o estrangulamento e os maus-tratos, com 21,1% cada um. Nesse mesmo ano, um grande número de crianças entre 1 e 9 anos também morreram em virtude de causas externas: foram 4.198 crianças nessa faixa etária, sendo esse tipo de causas o principal determinante de morte nesta faixa etária.

Em se tratando das crianças, adolescentes e jovens de 10 a 19 anos, as causas externas também foram responsáveis por um elevado número de mortes, sendo que quanto maior a idade maior é o caso de óbito por estas causas. Assim, em 2000, das mortes de pessoas entre 10 a 14 anos, 3.016 (47,9%) ocorreram em virtude de causas externas, e, na faixa etária de 15 a 19 anos, o número de mortes por estas causas foi de 13.485 (70,0%).

Diante de tal realidade e através dos esforços empregados pelos comitês e pelos representantes governamentais, em 16 de maio de 2001, oficializou-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, sendo essa promulgada pela portaria MS/GM nº 737. Com a promulgação da Política referida,

[...] o Ministério da Saúde formaliza o tema no campo da saúde pública e institucionaliza e delimita seu papel diante do problema. Além de diagnosticar as principais questões referentes à violência social, inclusive as relativas à informação, o texto da Política estabelece normas e diretrizes para ações de assistência e prevenção visando à promoção da saúde. Nela, o Ministério da Saúde além de prever sua própria responsabilidade, coloca-se como protagonista, conclamando os demais setores da sociedade civil, a comunidade acadêmica e todas as instâncias governamentais pertinentes a

se unirem para uma atuação em conjunto. (NJAINÉ; SOUZA, 2003, p.273-274).

Apresentam-se como princípios dessa política a compreensão de que:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde;
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes. (BRASIL, 2002b, p.24).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências reafirma, então, a compreensão da saúde enquanto direito fundamental dos seres humanos, sendo que a interferência na saúde incide diretamente sobre o contexto sócio-econômico da sociedade. Enquanto risco à saúde, a violência configura-se como problema que deve ser combatido, como já citamos anteriormente, não apenas numa perspectiva curativa, mas também numa perspectiva de prevenção, possibilitando efetivar a promoção à saúde dos sujeitos, garantindo, assim, seu direito.

Nesse sentido, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

[...] prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as seqüelas e as mortes devidas a estes eventos. (BRASIL, 2002b, p.24).

Entre os universos de atuação da saúde no combate à violência, o espaço familiar foi destacado na referida política, sendo evidenciado, ainda, que as vítimas principais nesse espaço são as crianças e os adolescentes. Destaca também que o fenômeno da violência representa “[...] uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade

nesse grupo” (BRASIL, 2002b, p.20), comprometendo sua saúde física, emocional e também mental.

Conforme a referida Política, no que se refere às manifestações da violência no âmbito familiar dirigidas a crianças e adolescentes, a

[...] gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e em envolvimento de atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção. (BRASIL, 2002b, p.20).

Segundo as diretrizes da Política de Redução da Morbimortalidade, tendo como objetivo o combate da violência (incluindo a realidade da violência familiar contra crianças e adolescentes), torna-se necessário atuar numa perspectiva de:

- promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violência;
- estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- capacitação de recursos humanos. (BRASIL, 2002b, p.24).

Evidencia-se o desenvolvimento de ações preventivas à violência bem como de ações de intervenção nos casos já constatados – também numa perspectiva de prevenção dos agravos. Para tanto, é ratificada a importância de ser proporcionado um atendimento interdisciplinar e intersetorial, levando em conta que a intervenção de profissionais de diferentes áreas do saber e a união de diferentes áreas de atendimento podem viabilizar a ampliação das ações desenvolvidas e a continuidade das mesmas, numa perspectiva complementar de intervenção sobre o fenômeno.

A intersetorialidade representa a

[...] relação reconhecida entre partes de diferentes setores da sociedade, que se forma para atuar em determinada questão, com objetivo de alcançar *resultados de saúde* ou *resultados intermediários de saúde* de uma forma mais efetiva, eficiente ou sustentável do que seriam alcançados pela ação isolada do setor saúde. (SOUSA, 2003, p.85).

Por representar um fenômeno complexo, Tavares (2004) e Guimarães (2004) afirmam que a violência foge da especificidade do setor saúde e por isso torna-se fundamental que este estabeleça parcerias com outros setores que apresentem finalidades comuns à sua, que proporcionem a complementaridade e eficácia dos serviços voltados ao combate do problema.

A proposta lançada na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências é de se estabelecer um trabalho em rede, entre os serviços do setor de saúde juntamente com os da segurança, da justiça, da educação, e também com as diferentes organizações da sociedade civil. (BRASIL, 2002b; MINAYO; SOUZA, 1997/1998).

Conforme relata a OPAS (2003, p.04), cada “[...] setor tem um papel importante a desempenhar ao abordar o problema da violência e, conjuntamente, as estratégias adotadas por cada um têm o potencial de produzir reduções importantes da violência”.⁴⁵

A integração do setor saúde com demais setores, no contexto brasileiro, “[...] tem possibilitado a articulação entre os vários serviços, mobilizando as diferentes equipes para obtenção de melhores resultados” (OLIVEIRA et al, 2004, p.107), numa perspectiva de reformulação da organização das ações e da própria forma como elas são desenvolvidas, tendo como finalidade “[...] a formação de pessoas saudáveis e mais felizes”. (ASSIS, 2004, p.43).

Apontando a emergência do trabalho intersetorial, a realidade da violência familiar contra crianças e adolescentes passa a ser alvo dessas ações, pois, como afirmam Oliveira et al (2004, p.143), “[...] infância e adolescência configuram um período da vida em que as pessoas têm maior contato com os diversos setores e

⁴⁵ Texto original: “Cada sector tiene un papel importante que desempeñar al abordar el problema de la violencia y, conjuntamente, las estrategias adoptadas por cada uno tienen el potencial de producir reducciones importantes de la violencia”.

serviços”, pois vários programas e ações são destinadas especificamente a estes períodos da vida. Diante de tal constatação, “[...] esses serviços podem ser concebidos como lugares legítimos de proteção, transcendendo suas especialidades”, numa perspectiva de atuação conjunta, tornando-se responsáveis, como mediadores, por buscar soluções eficazes para a abordagem do fenômeno. (OLIVEIRA et al, 2004).

No que se refere à interdisciplinaridade, Minayo e Souza (1997/1998) compreendem que sua efetivação torna-se necessária e essencial, pois a violência interfere não apenas na saúde física dos sujeitos, mas também em sua saúde emocional e em suas relações sociais (presentes e futuras). Nesses termos, imaginar que apenas uma área do saber contempla conhecimentos e ações suficientes para combater o problema, é minimizar sua complexidade.

A interdisciplinaridade é uma característica destacada na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e, quando abordado o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, diz o documento que

[...] buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a essas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipes interdisciplinares que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. (BRASIL, 2002b, p.34).

De forma geral, sobre a proposta de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, concordamos com Minayo e Souza (1997/1998), quando afirmam que somente uma abordagem dessa natureza terá condições de “[...] abranger a problemática em questão”, pois tendo clara a complexidade do fenômeno e assim as dificuldades de seu enfrentamento, a união de saberes profissionais e diversas áreas de atuação podem tornar mais abrangentes e eficazes as ações frente à violência familiar contra crianças e adolescentes.

Considerando a intervenção dos profissionais de saúde na violência contra crianças e adolescentes, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências desdobra-se na Portaria nº 1.968/GM, de 26 de outubro de 2001, formulada pelo Ministério da Saúde, que torna obrigatório o preenchimento da Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes por parte dos órgãos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS. A portaria em questão afirma em seu artigo 1º que

[...] os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema Único de Saúde – SUS deverão notificar, aos Conselhos Tutelares da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos.

A proposta efetivada nessa portaria vai ao encontro dos princípios expostos no Estatuto da Criança e do Adolescente, reforçando a compreensão de que a violência constitui uma violação de seus direitos e que por isso deve ser combatida, além de que destaca a importância (já constante no ECA) da intervenção dos profissionais da área da saúde.

1.3 INTERVENÇÕES DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Mesmo contando com uma política específica na área da saúde para trabalhar com a morbimortalidade, ainda são tímidas, no Brasil, as ações desenvolvidas no combate a violência, principalmente, as ações de cunho preventivo.

A efetivação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e das ações propostas por ela tem sido gradativa. Apenas

três anos após a sua promulgação, ou seja, em 2004, é que o Ministério da Saúde iniciou a formulação do Plano de Ação Nacional de combate ao problema, destinando recursos orçamentários para tanto, recursos esses que, para Minayo e Lima (2004), são escassos, pois a violência se apresenta como fenômeno de grande magnitude.

Contudo, é importante destacar que, no contexto atual, a saúde tem buscado

[...] abordar essa questão focalizando o olhar sobre as vítimas e objetivando, tanto quanto possível, a prestação do atendimento adequado, alívio do sofrimento e o pensar nos modos de prevenir as ocorrências, por meio de uma forma ampliada de fazer saúde. (SOUZA; JORGE, 2004, p.23).

Dessa forma, mesmo com as dificuldades encontradas, a atenção em nível preventivo vem sendo considerada e desenvolvida, evidenciando a preocupação com ações de promoção da saúde e a percepção das vítimas ou possíveis vítimas como sujeitos de direitos e participantes do processo de desmonte da violência.

No entanto, quando nos remetemos à abordagem da violência familiar contra crianças e adolescentes, percebemos que, mesmo com os avanços nas discussões e nas propostas de ação contra a violência – incluindo a violência contra esses sujeitos –, e apesar dessa manifestação da violência revelar um problema antigo em nossa sociedade,

[...] ainda há uma carência de propostas de intervenção para essa população. Os trabalhos existentes mostram a inabilidade da sociedade em geral e a ineficiência metodológica do sistema de atendimento voltado para essas crianças, francamente em situações de risco social. (ASSIS, 2004, p.44).

Nos últimos anos, as causas externas – onde está incluída a violência – continuam se mostrando uma das problemáticas que interferem na saúde das crianças e dos adolescentes.

Esse fato pode ser percebido através do número de mortes de crianças e adolescentes. Durante o ano de 2003, segundo dados do Ministério da Saúde⁴⁶, das 98.513 mortes de crianças e adolescentes registradas no país, 30.098, ou seja, 30,5%, estavam relacionadas às causas externas. Tomando por base a categoria “Causas Externas de morbidade e mortalidade”⁴⁷, esta foi responsável por 21.513 mortes de crianças e adolescentes no país, sendo que 1.070 das mortes ocorreram com crianças menores de 1 ano; 3.802 dos óbitos ocorreram com crianças entre 1 e 9; 16.644 mortes foram registradas entre crianças, adolescentes e jovens de 10 a 19 anos.

Com relação ao internamento de crianças e adolescentes, no ano de 2005, foram registrados 217.536 internamentos relacionados às causas externas. Deste total, 462 internamentos foram incorporados a categoria “Causas externas de Morbidade e Mortalidade”, dos quais, 24 ocorreram com crianças menores de 1 ano, 172 ocorreram com crianças de 1 a 9 anos, 266 internamentos ocorreram com crianças, adolescentes e jovens entre 15 a 19 anos, conforme apontam os dados do Ministério da Saúde.⁴⁸

Em se tratando da categoria “Lesões/envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas”⁴⁹, durante o referido ano (2005), ela foi responsável por 217.074 internamento – sendo 6.090 de crianças com menos de 1

⁴⁶ Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS. Endereço: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/eruf.def> - acesso: 17/01/2006.

⁴⁷ Na categoria “Causas externas de morbidade e mortalidade” estão incluídas as subcategorias: envenenamento, intoxicação por exposição à substâncias nocivas; lesões autoprovocadas voluntariamente; agressão; eventos (fatos) cuja intencionalidades é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra; e todas as outras causas externas.

⁴⁸ Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS. Endereço: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def> - acesso: 17/01/2006.

⁴⁹ Na categoria “Lesões/envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas”, estão incluídas diversos tipos de traumas, fraturas e traumatismos; também fazem parte dela as lesões, as queimaduras, os envenenamentos e os efeitos não especificados de causas externas.

ano, 93.036 de crianças entre 1 e 9 anos, e 117.948 de crianças, adolescentes e jovens de 10 a 19 anos.⁵⁰

Diante de tal realidade, ainda hoje é possível constatar que

[...] na prática [...] a atenção dos profissionais focaliza os agravos, com predomínio do atendimento dos efeitos da violência na reparação dos traumas e lesões físicas no serviço de emergência; nos cuidados com a recuperação e reabilitação das seqüelas no âmbito hospitalar e no diagnóstico dos maus-tratos nos aspectos médico-legais. (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.30).

Ainda que as ações de reabilitação sejam fundamentais no enfrentamento da violência familiar contra crianças e adolescentes, fato constatado é que “[...] o Estatuto da Criança e do Adolescente pede mais das equipes de saúde. Pede que se integrem, também, em práticas de proteção integral e de prevenção dos maus-tratos”. (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.30).

É exatamente essa nova abordagem que o setor saúde vem buscando viabilizar, tendo em vista que sua efetivação demanda tempo de adaptação. Busca-se, sob essa nova perspectiva, afirmar a política de saúde enquanto espaço de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, nesse caso através de ações de proteção destes no que se refere à violência.

As ações, conforme Oliveira et al (2004, p.150), não se “[...] esgotam em um projeto, especialmente quando se trata de casos mais graves, na medida que muitos deles chegam aos serviços de proteção já cronificados”; torna-se necessário que elas estejam pautadas em propostas mais amplas, a partir de uma visão ampliada de saúde, onde não se busque apenas intervir nos casos constatados, mas sim que se estabeleça uma proposta de prevenção dos mesmos.

Assim, a construção dessa compreensão compartilha “[...] da experiência acumulada em tantos outros agravos epidêmicos ou endêmicos: não adianta só

⁵⁰ Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS. Endereço: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/eruf.def>- acesso: 17/01/2006.

tratar dos que sofrem algum dano à saúde, mas buscar prevenir que venham a sofrer”. (DESLANTES; GOMES, 2004, p.198).

A partir desse enfoque, diversos esforços vêm sendo empregados para alterar a forma como tem sido enfrentado o fenômeno da violência familiar contra crianças e adolescentes, buscando criar ações que possam ampliar esse enfrentamento, atuando não apenas sobre o fato em si, ou o sujeito vitimizado, mas também sobre o abusador e, de forma geral, sobre o ambiente família (sujeitos que estão envolvidos, direta ou indiretamente, na dinâmica da violência), além de buscar nas próprias comunidades onde as famílias e, conseqüentemente, as crianças e os adolescentes vivem e em outras políticas públicas, a articulação de uma rede de apoio que proporcione um suporte para o mesmo, aliviando o sofrimento de seus membros e que, assim, minimize os agravos e a possibilidade de novos casos de violência. (ASSIS; AVANCI, 2004; TAVARES, 2004).

Além disso, segundo o Ministério da Saúde, são importantes para o combate desse tipo de violência a

[...] identificação e controle das situações de risco, de acompanhamento de grupos mais vulneráveis e de articulação e diálogo com familiares, com serviços públicos e com organizações não-governamentais que atuam na aplicação de políticas sociais inclusivas e protetivas. (BRASIL, 2002, p.09).

Oliveira et al (2004, p.147) destacam que entre as ações desenvolvidas pela área da saúde, na problemática da violência familiar contra crianças e adolescentes, está “[...] a confirmação do diagnóstico e seu tratamento, o encaminhamento aos serviços de saúde mental e o tratamento de fatores potencializadores da violência, como o uso de álcool e outras drogas”.

Vale ressaltar que a importância dada à área da saúde, no ECA, no que se refere à abordagem da violência familiar contra crianças e adolescentes, já aponta a sua percepção enquanto espaço público privilegiado de proteção a esses sujeitos,

estando delegado a esse espaço as ações de identificação e notificação da violência dessa natureza, bem como a responsabilidade pelo estabelecimento de um universo de proteção e apoio às vítimas e a suas famílias. (BRASIL, 2002).

A notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes

[...] permite iniciar a interrupção do ciclo perverso do domínio e da crueldade adultocêntrica. A partir dela, é possível desenvolver um processo de: (a) defesa dos direitos; (b) responsabilização e (c) atendimento específico, visando ao desenvolvimento saudável da pequena vítima de violências e abusos. (OLIVEIRA et al, 2004, p.153).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p.14), ao notificar os casos dessa natureza o profissional “[...] atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima; e chama o poder público à sua responsabilidade”.

É preciso destacar, no entanto, que, para que as ações desenvolvam-se de forma a propiciar a quebra do círculo de violência familiar, a preparação dos profissionais de saúde é essencial, pois é fato constatado que as diversas manifestações desse fenômeno incidem das mais diversas maneiras sobre a saúde das crianças e dos adolescentes. Assim, torna-se “[...] fundamental que os profissionais da área estejam capacitados para o enfrentamento dos agravos que, cada vez mais, aparecem nas unidades de saúde, desde a atenção básica até os serviços de emergência”. (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.36-37).

Essa capacitação deve proporcionar aos profissionais

[...] compreenderem o significado, as manifestações e as consequências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Da mesma forma, treiná-los para o diagnóstico, a notificação e os encaminhamentos dos problemas que constatarem. Trata-se de uma empreitada que não diz respeito somente à informação e ao conhecimento sobre a temática, mas, sobretudo, depende do desenvolvimento da consciência social a respeito. (BRASIL, 2002, p.17).

Atuar sobre esse fenômeno mostra-se, por vezes, um grande desafio para os profissionais, em especial porque configura uma problemática histórica e

culturalmente presente na sociedade. Por esse fato, a atuação intersetorial e interdisciplinar se torna fundamental, pois a amplitude que pode alcançar possibilita romper com o ciclo de violência. (SANCHEZ; MINAYO, 2004).

No contexto de intervenção do fenômeno por parte da saúde pública, temos na atenção primária, ou seja, nas instituições de atendimento básico do SUS, um importante e potencializador universo de atuação, tendo em vista que estão mais próximas da realidade da população atendida. Essa é a proposta de ação do Programa Saúde da Família: atender, de forma preventiva e curativa, a realidade das famílias que compõem o contexto da Unidade Básica de Saúde, devendo atuar, nesses termos, sobre as situações de risco ou mesmo as manifestações de casos de violência presentes na realidade das mesmas.

2 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

2.1 A ORIGEM DA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA: CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

O olhar da área da saúde voltado ao grupo familiar, enquanto espaço primeiro de intervenção, não se configura como um fato novo. Essa proposta já era abordada na Roma Antiga, onde o médico, reconhecido como médico da família, representava o principal “[...] agente de atenção à saúde”. (DOMINGUEZ, 1997, p.23). O atendimento em saúde, nesse contexto, destacava a ação voltada a um pequeno grupo: o grupo familiar.

Essa tendência pode ser observada também durante as primeiras décadas do século XX. Na Inglaterra, em 1920, a proposta de atenção à família assumiu

importante espaço nas ações em saúde. Pautado na proposta de Bertrand Dawson⁵¹, o sistema de saúde inglês organizou-se em níveis de atenção, onde os médicos generalistas, juntamente com profissionais da área da enfermagem, representavam a referência do atendimento à saúde da população, que era atendida em sua comunidade. (ANDRADE, 1996).

Porém, em 1930, emergiu no cenário mundial o modelo de saúde proposto por Abraham Flexner⁵², que defendia o caráter hospitalocêntrico, onde somente no hospital, no médico especializado e na alta complexidade se conseguia exercer com eficiência a medicina; os que não seguissem esses moldes eram considerados profissionais menos qualificados, como era o caso dos médicos que atuavam nas comunidades, que eram vistos como profissionais de segunda linha.

Pautados nessa compreensão de atendimento em saúde, diversos países passaram a priorizar os atendimentos médicos realizados em instituições hospitalares, havendo a fragmentação da área médica e a predominância de especialidades, além da ênfase dada à tecnologia como auxiliar no diagnóstico. Esses fatores contribuíram para o distanciamento na relação estabelecida entre os profissionais de medicina e seus usuários. (ANDRADE, 1998; DOMINGUEZ, 1997).

A proposta de retornar ao atendimento das famílias ganhou maior visibilidade e força durante os anos de 1950, quando a medicina familiar passou a ser desenvolvida por diversos países, destacando-se o Canadá que, em 1954, fundou a primeira Faculdade de Medicina Familiar; nessa perspectiva, o programa Médico da Família passou a ser referência no atendimento primário de saúde da

⁵¹ Dawson passou a divulgar a concepção de um sistema público de atendimento, desenvolvido junto às famílias, pautado nas intervenções por níveis de atenção. (ANDRADE, 1996).

⁵² Proposta condensada e publicada no denominado Relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie. É embasado nesse relatório que se gesta o chamado paradigma flexneriano, o qual se concretiza através da defesa de elementos que passaram a conduzir a intervenção em saúde, sendo eles: o mecanismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo. (MENDES, 1996).

população naquele país, se fazendo presente ainda hoje na política de saúde canadense. (ANDRADE, 1998).

Entre os países que adotaram o modelo, podemos citar a Dinamarca (1973) e Portugal (1975). (ANDRADE, 1998). Na América Latina, a primeira experiência do modelo de médico da família aconteceu no México, no ano de 1971, sendo implantado, em seguida, na Bolívia (1974) e no Panamá (1976). (ANDRADE, 1998).

Ampliaram-se, então, em nível mundial, as discussões acerca da atenção primária em saúde, haja vista que o modelo de saúde predominante até então na maioria dos países – baseado nas especialidades médicas e no atendimento de alta tecnologia, características que tornavam os custos em saúde muito altos – não garantia um atendimento adequado a grande parte da população.

Por esse fato, em 1978, foi realizada, no Cazaquistão (Ásia), a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde – evento organizado e patrocinado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância. A partir desta Conferência foi formulada a Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, que, defendendo a meta “Saúde Para Todos no Ano de 2000”, afirmou a saúde enquanto estado de completo bem-estar físico, mental e social. Além disso, esta Declaração enfatizou a atenção pautada nos aspectos de prevenção e de promoção da saúde, sendo que estes seriam atingidos mediante o fortalecimento de um modelo baseado na Atenção Primária em Saúde (APS), que representa “[...] o primeiro nível de contato entre o indivíduo, a família e a comunidade com o sistema de saúde [...]”. (ANDRADE, 1998, p.35).

Seguiram a Conferência de Alma Ata outras conferências⁵³ realizadas entre

⁵³ Sobre as conferências realizadas nas décadas de 1980 e 1990, consultar: BORGES, C. C. Sentidos de saúde/doença produzidos em um grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da família. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade

os anos de 1980 e 1990. Entre elas podemos destacar a I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986. Esta Conferência culminou na elaboração da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde que, partindo dos progressos alcançados pela Declaração de Alma Ata, fortaleceu o pressuposto de promoção à saúde, que só seria possível com a garantia de condições como “[...] a paz, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade”. (CARTA DE OTTAWA SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE).

Uma das experiências mais bem sucedidas na América Latina com relação ao atendimento da saúde das famílias foi a realizada em Cuba, instituída no ano de 1984 e que tinha a incumbência de proporcionar melhorias à qualidade da saúde da população, “[...] buscando garantir atenção integral e continuada aos indivíduos e suas famílias, com ênfase na participação popular”. (ANDRADE, 1998, p.42-43).

No cenário brasileiro, a proposta de atenção primária à saúde desencadeou várias experiências de intervenção que tinham como foco principal a comunidade e/ou o grupo familiar. Essas experiências ocorreram por intermédio da organização de algumas instituições de ensino superior⁵⁴ e também através de iniciativas

governamentais – realizadas em nível estadual⁵⁵ e federal.⁵⁶

de São Paulo. Ribeirão Preto, USP: 2002.

⁵⁴ Diante do contexto de exclusão de grande parte da população do sistema de saúde brasileiro e buscando reverter o quadro, em 1970, surge um movimento contra-hegemônico da saúde, sendo realizadas duas experiências-piloto em medicina comunitária, nos municípios de Montes Claros, Minas Gerais (através da Universidade do Norte de Minas Gerais e de outras instituições), e Paulínia, em São Paulo (através da Universidade de Campinas – UNICAMP). (MENDES, 1995). Além disso, em diversas universidades do país passaram a ser implantados os Departamentos de Medicina Preventiva, onde, emergiam várias discussões sobre a política de saúde brasileira, sendo abordados temas como: a participação da população; a melhoria no acesso aos serviços públicos de saúde; a humanização do atendimento aos usuários, entre outros. (BORGES, 2002).

⁵⁵ Segundo Bellusci (2003), Viana e Dal Poz (1998), algumas experiências da prática de agentes comunitários de saúde vinham sendo realizadas, enquanto políticas estadual, nos Estados de Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Ceará. Também a cidade de Niterói destacou-se pelo desenvolvimento do programa médico da família.

⁵⁶ Devemos ressaltar que as propostas lançadas no Canadá e em Cuba serviram de referência para o desenvolvimento das ações voltadas à atenção da saúde da família. Assim, o Brasil convive com dois

Em se tratando do governo federal, uma das propostas lançadas, tendo como objetivo viabilizar o atendimento primário, foi a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁵⁷, através do qual se “[...] começou a enfocar a família como unidade de atendimento programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo, e se introduziu a noção de área de cobertura (por família)”. (BRASIL, 2002c, p.05). Durante seus primeiros anos, o PACS era desenvolvido, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste, priorizando as áreas mais pobres, nas quais buscava diminuir os índices de mortalidade materna e a mortalidade infantil.

Em meio às reivindicações dos governos municipais – que buscavam modificar a rede básica de saúde e ampliar a cobertura do PACS – o Ministério da Saúde convocou, em 1993, uma reunião que tinha como tema central a “Saúde da Família”. Participaram desta reunião, representantes e coordenadores estaduais do Programa e o resultado alcançado foi a formulação das bases gerais do Programa Saúde da Família (PSF). (SOUSA, 2003; ANDRADE, 1998).

Muito embora as manifestações nacionais fossem importantes para a formação e implantação do PSF, foi o Banco Mundial a figura decisiva para a concretização do referido programa. Isto porque, para que pudesse receber recursos financeiros internacionais, o país deveria reduzir seus gastos nos atendimentos de saúde – considerados muito grandes e centrados nos atendimentos hospitalares e de alta tecnologia – e reorganizar os serviços dessa área – investindo também na promoção da saúde e na prevenção das doenças. (RIZZOTTO, 2000).

modelos de saúde da família, a região sul teve suas ações influenciadas pelo modelo Canadense e, na região do nordeste e especificamente na cidade de Niterói teve influência o modelo Cubano. Outro ponto que devemos destacar é que a experiência da inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde representa uma característica exclusiva do Brasil, pessoas da própria comunidade que passam a compor, juntamente com outros profissionais, as Equipes de Saúde da Família.

⁵⁷ Conforme expõem Viana e Dal Poz (1998), o PACS foi a formalização das experiências realizadas em nível Estadual da ação dos agentes comunitários de saúde.

Em 1994, o Programa Saúde da Família foi lançado oficialmente no Brasil, passando a incentivar a municipalização das ações em saúde. Ficou estabelecido que a implantação do PSF ocorreria em comunidades que se caracterizassem como área de precária cobertura da assistência à saúde e de risco; para tanto foi utilizado o documento elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), intitulado “Mapa da Fome”. (VIANA; DAL POZ, 1998; BORGES, 2002).

Segundo Viana e Dal Poz (1998), para o financiamento do referido programa foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde, junto aos Estados e Municípios, convênios, os quais eram realizados mediante o cumprimento de algumas exigências, como a contrapartida e a verificação do cumprimento de critérios de seleção dos municípios, sendo eles: “[...] interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudos das demandas, existência de apoio diagnóstico terapêutico, disposição da administração municipal”. (VIANA; DAL POZ, 1998, p.12).

Os rumos dados ao PSF passaram por alterações durante o ano de 1995, momento em que ocorreu “[...] o rompimento com a idéia de programa vertical, operando através de convênios [...] e sinalizou para uma importância maior do programa dentro do Ministério e para um outro tipo de institucionalização do PSF”. (VIANA; DAL POZ, 1998, p.13).

A remuneração do PSF e do PACS passou a ser incluída na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS), estando prevista no Piso de Assistência Básica (PAB)⁵⁸ e no Incentivo aos

⁵⁸ O PAB representa os recursos financeiros destinados ao pagamento dos procedimentos e ações desenvolvidas na assistência de nível básico de saúde, sendo esta uma responsabilidade tipicamente municipal. Além disso, a NOB/96 delibera que o “Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual”. (NOB/96).

Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde⁵⁹, dentro da Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS), de 1996, (ANDRADE, 1998; VIANA; DAL POZ, 1998).

Essas ações serviram para que o PSF passasse a ser percebido de forma diferenciada, perdendo o caráter de programa, sendo definido como estratégia de reestruturação dos serviços de saúde. Borges (2002, p.13) destaca que

[...] apesar de ter expandido o nome Programa de Saúde da Família, este não está sendo caracterizado pelo Ministério da Saúde como um programa novo a ser implantado, mas sim, como uma estratégia, pois não traz propostas inovadoras diferenciadas do SUS, mas a consolidação de todos os seus princípios, no auxílio de sua expansão.

Mesmo tendo alterada sua forma de financiamento, sendo inserido no SIA/SUS, o PSF teve sua expansão limitada em virtude da escassez dos recursos destinados ao seu investimento. Dessa forma, ainda no ano de 1995 foi formado um projeto pautado na Recuperação da Capacidade Operativa da Rede do Sistema Único de Saúde (REFORSUS). O projeto buscava incentivar a ampliação da cobertura do SUS e promover a qualidade da assistência desse sistema e, para tanto, estimular a ampliação do PSF no país. Através do REFORSUS, buscava-se privilegiar o financiamento das Unidades de Saúde que possuíssem o PSF. (VIANA; DAL POZ, 1998; BARROS, 2003).

Devemos ressaltar, ainda, que, no ano de 1996, o PACS e o PSF sofreram uma fusão que ocorreu devido à semelhança e complementaridade das ações desenvolvidas por ambos os programas; assim, entendia-se que suas operacionalizações poderiam ser combinadas. (VIANA; DAL POZ, 1998). Dessa forma, no ano de 1997, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1886/GM (18/12/97), estabeleceu as normas e as diretrizes do PACS e do PSF.

⁵⁹ Segundo a NOB/96, esse incentivo representa “[...] um acréscimo percentual ao montante do PAB”, segundo os critérios de cobertura populacional dos programas nos municípios, conforme estabelecidos na Norma.

Dois anos após sua implantação, em 1996, o PSF se fazia presente em 228 municípios, sendo desenvolvido por 847 equipes, que atendiam 2.922 pessoas. Em 1997, 567 municípios tinham o Programa; no país eram 1.623 equipes, e a cobertura era de 5.599 pessoas. No ano de 1998, o número de municípios subiu para 1.134 e de ESF para 3.147, e a população coberta era de 10.636. Já em 1999, 1.647 municípios contavam com o PSF, eram 4.254 equipes formadas, que atendiam 14.676 pessoas. (BRASIL, 2003).

No ano de 2000, 2.766 municípios possuíam PSF, eram 8.503 equipes que atendiam 29.684 pessoas. Em 2001, eram 3.233 os municípios (70,2% dos municípios de país) com o Programa, contando como 13.559 equipes que cobriam 38.933 pessoas. Durante o ano de 2002, havia no país 16.847 ESF, que cobriam 33,7% da população brasileira; eram 20.577.405 famílias cadastradas no Programa. (BRASIL, 2003).

Conforme o Ministério da Saúde, no ano de 2003, o país contava com 19.000 ESF, as quais cobriam 4,4 mil municípios e 62,3 milhões de pessoas, ou seja, 35,7% da população brasileira. Em 2004 o número era 21,3 mil ESF, cobrindo 4,6 mil municípios e 39% da população brasileira (69,1 milhões de pessoas). Com relação ao ano de 2005, até agosto desse ano, 4,9 mil municípios possuíam o PSF, o número de ESF era de 23,9 mil, e a cobertura populacional perfazia 43,4% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 76,8 milhões de pessoas.⁶⁰

Podemos perceber, através desses dados, que o PSF, ao longo de sua história vem se fazendo presente em cada vez mais municípios, e dessa forma, abrangendo a cada dia um número maior da população brasileira.

⁶⁰ FONTE: http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149 - acesso: 10/02/2006.

2.2 CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF

O PSF assume, no cenário brasileiro, um caráter de estratégia de reorganização da atenção primária à saúde, de alterar o modelo tradicional de saúde, embasando-se nas ações de promoção, prevenção e recuperação, atendendo de forma integral e contínua, o indivíduo, a família e a comunidade de forma geral. (MENDES, 1996).

Enquanto estratégia, o PSF proporciona uma mudança na intervenção à saúde, no sentido de “[...] repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde” (BRASIL, 2001, p.73), ou seja, tanto por parte dos gestores da política, quando dos profissionais que atuam nas comunidades, bem como por parte da população atendida.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p.05), o PSF “[...] reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade”, representando, dessa forma, um instrumento que viabiliza e consolida a proposta defendida pelo SUS, além de reiterar a saúde enquanto direito fundamental dos indivíduos.

Para tanto, o programa em questão tem como foco principal o atendimento ao grupo familiar. Ao abordar a família, o PSF deve apresentar propostas de ação regularizadas na avaliação e compreensão das características dos grupos familiares e da realidade onde estes se encontram inseridos (BRASIL, 2001a, p.05), e, nesses termos, o PSF deve apreender “[...] o indivíduo inserido numa família e sociedade localizadas em determinado tempo e espaço que lhes conferem características ímpares”. (BELLUSCI, 2003, p.24).

O Programa tem como referência as Unidades de Saúde da Família (USF), espaços locais presentes nas diversas comunidades, reconstruídos para que seja efetivada a atenção primária em saúde. Por esse motivo, as USF possuem um caráter substitutivo, pois buscam modificar o modelo de atendimento vigente até então nas Unidades de Saúde, e de forma geral em nossa sociedade, priorizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças. (BRASIL, 2001a). Assim, Fontinele Júnior (2003) e Sousa (2003) destacam que o PSF não aponta para a proposta de construir novas unidades básicas de saúde – exceto em localidades onde não haja unidades –, mas sim para configurá-las como unidades de Saúde da Família, capaz de proporcionar atendimento que responda às necessidades das famílias atendidas, de forma oportuna, resolutiva e humanizada. Deve, então, representar “[...] a porta de entrada do sistema local de saúde”. (SOUSA, 2002, p.106).

Outro aspecto importante a ser destacado é que a USF atua mediante a territorialização e a adscrição dos usuários, ou seja, ela “[...] trabalha com território de abrangência definido”. (BRASIL, 2001a, p.06). Atende, de modo geral, também um número limitado de famílias, população essa conhecida como adscrita.

Nesse sentido, segundo a Portaria nº 1886/GM, em seu artigo 11, item 11.1, cada equipe “[...] de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde residam, no máximo, 1000 (mil) famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas”. (BRASIL, 1997, p.15).

A proposta do PSF, a partir da referência de atuação na Unidade de Saúde da Família, também prevê a formação de uma equipe multidisciplinar, devendo ser esta composta minimamente por “[...] um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários

de saúde”. (BRASIL, 2001a, p.06). Do mesmo modo, se faz presente no Programa a equipe de saúde bucal, formada por um dentista, um técnico em higiene dental (THD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD). (BRASIL, 2001).

Em se tratando da equipe formada para atuar no PSF, a chamada equipe mínima, o Ministério da Saúde atribuiu a cada profissional ações específicas, conforme as especificidades de suas categorias profissionais, de forma a garantir à população um atendimento baseado nas linhas de atenção primária em saúde.⁶¹

Além disso, para que os profissionais realmente estabeleçam uma convivência contínua com a comunidade, reconhecendo as suas características, estabelecendo um vínculo entre os profissionais e os indivíduos, e o desenvolvimento das atividades, o Ministério da Saúde apresenta como um dos critérios de atuação desses profissionais a atuação diária na Unidade de Saúde, ou seja, os profissionais devem trabalhar oito horas por dia, quarenta horas semanais na Unidade, e ter dedicação integral ao Programa. (BRASIL, 2001).

Esse é um dos pontos principais do PSF: contar com profissionais que podem se dedicar a esse trabalho, todos os dias da semana. Tendo a Saúde da Família como atividade, em regime integral esses profissionais estabelecem uma ligação efetiva com a comunidade. Conhecem pessoalmente cada um, quem são seus parentes, qual sua história de vida, de saúde. (BRASIL, 2001, p.67).

Devemos ressaltar ainda, que a ESF pode ser ampliada, isto é, outros profissionais “[...] poderão ser incorporados nas Unidades de Saúde da Família ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais”. (BRASIL, 2001a, p.06). Podem ser inseridos profissionais como farmacêuticos, psicólogos, educadores físicos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, entre outros, que proporcionem o atendimento de forma ampliada à saúde.

⁶¹ As atribuições específicas dos profissionais estão disponíveis na página www.saude.gov.br

2.3 ATRIBUIÇÕES GERAIS E AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das atribuições específicas que cada categoria de profissional assume no PSF, o Ministério da Saúde, buscando viabilizar a realização de ações mais eficazes, estabelece às equipes e, assim, aos profissionais que compõem o Programa, atribuições comuns, que implicam ações desenvolvidas conjuntamente. Essas atribuições são:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
- executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
- realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;
- garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;
- coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;
- incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde;
- auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde. (BRASIL, 2001, p.75).

No que se refere à atuação dos profissionais das ESF, podemos destacar que um dos pontos de fundamental importância é o planejamento das ações a serem desenvolvidas com famílias sob sua responsabilidade, segundo as peculiaridades que caracterizam a área adscrita. O planejamento das ações implica

na capacidade dos profissionais de “[...] identificar, conhecer e analisar a realidade local, e propor ações capazes de nela interferir” (BRASIL, 2001, p.73), ou seja, de diagnosticar a realidade a ser trabalhada.

O diagnóstico da área de abrangência possibilita uma visão ampliada da realidade da comunidade onde as famílias encontram-se inseridas, bem como sobre as particularidades das famílias. Sendo assim, torna-se importante que os profissionais obtenham informações detalhadas sobre “[...] aspectos familiares, escolaridade, situação conjugal, a ocupação de cada um, além de informações sobre os riscos presentes ou riscos potenciais para os integrantes da família”. (BRASIL, 2001, p.89).

Essa leitura da realidade é viabilizada pela proximidade estabelecida entre equipes e famílias, através do contato realizado na Unidade de Saúde, mas, principalmente, através do acompanhamento realizado pelos profissionais através das visitas domiciliares que se tornam um importante instrumento de leitura da realidade para os profissionais, pois “[...] a equipe vai às casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde”. (BRASIL, 2001, p.35).

Nessa perspectiva, mais importante do que simplesmente realizar uma ação, é realizá-la pautada na identificação e análise da realidade da família e da comunidade atendida pela equipe, sendo possível, dessa forma, aproximar-se dos problemas apresentados pelo indivíduo e atuar de forma mais eficaz com vistas a sua solução.

Como vimos no decorrer deste tópico, a proposta principal do PSF é atuar numa perspectiva de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, diferenciando-

se, assim, do modelo tradicional de atendimento da área. Para que esta proposta seja efetivada, torna-se necessário que a atuação dos profissionais esteja pautada na perspectiva de construir um ambiente de proteção a esse indivíduo, à sua família e, de forma geral, à comunidade de que este faz parte.

O conceito principal de saúde defendido nessa linha de ação é a busca e a garantia da qualidade de vida da população. E para que isso seja alcançado, é imprescindível a participação da população no Programa, auxiliando as equipes na leitura da realidade, no desenvolvimento das ações e também na avaliação das mesmas, através de um processo contínuo; além disso, a participação possibilita a emancipação dos indivíduos, fazendo com que estes ultrapassem a mera aceitação das ações, e decidam sobre elas, sobre os resultados que terão em suas vidas e sobre a vida da comunidade.

Da mesma forma, interagir com as instituições governamentais e da sociedade civil que fazem parte do contexto das comunidades revela-se como uma linha de ação que proporciona a formação de rede de atendimento, afirmando a perspectiva ampliada de saúde, possibilitando considerar e atuar sobre os diversos elementos que fazem parte da vida da população e que interferem na saúde da mesma.

Um dos fatores essenciais para o sucesso das propostas lançadas pelo PSF é o trabalho interdisciplinar. Para que as equipes possam cumprir seu papel, como agente de intervenção e de mediação, elas devem transcender a perspectiva de equipe multiprofissional, ou seja, indo além de ações que – embora diversas – são desenvolvidas apenas através da especificidade de cada profissional, procurando, sim, intervir mediante solidificação de um trabalho interdisciplinar.

Conforme destaca Munhoz (1996, p.167),

[...] embora no plano teórico a relação interdisciplinar seja, em tese, perfeitamente aceita e viável quanto à sua exeqüibilidade prática, são os sujeitos singulares que podem fazer com que a relação entre as diferentes profissões ultrapasse o terreno da simples vizinhança pacífica, e mesmo da tolerância – expressas, essa simples vizinhança e essa tolerância, pela multidisciplinaridade, que em geral não ultrapassa o plano do solipsismo – para ascender ao plano do ‘inter’, que supõe mais que o ladear, implicando troca, reciprocidade, discussão, conhecer o outro profissional e a outra profissão na sua alteridade para trocas e complementações.

Assim, frente ao desafio do trabalho interdisciplinar, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.74) afirma, então, que a

[...] ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva.

Nessa perspectiva de busca da interdisciplinaridade, assim como afirmam os estudiosos no assunto, as ESF podem tornar-se importantes pólos de desenvolvimento de ações voltadas ao atendimento das mais diversas questões presentes na realidade da população atendida, tanto na intervenção nos casos onde a saúde foi, de alguma forma, afetada, quanto na promoção da saúde e prevenção da doença. Ainda, a atuação interdisciplinar permite considerar os múltiplos aspectos que permeiam essa realidade, indo além dos aspectos biológicos que interferem na saúde, o que possibilita às equipes intervir decisivamente na realidade do indivíduo, de sua família e da comunidade sob sua responsabilidade.

Os elementos elencados pelo PSF para a construção das ações junto à população atendida – tais como planejamento das ações, interdisciplinaridade, corresponsabilidade, intersetorialidade, entre outros – são fundamentais para que a equipe consiga corresponder a um outro princípio do Programa, que é o do atendimento integral à família. Desse modo, tem-se que a família constitui o foco central do PSF e, conforme aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.74),

Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento. As ações dos profissionais da USF devem atender a família em seu espaço social, compreendendo-o como rico em ações interligadas (interações) e em conflitos. A construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, com intervenções diretas na saúde de seus membros. Ao profissional de saúde que entra na dinâmica daquela vida familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele núcleo de pessoas, intervindo de forma mais participativa e construtiva.

Como podemos perceber, o atendimento integral à família exige, por parte dos profissionais, a apreensão desta enquanto grupo dinâmico, onde sua realidade é construída no dia-a-dia, onde as relações estabelecidas entre os indivíduos são permeadas por valores simbólicos e culturais e também por conflitos. Assim, para que o atendimento pleno à família seja alcançado, os profissionais devem:

- compreender a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises;
- identificar a relação da família com a comunidade;
- identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os processos legais e éticos existentes. (BRASIL, 2001, p.74).

Para atuar junto ao grupo familiar, a ESF deve compreender, além dos aspectos biológicos, o contexto histórico-cultural e sócio-econômico que caracteriza a realidade familiar, refletindo sobre de que forma esses fatores determinam a relação saúde/doença. Esse fato se torna importante porque a vida em família não ocorre afastada de um contexto mais amplo, pois ela está “[...] inserida na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo”. (VASCONCELOS, 2001, p.163).

A intervenção pode assumir um caráter curativo e de reabilitação, mas, o objetivo principal do PSF é atuar junto ao indivíduo sadio por meio de ações capazes de suscitar a promoção da saúde e a prevenção de doenças. (SOUSA, 2002). Ações essas, que possibilitam às ESF permitir às pessoas atendidas que estas possam

interferir nos determinantes da saúde, considerando os aspectos sociais, ambientais e econômicos que compõem sua realidade, e, assim, reduzir os fatores de risco que se fazem presentes, ou então, impedir que estes surjam. (SOUSA, 2003).

Para viabilizar os aspectos de promoção e prevenção, uma das metodologias utilizadas é a da educação em saúde, a qual “[...] prioriza a criação de diálogo em que problemas específicos são debatidos de uma forma que viabiliza a explicação e incorporação dos saberes e reflexões dos cidadãos envolvidos”. (VASCONCELOS, 2001, p.251). Nesse sentido, o profissional, enquanto educador, cria um novo espaço de diálogo e de construção de conhecimento (para a população e para a equipe). Dentro desse processo de educação em saúde e como forma, mesmo, de viabilizá-lo, as

[...] atividades a serem realizadas são as visitas domiciliares, ações programadas a crianças, adolescentes, adultos e idosos, ou seja, nos diferentes ciclos de vida, além das consultas médicas, de enfermagem e do odontólogo, educação em saúde, ações específicas para grupos com maior risco de adoecer e morrer, entre outras ações de caráter individual ou coletivo. (BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001, p.142).

Entre os procedimentos realizados pela equipe, tanto na USF quanto durante as visitas domiciliares, podemos destacar o acompanhamento realizado junto aos membros da família, aos quais as ações podem ser desenvolvidas de forma geral, direcionadas a todos; segundo as características particulares de situações, como o acompanhamento de gestantes, hipertensos, entre outros; e ainda, conforme as particularidades das fases da vida – como o acompanhamento das crianças e dos adolescentes.

A intervenção das equipes pode se dar através da abordagem dos problemas individuais, que são realizados no cotidiano do atendimento às famílias, verificando como eles se fazem presentes, como tiveram origem e qual a repercussão no grupo e nas relações sociais mais amplas; ou ainda, através da

abordagem das famílias que se encontram em situação de crise e/ou risco. (VASCONCELOS, 2001).

Essa abordagem ressalta o trabalho desenvolvido pelos profissionais nos chamados grupos de risco, o qual é caracterizado pelo contexto permeado por “[...] riscos e/ou barreiras geográficas ou culturais (tudo aquilo que dificulta ou impede a chegada das equipes e o contato da comunidade com os serviços de saúde), ou ainda com indicadores de saúde muito ruins”. (BRASIL, 2001, p.91).

O reconhecimento dessas famílias de risco se dá mediante a identificação de diferentes indicadores como

[...] presença de desnutridos, recorrência de patologias facilmente controláveis, ocorrência de óbitos por doenças tratáveis, envolvimento de crianças em atividades ilícitas, violência contra membros mais frágeis, percepção pelos vizinhos de situações de negligência e crise interna [...] (VASCONCELOS, 2001, p.167).

Ainda, segundo Vasconcelos (2001, p.167), a “[...] presença desses indicadores aponta para a necessidade de visitas e estudos para melhor caracterizar a situação e verificar a necessidade de apoio sistemático que se centra na dinâmica global da família e não apenas em membros isolados”.

Fato constatado através dos indicadores é a presença da violência familiar enquanto fator de risco ao grupo familiar, configurando-se, então, como elemento de necessária identificação e intervenção por parte dos profissionais das ESF, isso porque, conforme afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a, p.27), os “[...] profissionais de saúde estão em uma posição estratégica para detectar e identificar as possíveis vítimas de violência intrafamiliar”, pois, frequentemente, eles são “[...] os primeiros a serem informados sobre episódios de violência”.

Com relação à vitimização de crianças e adolescentes, os profissionais, ao desenvolverem um atendimento continuado a esses sujeitos – através de diferentes

ações, que vão desde o controle dos nascidos vivos até a educação sexual – têm como uma de suas atribuições identificar sinais, físicos ou psicológicos, que possam estar vinculados a diferentes expressões da violência. (DOMINGUEZ, 1997).

Nesse sentido, o fenômeno deve ser abordado não apenas individualmente, ou seja, atuar junto ao indivíduo vitimizado, mas, a família deve se tornar *locus* de atenção, pois a situação de violência afeta, de forma geral, todos os seus membros, a dinâmica estabelecida nesse meio e as relações sociais mais amplas.

A proximidade entre equipe e famílias proporciona aos profissionais conhecer a história e a realidade de cada uma delas, podendo ser, então, capaz de identificar casos de violência, confirmados ou de suspeita, ou mesmo situações de tensão que possam levar ao desencadeamento da violência. Nesse sentido, por meio de

[...] observações, visitas domiciliares, perguntas indiretas ou diretas dirigidas a alguns membros da família, situações insuspeitas podem ser reveladas se houver um cuidado e uma escuta voltadas para esta questão. Mesmo que a família tente ocultar tais situações, a aproximação por parte do profissional poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda. (BRASIL, 2002a, p.28).

Ainda, segundo Vasconcelos (2001, p.158), o “[...] olhar atento do profissional pode descobrir situações de negligência e abandono por trás de problemas pontuais”, isto é, o profissional pode identificar através de uma abordagem específica de determinado problema de saúde que este esteja apresentando indícios de violência.

Cabe-nos ainda ressaltar que o trabalho em equipe, numa perspectiva interdisciplinar, torna-se de fundamental importância para a intervenção nos casos de violência familiar cometida contra crianças e adolescentes. Mas para que esse trabalho tenha respostas eficazes, na equipe, as especificidades de cada profissional e a vivência que possuem sobre o atendimento de casos de violência

familiar contra crianças e adolescentes devem ser respeitadas. É a ação interdisciplinar que faz conversar especificidades e não a pretensa diluição das diferenças numa ação global; é pela sabedoria na relação entre as diferenças que nasce o novo com potencialidade superior.

Considerando esses aspectos, o Ministério da Saúde ressalta que, de forma geral, a “[...] equipe deve criar mecanismos para compartilhar a experiência de cada um de seus membros, possibilitando a adoção de práticas comuns que garantam maior qualidade ao atendimento”. (BRASIL, 2002a, p.28).

Devido às características do PSF, este Programa, juntamente com o PACS, passou a ser um dos universos de atendimento destacados na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, como podemos perceber na seguinte afirmação:

A assistência às vítimas de acidentes e violência deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços. (BRASIL, 2002b, p.32).

De forma geral, podemos perceber que o fenômeno violência familiar representa uma das problemáticas a serem trabalhadas pelas equipes de Saúde da Família, pois se apresenta como um fenômeno que interfere diretamente na relação saúde/doença, e, assim, como problema de saúde pública.

3 O PSF NO ESTADO DO PARANÁ

A implantação do PSF no Paraná consolida a política de saúde estadual construída sobre pilares de ações consideradas inovadoras e pioneiras no país. Conforme afirma Barros (2003), a política de saúde paranaense, já durante os

primeiros anos da década de 1980, adotava estratégias em saúde que posteriormente seriam afirmadas como linhas de ação geral da política nacional, asseguradas na Constituição de 1988.

Podemos destacar que entre os anos de 1982 e 1986 havia, no Estado, uma mobilização na busca por construir e efetivar a atenção à saúde pública. Barros (2003) afirma que a presença de atores significativos na formação do quadro técnico governamental – sendo estes representantes de movimentos sociais e de universidades, assim como pessoas partidárias do projeto de Reforma Sanitária – tornou-se fonte de força para esta mobilização e para alcançar os resultados pretendidos.

Nesse cenário, foi elaborado o Plano Estadual de Saúde, documento que abordava a implantação da política de saúde no Paraná e as normas e diretrizes dessa política, sendo elas a hierarquização e a regionalização dos serviços e a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular como linhas de atendimento. (BARROS, 2003).

Outro fato que mostra o avanço da política de saúde no Estado foi a implantação de um projeto piloto de saúde da família, em 1991, desenvolvido na Unidade de Saúde Pompéia, em Curitiba e, em 1992, no Município de Londrina, a implantação de quatro equipes, formadas por profissionais de medicina, enfermagem e auxiliar de enfermagem, que passaram a atuar e viver em distritos rurais.

Com relação ao Município de Curitiba, podemos destacar que a proposta do médico da família havia sido fortalecida nesse cenário por influência do Grupo Hospitalar Conceição⁶² (de Porto Alegre) e também pelos contatos e informações

⁶² O Grupo Hospitalar Conceição, constitui-se como “[...] uma empresa pública vinculada ao Ministério da Saúde, cujo programa de Medicina Geral Comunitária (MGC) era, e ainda é, considerado uma referência nacional no tema de Saúde da Família”. (GOULART, 2002, p.181).

trocadas com consultores canadenses e técnicos do programa desenvolvido em Niterói. Após a experiência realizada, em 1992 foi criada a primeira unidade de Saúde da Família, em Santa Felicidade, tendo como colaboradores o Grupo Hospitalar Conceição e a Universidade de Toronto.⁶³ A proposta do PSF, conforme os padrões nacionais, só foi implantada no ano de 1996. (GOULART, 2002).

No cenário estadual, o PSF oficialmente implantado após discussões realizadas entre

[...] as Universidades Estaduais (Londrina/ Maringá/ Ponta Grossa e Cascavel), Universidade Federal do Paraná, os gestores estaduais através da Secretaria Estadual de Saúde e Escola de Saúde Pública e, ainda, os municípios de Londrina e Curitiba, que já tinham a experiência implantada por opção institucional. (BARROS, 2003, p.164).

Essas discussões, segundo Barros (2003), culminaram na elaboração de um projeto que tinha como linhas de ação a formação de um Pólo de Formação, Capacitação e Educação Continuada em Saúde da Família; a constante discussão dos princípios do PSF nas universidades, tendo por finalidade inserir estes princípios na formação profissional; a atuação voltada à regionalização da formação continuada, onde as universidades seriam responsáveis pela capacitação das equipes de saúde da família, entre outras. Esse projeto foi encaminhado, posteriormente, ao Ministério da Saúde para que fosse regulamentado.

Devemos ressaltar que o planejamento do PSF no Estado do Paraná contou com a participação de profissionais de diversas áreas do conhecimento, tais como serviço social, medicina, ciências biológicas, enfermagem, farmácia, pedagogia, nutrição e fisioterapia, o que lhe conferiu, dessa forma, um caráter interdisciplinar. Além disso, o Pólo de Capacitação, desenvolvido pelas Universidades, proporcionou

⁶³ A Universidade de Toronto colaborou na afirmação do programa através do “[...] oferecimento e adaptação de algumas ferramentas assistenciais originárias do *Canadian College of Physicians*, bem como com a capacitação das primeiras equipes”. (GOULART, 2002, p.180).

a instalação assessorada das ESF no Estado e se constituiu como um grande fórum de discussões e condução do Programa. (BARROS, 2003).

Outro fato a ser evidenciado é que as mudanças ocorridas no modelo de atenção à saúde também proporcionaram modificações nas instituições de ensino superior, principalmente no que se refere à alteração dos currículos de alguns cursos – tendo como objetivo a formação de profissionais aptos para atuarem na saúde da família. Assim, algumas dessas modificações foram:

- novo currículo do curso de enfermagem da UEL, com ênfase na saúde da família;
- estágios extra-curriculares em unidades Básicas de Saúde UEL/UEM;
- inserção do tema Saúde da família em diversas disciplinas dos cursos de enfermagem e medicina da UEL, UEM, UFPR, UNIOESTE e do Curso de Serviço Social da UEPG;
- discussão sobre o currículo de Medicina UFPR;
- participação de representantes do Pólo nas reuniões mensais da CIB (Comissão Intergestora Bipartite)⁶⁴, apresentando sempre que necessário as atividades em desenvolvimento;
- participação e elaboração de protocolos de ações básicas para as equipes do PSF. (BARROS, 2003, p.170).

Podemos, assim, perceber a importância das universidades na construção da proposta do PSF no Estado, bem como na efetivação do mesmo, contribuindo para a solidificação de um novo modelo de saúde e também para a inserção de profissionais de diversas áreas nesse universo, o que, ao nosso ver, possibilita a ampliação das ações e, conseqüentemente, o alcance de resultados positivos.

A Secretaria Estadual de Saúde tem como incumbência a sensibilização e o estímulo dos municípios do Estado para a implantação do PSF, como uma das práticas a serem adotadas, visando a reorganização do modelo de assistência à saúde. Também, torna-se atribuição dessa Secretaria o assessoramento, o acompanhamento e a avaliação da implantação e execução do Programa; além

⁶⁴ A Comissão Intergestora Bipartite formada por representantes das Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

disso, o governo estadual deve promover, em parceria com o Ministério da Saúde, a capacitação de novas equipes e a educação continuada das já atuantes.⁶⁵

Até o ano de 2004, o PSF era responsável por atender 4.077.340 pessoas no Estado, representando um total de 40,7% da população paranaense. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2005 a cobertura da população era de 39,82%, um pouco abaixo do ano anterior.⁶⁶

Buscaremos, no próximo capítulo, identificar o nosso universo da pesquisa, ou seja, o PSF em Ponta Grossa – apresentando seu processo histórico de construção e suas características – bem como, procederemos a análise dos dados coletados.

⁶⁵ Para saber mais informações sobre o PSF no Paraná, acessar a página: <http://www.saude.pr.gov.br>

⁶⁶ Fonte DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/pacto2005/pr.htm> - acesso: 10/02/2006.

CAPÍTULO IV

A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SEU ENFRENTAMENTO PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

1 O PSF NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA⁶⁷

O Programa Saúde da Família foi implantado no Município de Ponta Grossa, no ano de 2001, momento em que uma nova gestão governamental instalava-se na cidade. Nessa gestão, profissionais ligados à área da saúde e que participavam do programa de Mestrado em Saúde Pública, na Universidade Estadual de Ponta Grossa, foram chamados a participar das discussões sobre a redefinição do sistema de saúde local, sendo, estes profissionais, incorporados à Secretaria de Saúde.

Segundo informações fornecidas por um profissional que atuava no programa naquele período, a reorganização era necessária, pois a estrutura organizacional e técnica da área da saúde, presente até então no Município, não correspondia às necessidades da população. A grande maioria dos profissionais de medicina eram contratados para prestar um número determinado de consultas, o que ocasionava o desenvolvimento de consultas relâmpago, sendo que suas conseqüências eram sentidas no sistema de saúde do município; por outro lado, as unidades de saúde haviam sido implantadas sem terem sido levados em conta os critérios epidemiológicos, além de que se encontravam sucateadas e sem os materiais necessários para o desenvolvimento de um trabalho eficaz frente às necessidades da população.

⁶⁷ As informações sobre o processo de implantação do PSF no município têm por base, principalmente, os relatos de um dos profissionais que atuava no Programa, obtidos através de uma entrevista exploratória, realizada em dezembro de 2004.

Para reverter este quadro, a estratégia lançada foi a de Saúde da Família. Em princípio, o objetivo era implantar 25 ESF no bairro de Uvaranas e, posteriormente, implantar outras equipes nos demais bairros da cidade. Houve um planejamento prévio das ações, um levantamento da realidade apresentada pelas comunidades do Município, que considerou fatores como: patologias crônicas, condições ambientais, nível socioeconômico da população, estrutura que esta tinha e que determinava a qualidade de vida, bem com capacidade de organização da população. Assim, estes indicadores, aliados ao contingente populacional e à estrutura física das unidades de saúde, se constituíram como elementos decisivos para a escolha das primeiras comunidades a receberem o PSF.

Contudo, a meta inicial não pode ser cumprida, pois o concurso público, realizado para a contratação de médicos, não conseguiu o número esperado de profissionais, apenas três puderam assumir o cargo; por esse motivo, a meta inicial foi reduzida à implantação de três equipes.

Sendo assim, o PSF passou a ser desenvolvido em Ponta Grossa através das equipes implantadas, em 06 de junho de 2001, nas localidades do Parque Tarobá, da Vila Borsato e da Vila Santana.⁶⁸ Durante os anos que se seguiram, até o final daquela gestão (em 2004), o Município recebeu mais 20 ESF, sendo que a implantação se deu da seguinte maneira:

- Em 2002, foram implantadas 11 ESF, estando alocadas nas seguintes localidades: Parque Castanheira – passando a atuar junto com a equipe do Núcleo Borsato; Vila São Francisco – passando a atuar com a equipe do Parque Tarobá; Vila Rio Verde;

⁶⁸ Estas localidades possuíam características comuns, tais como: a inadequação dos serviços de saúde disponíveis à população, que tinha que buscar atendimento em outras localidades – principalmente nas instituições de saúde localizadas no centro da cidade; as condições socioeconômicas da população, onde os níveis de desemprego, a incidência de trabalhos informais, a baixa escolaridade, os altos índices de alcoolismo, drogadição e violência, entre outros elementos; e também, os indicadores de saúde que se mostravam bastante desfavoráveis.

Vila Santo Antônio; Vila Rubini; Vila Claudionora; Núcleo Santa Mônica; Bairro Palmeirinha; Bairro da Ronda; Jardim Esplanada, e Distrito de Itaiacoca – abrangendo Mato Queimado, Cerrado Grande e Biscaia (primeira ESF implantada no meio rural);

- Em 2003, uma equipe foi implantada no Bairro da Ronda, passando a atuar com outra já existente neste bairro;
- Em 2004, outras 8 ESF foram implantadas, sendo que cinco dessas equipes foram incorporadas a USF já existentes no Bairro da Palmeirinha, no Jardim Esplanada, na Vila Rio Verde, na Vila Rubini e na Vila Claudionora. As demais foram localizadas na Vila Guairá, na Vila Cipa, e no Bairro Santa Lúcia.

Um dos grandes avanços apresentados pelo PSF em Ponta Grossa foi a constituição de suas equipes, as quais, além dos profissionais previstos pelo Ministério da Saúde, incorporaram outros profissionais. Assim, as ESF eram compostas por: 1 médico, 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem, 1 assistente social (para cada duas equipes), 1 farmacêutico (para cada duas equipes) e de 6 a 8 agentes comunitários de saúde. Também foram implantadas Equipe de Saúde Bucal, composta por 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário (ACD) e 1 técnico em higiene dental (THD) – 1 Equipe de Saúde Bucal para cada duas ESF.

Consideramos que a complementação da ESF com outros profissionais abre espaço para a ampliação da atenção e das ações em saúde, possibilitando uma aproximação maior com os aspectos que envolvem a relação saúde/doença – não apenas biológicos, mas também ambientais, sociais e econômicos – e, assim, com resultados positivos tanto na intercessão junto aos agravos à saúde quanto na prevenção destes e na promoção de uma qualidade de vida saudável.

Vale ressaltar que, em 2001, o Programa atendia 3.267 famílias; eram 12.429 pessoas, isto é 4,45% da população de Ponta Grossa. No ano de 2004, o número de famílias cadastradas era de 31.525 famílias, perfazendo um total de 119.368 pessoas, ou seja, 33,35% da população do Município. Das pessoas atendidas, 48.023 possuíam de 0 a 19 anos, 62.048 possuíam de 20 a 59 anos e 9.297 possuíam mais de 60 anos.⁶⁹

Entre os problemas presentes nas famílias atendidas por estas equipes naquele período, o profissional entrevistado relatou que estava a violência, incluindo a violência contra crianças e adolescentes ocorridas no âmbito familiar. Segundo este profissional, a violência familiar contra crianças e adolescentes era uma realidade com a qual constantemente os profissionais das ESF se deparavam, revelando-se, então, como *“uma questão bastante delicada e com que as equipes convivem bastante”*.

Além disso, este profissional nos relatou que, diante dessa problemática, os profissionais encontravam muitos problemas para desenvolver suas ações, pois muitas vezes se *“tem uma demanda, esta demanda é percebida e [...] muitas vezes não tem fluxo para encaminhamento adequado; então, esse é um problema que a gente enfrenta aqui em Ponta Grossa. Você não tem uma estrutura que te dê suporte e é isso que é a questão fundamental, porque, muitas vezes, o profissional detecta, atende, mas não tem muito como intervir; sem isso, sua capacidade resolutiva fica muito debilitada”*.

Sendo assim, uma das maiores dificuldades enfrentadas pelas ESF na intervenção dos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes era a limitação que se estabelece devido à falta de uma estrutura que garantisse o

⁶⁹ Dados obtidos através do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), fornecido pelo setor do PSF, da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa.

atendimento integral das crianças e adolescentes vitimizadas e também de suas famílias. Nesse sentido, mesmo intervindo nos casos constatados, os profissionais se restringiam aos atendimentos possíveis de serem desenvolvidos no nível de atenção de que participavam, sendo que, quando os casos apresentavam certa gravidade e necessidade de encaminhamento especializado, estes profissionais não possuíam instituições de referência para encaminhá-los.

Ainda segundo o referido profissional durante a gestão em que foi implantado o PSF, outra questão que dificultava o atendimento dos casos dessa forma de violência era o fato da problemática se constituir como algo novo na atuação dos profissionais dessas ESF e, por isso, muitos desses profissionais não estavam preparados para atuar frente aos casos constatados. E ele complementa: *“acho que essa sensibilidade que o profissional deve ter na hora de estar entrevistando seu paciente, acho que eles ainda não têm muita habilidade, o que se faz num processo de treinamento, de troca”*.

Da mesma forma, este profissional relatou que no treinamento realizado com os profissionais das ESF, chamado introdutório, em princípio não era abordado especificamente este problema. Porém, no período de implantação do PSF no Município, o conteúdo passado nesse treinamento foi repensado, a *“grade foi remodelada, bem como o conteúdo programático do treinamento”*, passando a abordar, então, o problema.

O profissional apontou também a importância da educação continuada, onde os profissionais, nas próprias Unidades de Saúde poderiam estar desenvolvendo um processo de educação. Nesse sentido, as equipes poderiam, dentro da própria Unidade de Saúde, estar se preparando e discutindo assuntos que faziam parte da

realidade das famílias atendidas e assim estar construindo conhecimento e ações capazes de interferir nessa realidade.

As equipes atuantes buscavam, então, conhecer a realidade das comunidades e diagnosticar os principais problemas presentes nelas, para, então, formar as linhas de ação. A partir do reconhecimento dessa realidade, diferentes ações foram desenvolvidas pelas equipes, tais como: formação de grupos de hipertensos, diabéticos, de gestantes, formação de clubes de mães, realização de mutirões nas comunidades, eventos de promoção à saúde e prevenção de doenças. Também foi a partir desse processo que as ESF buscaram desenvolver a educação continuada. Partindo de sua realidade, os assuntos eram discutidos nas reuniões realizadas pelas equipes, onde profissionais eram convidados – pelo setor da Prefeitura responsável pelo Programa ou pelas próprias equipes – para discutir, junto com as equipes, os problemas encontrados nas comunidades.

O PSF também buscou desenvolver trabalhos intersetoriais, através de parcerias com outros setores governamentais – educação, esportes, assistência social –, com a Universidade Estadual de Ponta Grossa – através de diversos departamentos e setores – e com instituições da sociedade civil, como associações de moradores, Pastoral da Criança, organizações não-governamentais, entre outras. Através dessas parcerias, foram criados ações e projetos que buscavam atender as necessidades das comunidades, tais como: educação sexual, formação dos Conselhos Locais de Saúde, atenção à saúde da criança, trabalhos a serem realizados com usuários de drogas, entre outras.

Além disso, foram realizados pelo PSF, em 2004, atendimentos em várias áreas, sendo que 9.343 estavam relacionados à puericultura, 7.704 se referiam ao atendimento pré-natal, 952 foram atendimentos de DST/AIDS, 14.376 foram

relativos a casos de diabetes, 33.957 estavam relacionados a hipertensão arterial, 240 a hanseníase e 44 atendimentos a casos de tuberculose.

As equipes também solicitaram exames complementares relacionados a patologias clínicas (18.375), radiodiagnóstico (3.355), ultrassonografia obstétrica (1.161) e outros exames (1.947); e realizaram encaminhamentos para atendimento especializado (6.301), internação hospitalar (266) e urgência/emergência (944).

Entre os procedimentos realizados pelas ESF, podemos destacar os atendimentos dos grupos de educação em saúde (voltados aos grupos de diabéticos e hipertensos - 3.751), procedimentos coletivos (7.284), reuniões das equipes (704) e visitas domiciliares (262.476). As visitas foram realizadas em 0,58% com a presença do médico, em 0,81% com presença do enfermeiro, em 0,44% com a presença de outros profissionais de nível superior (farmacêutico, assistente social, dentista), em 1,86% com a presença de auxiliar de enfermagem e em 96,31% com a presença de ACS.⁷⁰

Tomando por base as ações desenvolvidas pelo PSF, o profissional entrevistado afirmou que os resultados da implantação do Programa no Município já podiam ser percebidos, pois, através das ações desenvolvidas pelas ESF, houve melhorias nos índices de saúde da população.

Em 2005, com a mudança de gestão, o PSF passou por algumas alterações. Houve, logo no início dessa gestão, um concurso para a contratação de novos ACS, sendo que o quadro desses profissionais foi totalmente renovado.

Outro fator de bastante destaque foi a limitação do quadro de profissionais das ESF à formação mínima, ou seja, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. Os profissionais que estavam incorporados às equipes, muito embora ainda

⁷⁰ Os dados de produção do PSF no ano de 2005 não nos foram repassados pela Secretaria de Saúde.

desenvolvam ações nas comunidades atendidas pelo PSF, foram desligados oficialmente das mesmas, como é o caso de profissional de Serviço Social – que, mesmo não fazendo parte da equipe, continua a desenvolver ações nas unidades de saúde; porém, cada profissional está vinculado a mais de uma unidade, a várias equipes e, conseqüentemente, a um universo muito maior de pessoas a atender. Outro profissional que também já não pertence mais oficialmente às ESF é o da área da Farmácia.

Nesse ano de 2005, a Secretaria de Saúde formou mais 6 equipes, uma equipe implantada no Parque Tarobá, uma equipe implantada na Vila Santo Antônio, uma equipe implantada na Vila Cipa e uma equipe implantada na Vila Santana; e duas equipes implantadas na Vila Princesa.

Atualmente, o Município conta com 15 USF e 29 ESF, das quais 28 estão localizadas no meio urbano e apenas uma no meio rural. A distribuição das unidades e equipes se apresenta da seguinte maneira:

TABELA 1 – Unidades de Saúde da Família no Município de Ponta Grossa, número de equipes e área de abrangência – 2006.

Unidades de Saúde da Família	Número de Equipes alocadas	Área de Abrangência
Horácio Droppa	2	Núcleo Borsato, Vila Neri, Jardim Pantagrossense, São Marcos, Parque Castanheira, Quero-Quero, Jardim Centenário, Cinto Verde.
Nilton Luiz de Castro	3	Parque Tarobá, Núcleo Pimentel, Jardim Sâmará, Vila Berta, Vila São Francisco, Vila Morumbi e Jardim Progresso.
César Milléo	2	Vila Odete, Vila Vicentina, Vila Santana, Jardim Barreto, Jardim Esperança e Vila São Gabriel.
Antero de Mello	2	Núcleo Rio Verde, Núcleo Pitangui, Condomínio Real I e II, Condomínio do Ofício I e II.
Adilson Baggio	2	Vila Santo Antônio, Jardim Maracanã, Vila Lina.
Cleon de Macedo	2	Vila Ribini, Jardim Paraíso, Jardim Primavera.
Silas Sallem	2	Vila Claudionora, Vila Deise, Jockey Clube, Jardim Brasil,

Vila Francelina.		
Antônio H. de Miranda	1	Bairro Santa Mônica e Vila Tânia Mara.
Adam Polan	2	Palmeirinha, Campo do Fubá, Vila Isabel.
Roberto de Jesus Portela	2	Vila Peixoto, Moisés Lerner, Antunes Duarte, Vila XV, Parque Auto Estrada e Núcleo Luiz Gonzaga.
José da Silva Ribeiro	2	Jardim Esplanada, Jardim Monte Claro, Vila Leila Maria.
Mato Queimado	1	Distrito de Itaiacoca.
Otoniel Pimentel dos Santos	2	Vila Cipa.
Aluizio Grochoski	1	Vila Guaíra, Vila Taques, Jardim Central, Vila Brasília.
Eugênio José Bocchi	1	Santa Lúcia e parte da Vila Baraúna.
Madre Josefa Stenmans	2	Vila Princesa, Vila Clóris, Vila Rio Branco, Vila Coronel Cláudio.

Até o final de 2005, o PSF tinha cadastrado 33.802 famílias, o que representava 127.696 pessoas atendidas, sendo que 50.560 pessoas tinham entre 0 e 19 anos, 66.894 pessoas tinham entre 20 e 59 anos, e 10.242 pessoas estavam acima dos 60 anos. A cobertura pelo Programa era de 35% da população pontagrossense.⁷¹

As famílias atendidas no ano de 2005, possuíam as seguintes características socioeconômicas e sanitárias: 92,87% tinham crianças de 7 a 14 anos na escola; 94,37% tinham pessoas acima de 15 anos alfabetizadas; 59,72% viviam em casas de tijolo/adobe; 96,73% tinham a rede pública como forma de abastecimento de água; 98,16% possuíam rede elétrica de iluminação; 45,49% utilizavam o sistema de esgoto público; e 96,80% tinham como destino do lixo a coleta pública.⁷²

⁷¹ Dados obtidos através do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), fornecido pelo setor do PSF, da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa.

⁷² Dados obtidos através do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), fornecido pelo setor do PSF, da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa.

Através da pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO-UEPG), no ano de 2004, denominada “Avaliação da satisfação do usuário em relação à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Ponta Grossa-PR”⁷³, foi possível elencar alguns elementos que caracterizam a população atendida pelo PSF no Município.

Entre esses elementos a pesquisa constatou que 27,6% dos entrevistados residiam nas comunidades há menos de três anos e que 70% pertenciam a estas comunidades há mais tempo (11,8% há mais de 25 anos); desta amostra, 70,8% das pessoas faziam parte da população atendidas pelas USF há mais de três anos. Em se tratando da renda familiar, 65,5% possuíam entre menos de um salário mínimo e três salários mínimos (desses, 19,8% possuíam menos de um salário, 30,0% entre um e dois salários e 15,7% entre dois e três salários), revelando um nível de renda baixo.

Com relação aos arranjos familiares, 7,7% dos entrevistados pertenciam a famílias monoparentais⁷⁴ chefiada por mulheres, 51,4% pertenciam a famílias nucleares (formadas por pai, mãe e filhos) e 23,2% pertenciam a famílias ampliadas (pai, mãe, filhos e outros membros). Sobre o número de pessoas por família, 51,3% possuíam entre 4 e 8 pessoas e 43,7% entre 1 e 3 pessoas.

Os dados revelados na pesquisa (embora esta pesquisa tenha sido realizada com apenas algumas comunidades) nos possibilitam reconhecer algumas características das famílias atendidas pelo PSF em Ponta Grossa até o momento de sua realização, ou seja, em 2004. Acreditamos, ainda, que estas características continuam a configurar grande parte das famílias atendidas pelo PSF no contexto atual, haja vista que os elementos apresentados na pesquisa revelam características

⁷³ A pesquisa foi realizada com sete Unidades de Saúde da Família, onde foram entrevistados 391 usuários.

⁷⁴ Esta forma de família caracteriza-se como chefiada por pai ou mãe com a presença de filhos.

socioeconômicas que se configuram através de aspectos estruturais e conjunturais – tais como arranjos familiares e situação econômica.

2 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Para que pudéssemos nos aproximar da realidade da violência contra crianças e adolescentes ocorrida no meio familiar, nas famílias atendidas pelas Equipes de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa, e para visualizar a atuação dos profissionais dessas equipes em relação ao fenômeno estudado, optamos, como já exposto no início deste trabalho, por primeiramente ouvir profissionais de Equipes da Saúde da Família, através de um questionário semi-estruturado, ou seja, com perguntas abertas e fechadas.

Foram escolhidas 15 (quinze) Equipes de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa, número total de equipes existentes no Município até o início do ano de 2004.⁷⁵ Essas equipes já se encontravam inseridas na realidade das famílias atendidas pelo Programa Saúde da Família havia, no mínimo, seis meses, e por isso, acreditamos que conheciam essa realidade, bem como poderiam ter tido experiências de atender casos de violência familiar.

Assim, tendo em vista a característica multidisciplinar e a proposta interdisciplinar do trabalho dessas equipes, bem como sua proximidade com as famílias atendidas, buscamos aplicar o questionário com cada profissional que fazia parte dessas equipes. Segundo informações fornecidas pelo Programa Saúde da Família do Município, eles compreendiam 214 profissionais, a saber: 18 médicos, 13

⁷⁵ O número de Equipes de Saúde da Família, ao final desse mesmo ano era de 23. Porém optamos por não acrescentar as demais Equipes por serem estas recém formadas e, dessa forma, por estarem ainda construindo a aproximação com as famílias de sua responsabilidade e reconhecendo a realidade das mesmas.

enfermeiros, 41 auxiliares de enfermagem, 08 assistentes sociais, 07 farmacêuticos, 07 dentistas, 07 atendentes de consultório dentário (ACD), 07 técnicos em higiene dental (THD) e 106 agentes comunitários de saúde (ACS).

Acreditamos, ainda, que a participação de cada profissional, individualmente, teria o potencial de revelar seu conhecimento a respeito do problema e as ações desenvolvidas por ele; poderia, também, trazer informações significativas sobre o nível de proximidade da equipe como um todo, na atuação junto aos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridos no meio familiar.

Essa fase da coleta dos dados de nossa pesquisa foi desenvolvida durante os meses de janeiro a novembro do ano de 2004 e, de forma geral, podemos destacar que todas as 15 equipes abordadas se colocaram à disposição para participar e que 66,8% (143) dos profissionais responderam ao questionário. Dados obtidos nos questionários serão utilizados na análise, expostos através de gráficos segundo as respostas das categorias profissionais e segundo as respostas das equipes (onde os gráficos serão identificados com a letra E, numeradas conforme a ordem de abordagem das equipes, ou seja, E1, E2, E3, E15).

A partir das informações obtidas no questionário, selecionamos duas equipes para participar da segunda fase da coleta de dados, ou seja, da entrevista. O critério de escolha dessas equipes foi o de maior número de profissionais da equipe que responderam ao questionário, bem como o de apresentação dos maiores números de respostas afirmativas aos itens a seguir:

- número de profissionais que responderam considerar importante a intervenção das Equipes de Saúde da Família nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes;

- número de profissionais que responderam que a violência dessa natureza traz dano à saúde das vítimas;
- número de profissionais que afirmaram conhecer casos dessa forma de violência nas famílias atendidas;
- número de profissionais que afirmaram que a equipe em que atuam intervém nos casos constatados;
- número de profissionais que afirmaram que as equipes onde atuam acompanham os casos de violência familiar contra crianças e adolescentes;
- número de profissionais que afirmaram que as equipes onde atuam realizam trabalhos de prevenção frente ao fenômeno.

Além disso, foi considerada também a disponibilidade dos profissionais para participar da entrevista.

Com estes critérios, buscamos identificar as equipes mais avançadas no que se refere à intervenção nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes no Município de Ponta Grossa.

Após serem selecionadas as equipes, iniciamos as entrevistas, que ocorreram nos meses de dezembro de 2004 e janeiro de 2005. Participaram das entrevistas, 32 profissionais, sendo 15 profissionais da equipe que denominaremos **Ea** e 17 profissionais da equipe que denominaremos **Eb**. Apenas um profissional não participou da entrevista – o profissional técnico em higiene dental (TDH) da **Equipe a** – pois se encontrava licenciado das atividades funcionais.

Para a identificação dos sujeitos na análise, utilizaremos a(s) letra(s) inicial(is) de sua profissão (M=médico, E=enfermeiro, AE=auxiliar de enfermagem, AS=assistente social, F=farmacêutico, ACS=agente comunitário de saúde, D=dentista, THD=técnico em higiene dental, e ACD=assistente de consultório

dentário), e nos casos de mais de um profissional por equipe (por exemplo, ACS1, ACS2, AE1, AE2), os elencaremos por ordem numérica.

Dessa forma, uma das equipes será reconhecida pelas siglas: **M-Ea; E-Ea; AE1-Ea; AE2-Ea; F-Ea; AS-Ea; D-Ea; ACD-Ea; ACS1-Ea; ACS2-Ea; ACS3-Ea; ACS4-Ea; ACS5-Ea; ACS6-Ea; e ACS7-Ea**. A outra equipe será reconhecida pelas siglas: **M-Eb; E-Eb; AE1-Eb; AE2-Eb; AE3-Eb; F-Eb; AS-Eb; D-Eb; ACD-Eb; THD-Eb; ACS1-Eb; ACS2-Eb; ACS3-Eb; ACS4-Eb; ACS5-Eb; ACS6-Eb; e ACS7-Eb**.

Tendo apresentado as características de nossa coleta de dados, seguimos com a análise dos mesmos. Buscaremos, no decorrer da análise, destacar os principais relatos dos profissionais entrevistados e, a eles, unir os elementos mais significativos apresentados pelos profissionais e pelas equipes no questionário.

3 RESPOSTAS DA REALIDADE: CENAS IDENTIFICADAS NO CENÁRIO PESQUISADO

Ao iniciarmos nossa pesquisa exploratória, perguntamos, através dos questionários aplicados aos profissionais das Equipes de Saúde da Família se a violência familiar causa danos à saúde das crianças e adolescentes vitimizadas. O resultado obtido pode ser observado no gráfico a seguir:

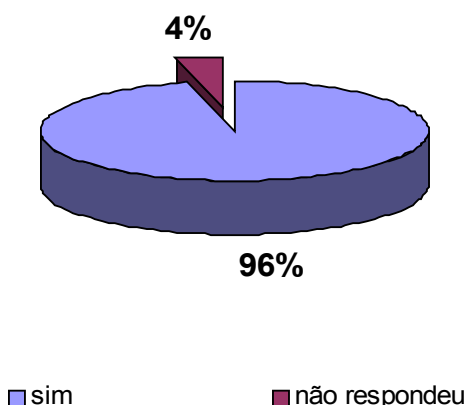


GRÁFICO 1 – Relação entre a Violência Familiar e danos à saúde das crianças e dos adolescentes.

Ficou constatado que a grande maioria dos profissionais, ou seja, 96% destes, responderam afirmativamente, revelando compreender que a violência familiar contra crianças e adolescentes causa, sim, danos à saúde desses sujeitos, confirmando o pressuposto de que essa categoria de violência apresenta-se para a área da saúde como fenômeno de necessária intervenção, sendo reconhecida pelo Ministério da Saúde "[...] como um problema de saúde pública relevante e um desafio para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS)". (BRASIL, 2001, p.05). Não houve nenhuma resposta que negasse a possibilidade desses danos; os 4% restantes são representados pelos profissionais que não responderam a questão.

Partindo dessa afirmativa, buscaremos na sequência de nosso trabalho, abordar os principais elementos destacados pelos profissionais no que se refere a problemática violência familiar contra crianças e adolescentes, bem como sobre o enfrentamento da mesma pelo Programa Saúde da Família.

3.1 CONCEPÇÃO DE VIOLÊNCIA FAMILIAR

3.1.1 Universo da violência

Atuar frente aos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes torna-se um desafio constante para os profissionais ligados, direta ou indiretamente, à área da infância e adolescência, entre eles os profissionais atuantes na área da saúde.

Ao perguntarmos aos profissionais das ESF entrevistados, o que representa a violência familiar contra crianças e adolescentes, tivemos respostas que revelam que ela representa “*a violência realizada dentro da família, na própria família*” **(ACS5-Eb)**; que se configura quando “*uma criança sofre agressão da família*” **(M-Ea)**; “*quando alguém da família pratica algum tipo de violência contra uma criança ou adolescente da mesma família*” **(F-Ea)**.

E nesse sentido é importante lembrar Saffioti (1997), quando observa que o grupo familiar, tanto pode ser percebido como os parentes que convivem em um mesmo domicílio, quanto como as pessoas que possuem parentesco, mas que não dividem um mesmo local de moradia. A partir desse entendimento, nessa categoria de violência, os agressores podem ser tanto as pessoas que no dia-a-dia dividem o mesmo ambiente físico, como aquelas que não dividem o mesmo domicílio, porém, que possuem uma convivência próxima e, na maioria das vezes, cotidiana, com as vítimas.

Vale ressaltar ainda que a construção de normas e de valores e as experiências vividas nesse meio influenciam decisivamente na formação de seus membros e na forma como estes estabelecerão suas relações familiares e sociais

futuras, pois, durante várias gerações “[...] as pessoas repetem os modelos de relações sociais que aprenderam ao longo da vida”. (SAFFIOTI, 2000, p.51-52).

Assim, as experiências de violência vividas no meio familiar podem ser reproduzidas durante gerações, propagando um ciclo de violência. É em virtude desse fato que a violência familiar contra crianças e adolescentes é considerada um fenômeno de probabilidade reprodutiva, ou seja, um indivíduo que conviveu com a violência em sua família pode, por vários motivos – entre eles por acreditar que a violência representa uma forma eficaz de resolver conflitos ou por não conseguir encontrar outros caminhos a não ser o da violência –, reproduzi-la, de diversas formas, em suas relações sociais.

Podemos perceber também na fala de alguns profissionais que estes destacam o domicílio enquanto local de desencadeamento das ações violentas, pois identificam a violência familiar contra crianças e adolescentes como os “*maus-tratos na casa*” (**ACS7-Ea**); como “*toda violência que esteja acontecendo em uma casa*” (**ACS3-Eb**). Além disso, destacam casos em que “*uma pessoa da família tenta estuprar uma criança dentro de casa*” (**AE1-Eb**).

Isso é confirmado por outros profissionais quando apontam que essa forma de violência configura-se como os “*maus-tratos dos filhos pelos pais dentro de casa*” (**ACS6-Eb**), como a violência desencadeada pelo “*pai, mãe, alguém que more na casa*” (**F-Ea**).

A gravidade dessa configuração do espaço físico doméstico como palco da violência apresenta-se principalmente porque o domicílio, enquanto espaço de convivência familiar, representa, para muitas pessoas, um lugar seguro, um refúgio

dos problemas presentes no meio social, entre eles as diversas expressões de violência que, de alguma forma, interferem em suas relações sociais mais amplas.

É no domicílio que, em princípio, estariam as pessoas que garantiriam essa segurança, sendo esses seus familiares. Entretanto, esse espaço, ao representar o *locus* onde se desencadeia a violência, ao invés de libertar, aprisiona os membros da família em uma realidade longe da idealizada, principalmente as crianças e os adolescentes que são as principais vítimas dessa forma de violência.

Conforme Saffioti (1997, p.44), ainda que os parentes “[...] não precisem necessariamente viver no mesmo domicílio para que se caracterize a violência em família, a probabilidade de ocorrências violentas é maior quando eles habitam sob o mesmo teto”.

Os limites impostos nesse espaço, para que se anuvie a violência, vão muito além das paredes e dos muros, pois se cristalizam em barreiras simbólicas, como afirma Saffioti (1997). Assim, o domicílio representa o espaço físico e simbólico, que pode limitar e aprisionar as ações ou reações das vítimas e dos demais membros da família frente aos casos de violência, bem como limitar o contato dos mesmos com pessoas que, fora desse ambiente, poderiam intervir na problemática.

Ao nos remetermos aos limites físicos e simbólicos do domicílio e da família de forma geral, nos aproximamos de uma realidade onde o silêncio diante de casos de violência torna-se uma constante. Nesse sentido, **ACS4-Eb** reconhece a violência familiar contra crianças e adolescentes como a forma de violência que *“muitas vezes acontece em silêncio”*.

A esse comportamento que leva as pessoas a se calarem frente a atos violentos de que tomam conhecimento dá-se o nome de pacto de silêncio. A vítima e/ou seus familiares, assim como, em um grande número de casos, pessoas que

estão fora desse convívio (vizinhos e profissionais), diante da violência se calam, ou por tentar proteger o agressor, ou por buscar ocultar a identidade da vítima, ou ainda por medo das conseqüências que possam desencadear a exposição dos casos de violência (principalmente as conseqüências que podem recair sobre quem denuncia).

O silêncio frente aos casos de violência familiar torna-se “[...] um ponto de apoio importante para a continuidade dos maus-tratos, da agressividade exacerbada, das transgressões, dos abusos de poder [...]” (RICOTTA, 2002, p.39) e de todas as formas de violência presentes no ambiente familiar.

No entanto, ao manterem-se em silêncio frente a um caso de violência aplicada contra crianças e adolescentes no ambiente familiar, os expectadores compactuam com o agressor, legitimando os atos de violência e reforçando o abuso de poder do adulto sobre a criança e o adolescente.

A relação estabelecida entre os adultos e as crianças/adolescentes e os valores culturais que legitimam a característica adultocêntrica e autoritária de nossa sociedade também incidem diretamente sobre a forma como a violência se realiza. Ou seja, esses valores culturais presentes em nossa sociedade favorecem “[...] o poder do adulto sobre a criança e o adolescente, transformando-os em ‘coisas’ destituídas de necessidades, desejos, direitos essenciais e tornando-os depositários dos desejos, expectativas e paixões dos adultos”. (MATTOS, 2002, p.126).

Assim, a responsabilidade que os adultos têm sobre a formação das crianças e dos adolescentes, percebida de forma distorcida – influenciada pelo adultocentrismo e pelo autoritarismo – legitima o processo de abuso de poder no meio familiar, viabilizando a percepção desses sujeitos enquanto seres de menor poder e valor social e justificando as ações violentas contra os mesmos.

Em se tratando dos responsáveis pelo desencadeamento da desigualdade e abuso de poder no meio familiar, fatores esses que viabilizam a violência contra crianças e adolescentes nesse meio, podemos afirmar que estes podem ser qualquer adulto da família que tenha ligação com esses sujeitos.

Porém, como já registrado anteriormente, os profissionais **ACS6-Eb** e **F-Ea**, ao destacarem que a violência contra esses segmentos acontece em geral no ambiente domiciliar, registraram também, como principais agentes desses atos, os pais.

A relação estabelecida entre os pais e seus filhos é, sem dúvida alguma, a mais importante para as crianças e os adolescentes no meio familiar, pois a representação que estes dois segmentos aprendem da sociedade a respeito dessa relação é de que eles teriam na figura de seus pais suas principais figuras de amor, de apoio e de aprendizado.

Defende-se socialmente a concepção de que os pais serão as pessoas que amarão seus filhos incondicionalmente, em todos os momentos e por toda a vida; que o papel de pais desperta nos indivíduos um sentimento nato, o de amor por seus filhos. Contudo, Saffioti (2000) entende essa concepção como uma afirmativa errônea, visto que, para a autora uma criança não nasce sabendo amar seus pais, assim como seus pais aprenderão, com a convivência a amá-la, pois o “[...] amor é aprendido”. (SAFFIOTI, 2000, p.55). Isso pode ser percebido no exemplo dado pela autora:

A criança aprende a amar sua mãe por ser esta a pessoa que lhe satisfaz as necessidades. A mãe aprende a gostar da criança, porque a desejou, porque a sente indefesa, porque ela é fruto de uma relação de amor etc. Ou a mãe não aprende a gostar da criança, porque esta tirou-lhe a liberdade de sair, cortou sua carreira, impede-a de dormir, resultou de um ato de violência sexual. (SAFFIOTI, 2000, p.55).

Então, é nessa convivência que pais e filhos passam a se conhecer e a construir seus sentimentos. O mito de amor incondicional, que, na verdade, admite uma obrigatoriedade da existência do sentimento de amor pelos pais, esbarra em como, de fato, esses sujeitos se relacionam e como se percebem no meio familiar.

Cabe ressaltar que a criança e o adolescente, na grande maioria das vezes, buscam alcançar as expectativas expressas por seus pais para que tenham, assim, a aprovação e o amor dos mesmos. No entanto, devemos ter claro que a criança “[...] deseja ser amada, mas não por obrigação. Este ‘amor’ por obrigação, dever de ofício de pai e mãe, não beneficia a criança”. (SAFFIOTI, 2000, p.55).

Em famílias onde a violência contra crianças e adolescentes se faz presente, é na relação entre pais e filhos que mais se destaca o abuso de poder, justificado, principalmente, pelo que a sociedade designa para os pais, isto é, o dever de educar e de proteger seus filhos. Nesse contexto, os pais emergem como agressores, cometendo “[...] desde pequenas ações agressivas até ações extremamente agressivas contra seus filhos [...]”. (FERRARI, 2002, p.41). Assim, o desencadeamento da violência afirma a posição secundária assumida pela criança e pelo adolescente no contexto familiar, estando estes submetidos aos mandos e desmandos de seus pais.

Historicamente o homem tem sido apontado como o principal responsável pela família e, por isso, é reconhecido como a pessoa de maior poder nela, assumindo o papel de autoridade máxima na ordem familiar. Esta posição direciona, na grande maioria das vezes, a relação estabelecida entre pai e filhos e reafirma que “[...] o homem adulto é o mais poderoso, e a criança é destituída de qualquer poder”. (SAFFIOTI, 2000, p.51).

A autoridade paterna, e, muitas vezes, o autoritarismo paterno, mesmo, é constantemente reafirmado à criança e ao adolescente, principalmente através de ameaças lançadas pelos demais membros da família em frases como: “quando seu pai chegar....”. Essas ameaças confirmam o fato de que as punições mais severas são responsabilidade do pai, viabilizando, muitas vezes, um distanciamento entre o pai e seus filhos.

No entanto, esse valor se faz tão presente em nossa sociedade que acaba sendo naturalizado, pois para “[...] a quase totalidade das crianças o pai não é apenas aquele que exerce legitimamente a autoridade, mas também o homem que merece irrestrita confiança, já que sua atuação visa, mesmo quando castiga, o bem dos filhos”. (SAFFIOTI, 2000, p.53).

Em se tratando da mãe, essa assume socialmente o principal papel na educação e na formação dos filhos, ela tem o dever de acompanhá-los próxima e cotidianamente durante seu desenvolvimento, sendo, na maioria das vezes, valorizada pelas vitórias ou responsabilizada pelos erros de seus filhos.

Mesmo tendo, muitas vezes, menos poder do que o homem no núcleo familiar, a mulher, diante de tal incumbência, assume uma parcela de poder sobre os filhos, e para que cumpra sua função de socializar os mesmos, essa parcela de poder pode viabilizar e até mesmo justificar a utilização de certas formas de violência na educação das crianças e dos adolescentes.

De forma geral, tanto o pai quanto a mãe podem cometer atos de violência contra seus filhos, das mais variadas formas, e assim, configurarem-se como agressores desses sujeitos. E na verdade, segundo dados apresentados pelo SIPIA, são estes sujeitos, pai e mãe, os maiores violadores dos direitos das crianças e dos adolescentes. No que se refere aos casos de violação do direito à convivência

familiar e comunitária⁷⁶ (anteriormente abordado em nosso trabalho), a mãe foi destacada em 48,99% dos registros como agente violador e o pai em 44,65% das denúncias assumiu este papel. Quando citada a violação do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade⁷⁷, a mãe representou o agente violador em 44,63% das ocorrências e o pai em 40,54% dos registros.

Ainda a respeito da apreensão dos profissionais entrevistados sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes, o profissional **E-Eb** afirma compreender esse fenômeno como *“qualquer tipo de atitude em que você acue a criança, em que você a coloque numa situação constrangedora, numa situação que a coloque em sofrimento, em risco”*.

Muito se tem discutido, atualmente, sobre as crianças e os adolescentes que se encontram em situação de risco, tanto social quanto pessoal. A situação de risco pode se desencadear no âmbito privado, ou seja, na família, ou em âmbito social, como através de situações de pobreza (ARPINI, 2003) e, de forma geral, representa

[...] a condição de crianças [e de adolescentes] que, por suas circunstâncias de vida, estão expostas à violência, ao uso de drogas e a um conjunto de experiências relacionadas às privações de ordem afetiva, cultural e socioeconômica que desfavorecem o pleno desenvolvimento bio-psico-social. (LESCHER et al, 2004, p.11 – colchetes nossos).

Nesse sentido, ao interferir diretamente e de várias formas na vida das crianças e dos adolescentes, a violência familiar também representa uma das situações que afirmam a condição de risco. Isso porque compromete a formação e o desenvolvimento desses sujeitos – em sua saúde física, em sua saúde psicológica, e também em suas relações familiares e sociais presentes e futuras.

⁷⁶ A violação do direito à convivência familiar e comunitária foi trabalhada no item 3, do Capítulo II.

⁷⁷ A violação do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade foi trabalhada no item 3, do Capítulo II.

Ao identificar esse fato, o profissional nos possibilita refletir sobre a maneira como o fenômeno afeta a vida desses sujeitos, e nesse sentido, como ele limita ou mesmo anula os seus direitos e, conseqüentemente, sua posição de cidadão; dessa forma, o profissional torna-se importante ator na construção de um cenário de necessária e eficaz intervenção por parte das políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente.

Ao discutir a violência familiar contra crianças e adolescentes podemos perceber que alguns profissionais refletem sobre ela destacando a figura da criança como principal vítima da violência dessa natureza. Isso pode ser percebido na fala de **AE3-Eb** ao afirmar que cometer atos de violência é “*maltratar a criança, até porque ela não tem defesa nenhuma*”, pois “*a criança não sabe se defender*”. (**ACD-Ea**).

Como afirmamos em nosso estudo, as crianças, em especial as mais pequenas, são as principais vítimas da violência familiar. A criança estabelece uma relação de dependência com seus familiares, ela depende deles para “[...] crescer, para ganhar sua individualidade”. (FERRARI, 2002, p.23). Assim, torna-se necessário para a criança que o ambiente familiar lhe proporcione não apenas o provimento de suas necessidades básicas de abrigo e alimentação, mas também um espaço de atenção e cuidados, uma vez que as situações vividas na infância poderão exercer influência significativa e até mesmo, em alguns casos, decisivas, na sua vida futura.

A família, via de regra, é um ambiente que assume vital importância para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, onde em princípio se fazem presentes as pessoas em que eles mais poderiam confiar. Por isso, a existência, no

espaço familiar, de relações violentas, cria para esses sujeitos uma realidade complexa, difícil de ser assimilada ou questionada. A criança, por vezes, não compreende os atos de violência como algo ruim para si, porque são aplicados, segundo seu entendimento, por pessoas que a amam e que ela ama; por outro lado, sofre com eles e chega a se desculpar por tentar justificá-los com procedimentos seus que possam ter sido incorretos.

Outro fator que dificulta a defesa da criança frente aos casos de violência é sua estrutura física, frágil, ainda em formação. Sua força física não é compatível com a força de um adulto e, por isso, ela se encontra em desvantagem. Esse fator também pode explicar a ocorrência maior de casos de violência com crianças, visto que os adolescentes já possuem maior força física e podem, assim, se defender da violência, até mesmo intimidando, por vezes, os agressores – muito embora, em grande parte das vezes, a violência dirigida a esses sujeitos seja mais severa.

Acreditamos, ainda, que outro fato que pode explicar a dificuldade de defesa, tanto das crianças como dos adolescentes, frente à violência ocorrida na família, é a dificuldade que os adultos – que não partilham diretamente a realidade familiar por eles vivida – têm em acreditar nos relatos apresentados por esses sujeitos, considerando, muitas vezes, como invenções ou mentiras.

Diante de tal realidade, não podemos deixar de destacar a apreensão do profissional **E-Eb**, anteriormente citado, sobre a consequência dos atos de violência na vida das crianças e dos adolescentes. Destaca, esse profissional, que a violência se configura em atos que diminuem a importância da criança, além colocá-la em situações de constrangimento e sofrimento.

Concordamos com a afirmação do profissional, pois a violência familiar, ao atingir as crianças e os adolescentes, mostra-lhes o lado cruel do espaço que

deveria proporciona-lhes proteção. Nesse sentido, a ambigüidade de sentimentos causa não apenas confusão, mas muito sofrimento para aqueles que partilham essa realidade.

A relação embasada na violência em princípio desconsidera a importância da criança e do adolescente no meio familiar, enquanto sujeitos participantes desse meio, sujeitos capazes de contribuir para a sua construção e o seu desenvolvimento. Certamente, nesse contexto, o sentimento de constrangimento aflora, bem como o sentimento de sofrimento.

Afirmam Azevedo e Guerra (2002, p.68) que esses sujeitos “[...] não podem ser encarados como seres incompletos. Eles têm muitas potencialidades que precisam ser reconhecidas e valorizadas em vez de ignoradas ou ridicularizadas”; além disso, eles “[...] são diferentes dos adultos. Mas, essa diferença não deve ser interpretada como inferioridade e/ou incompetência”. (AZEVEDO; GUERRA, 2002, p.68). Dessa forma, considerar as opiniões e discutir os erros, além de outras atitudes democráticas, demonstram ações que confirmam o real papel das crianças e dos adolescentes na família, sem que seja necessária a utilização da violência.

Assim, **AE2-Eb** ao refletir sobre as punições aplicadas às crianças e aos adolescentes no espaço familiar, aponta que quando “*existe diálogo, não tem necessidade de estar fazendo isso [praticar atos violentos] com os filhos*”. Da mesma forma, **AE1-Ea** acredita que “*a partir do momento que você não pode dialogar normalmente com ela [a criança], que já parte para uma discussão, já tem violência*”.

Através de seus depoimentos, os profissionais nos mostram a importância do diálogo na relação entre adultos e crianças e adolescentes. No entanto, apesar de sua importância, no meio familiar, as crianças e os adolescentes se deparam com

uma grande dificuldade em estabelecer cotidianamente uma relação de diálogo com os adultos. (SCODELARIO, 2002).

Isso ocorre porque ao desempenhar seu papel de educador, o responsável pela criança e pelo adolescente muitas vezes acredita ser mais eficaz “impor-se”, mostrando-lhes seu poder, sua “autoridade”. As decisões familiares são, na grande maioria das vezes, tomadas de forma individual ou com outros adultos, sem que haja um diálogo com as crianças e com os adolescentes, uma real participação desses indivíduos.

Essas atitudes, comuns na maioria das famílias, fortalecem o afastamento entre crianças/adolescentes e adultos, bem como legitimam a importância do adulto no grupo. Além disso, a falta de comunicação, de diálogo entre adultos e crianças e adolescentes abre uma lacuna que conduz à resolução dos conflitos familiares por meio da violência. Assim, uma das características das famílias onde a violência se desencadeia é a falta de diálogo, validando o autoritarismo dos adultos sobre as crianças e os adolescentes.

Por fim, podemos destacar o depoimento de **AE1-Ea**, quando alerta que, no âmbito familiar, *“tudo que ultrapassa a ordem normal das coisas, da casa, já pode gerar violência”*.

Acreditamos que a ordem normal da casa representaria a característica que vínhamos destacando até o presente momento em nosso estudo, a característica de amor e proteção. Nesse sentido, o profissional destaca que os fatores que perturbam essa ordem podem ser considerados como violência. Não se pode ignorar, no entanto, que determinantes sociais não previstos, entre os quais fatores com perda de emprego, morte de um dos progenitores, separação, possam interferir significativamente nesse processo.

Porém, como já vimos, certos fatos e ações presentes na família (como o adultocentrismo, a compreensão do autoritarismo como exercício legítimo da autoridade, e a aplicação de punições consideradas leves como forma de educar crianças e adolescentes) são, ainda, aceitas socialmente e, na grande maioria das vezes, percebidas como naturais e normais. São representações culturais construídas e propagadas historicamente e que ainda permeiam nosso meio social e familiar.

Diante de tal fato, devemos proceder algumas reflexões. O que representa a ordem normal da casa? Faz parte dessa normalidade a crença por parte de pais de que a educação de seus filhos só é possível através de punições, físicas ou psicológicas? Considerar esses sujeitos incapazes de participar das discussões e das decisões familiares é normal?

Percebemos que em grande parte dos casos a condição de normalidade dos atos é questionada apenas quanto agride mais fortemente os valores e normas sociais, e quando se configuram como ações de extrema austeridade.

Acreditamos que as questões levantadas podem trazer à tona certas relações familiares que assumem socialmente formas normais de se viver em um grupo familiar, mas que, contudo, representam, de fato, expressões veladas da violência ocorrida nesse meio, como por exemplo, a utilização de palavras que desqualificam as crianças e os adolescentes e/ou a utilização de punições corporais com fins de educá-los.

3.1.2 As múltiplas faces da violência familiar contra crianças e adolescentes

Ao refletirmos sobre as formas que a violência contra crianças e adolescentes pode assumir no meio familiar, nos deparamos com um aspecto do fenômeno que, muitas vezes, suscita questionamentos e discussões, pois nem sempre as características dessas formas podem ser observadas explicitamente.

Assim, torna-se mais fácil identificar a violência quando ela deixa marcas visíveis, principalmente através da violência física. Essa constatação pode ser percebida na fala do profissional **M-Ea**, ao relatar que em se tratando da violência familiar contra crianças e adolescentes *“a princípio, o que vem a cabeça, é a agressão. Mas hoje, a gente trabalhando com saúde da Família, a gente vê que não é só isso; além da agressão tem a falta de alimentação”*.

Pode-se perceber, na fala do profissional citado, a identificação da violência familiar contra crianças e adolescentes não apenas através do ato, constituindo-se em violência física, mas também da omissão.

Ao utilizar a palavra agressão, mesmo não deixando claro o seu conceito, o profissional acima citado nos possibilita refletir sobre a utilização do termo vinculado à violência física. Segundo Odália (1985), os atos físicos, para grande parte da população, refletem, de imediato, o fenômeno violência, pois, muitas vezes, deixarem marcas evidentes. Devido a esse fato, comumente, a violência é caracterizada como atos físicos.

A violência física também foi a face da violência familiar mais citada pelos profissionais que responderam ao questionário, ou seja, dos 143 profissionais 75 (52,4%) citaram essa forma de violência, conforme podemos identificar no gráfico a seguir:

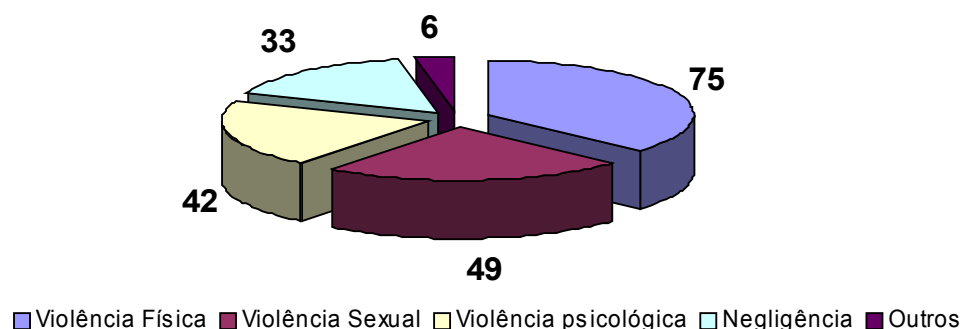


GRÁFICO 2 – Expressões da Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes identificadas pelos profissionais das Equipes de Saúde a Família do Município de Ponta Grossa.

Também na fala da maioria dos profissionais entrevistados, a violência física foi a que se fez mais presente. Para o **ACS7-Eb**, a violência familiar contra crianças e adolescentes é “*a violência de bater, de machucar*”; da mesma forma afirma **THD-Eb**: “*Acho que a violência familiar seria através de espancamento*”. Destacamos ainda a fala de **ACS6-Ea**: “*Entendo que é quando o pai ou a mãe espancam a criança, não batem, espancam*” e, nesse sentido seria, conforme **ACS4-Ea** “*bater realmente no filho, que ele [pai/responsável] deixa marca; de machucar*”.

Podemos perceber que para esses profissionais a violência física representa o emprego da força física através de atos extremos, que deixam marcas visíveis no corpo da criança e do adolescente, que comprometem e põem em risco sua saúde física. Compreender a violência física sob esta ótica parece ser a forma mais comum em nossa sociedade, tendo em vista que as punições físicas consideradas leves continuam sendo aceitas como meio de educar esses sujeitos. Nesse sentido, deixar marcas significa transgredir os limites da punição corporal aceitável, considerada por muitos até mesmo “saudável”.

Além disso, são essas formas de punição – as consideradas severas, que excedem os limites sociais – que legalmente são negadas e combatidas em nossa sociedade. Por isso torna-se mais fácil identificá-las enquanto manifestação da violência familiar.

Podemos confirmar a apreensão do fenômeno nessa perspectiva através da fala de **AE1-Eb**, quando destaca que a violência pode ser representada pelo ato de *“bater na criança por motivos que, às vezes, nem tem necessidade de bater, acaba machucando a criança”*.

Nesses termos, **AE1-Eb** confirma sua percepção sobre a aplicação das punições corporais. Evidencia o fato de que algumas vezes os agressores utilizam a força física em situações que ela não seria necessária e acabam machucando a criança e o adolescente. Contudo, apesar disso, esse profissional não nega a necessidade de, em alguns casos, aplicar punições físicas.

Esse depoimento demonstra, na verdade, o valor cultural de que para se educar os filhos é necessário que eles sejam punidos fisicamente, de forma moderada, pois como afirma **ACS5-Ea** *“as crianças precisam de umas palmadas, só conversa não adianta”*.

Ao afirmar que o diálogo não é suficiente para a educação dos filhos, o profissional destaca que se faz necessário, então, a utilização da palmada para que estes compreendam seus limites e não repitam seus erros.

No entanto, acreditamos que a palmada, enquanto punição física considerada leve, mesmo assim constitui manifestação da violência; isso porque afirma uma situação desigual de poder entre o adulto e a criança e o adolescente. (AZEVEDO; GUERRA, 2002).

Ao contrário do que a grande maioria da população pensa, as punições físicas leves não ensinam às crianças e aos adolescentes os limites; de modo geral os levam a cultivar o medo ao invés do respeito, interferindo, diretamente, nas relações entre adultos e crianças e adolescentes. Além disso, as palmadas constantes se tornam surras⁷⁸ e causam, na grande maioria das vezes, culpa nos pais/responsáveis (ZAGURY, 2001): os pais, após punirem fisicamente seus filhos, se culpam por cometerem tal ato, não sendo incomum identificarmos essa culpa quando eles, logo após empregarem a punição, buscam compensar seus filhos, muitas vezes, com presentes.

As punições severas, como já afirmamos anteriormente, não são atos isolados, pois elas passam por processo de “amadurecimento”, ou seja, iniciam-se com as punições leves, que, aos poucos, ou rapidamente, vão se tornando cada vez mais rigorosas. Nesses termos, um pai, acostumado a aplicar punições físicas como a palmada, pode, em um momento de estresse e/ou de raiva, perder a noção de sua força e transformar essa forma de punição em atos que prejudiquem a integridade física de seu filho, como fraturas, hematomas e até mesmo a morte.

O que de fato podemos constatar na fala desses profissionais é a reprodução dos valores sociais histórica e culturalmente passados durante gerações, e não devidamente refletidos ou questionados.

Segundo **AS-Ea**, a violência em questão pode se expressar através de atos que machucam, como “*bater, esse tipo de coisa*”. Dessa forma, **ACS4-Ea** relata: “*Eu acho que é quando o pai bate*”; **ACS5-Ea** afirma: “*eu acho que bater, essas coisas*”, e **AE2-Eb**, destaca que “*dar uns tapas, isso já é agressão*”.

⁷⁸ SURRA: “ato ou efeito de surrar, de espancar”. Maltrato com pancadas. (FERREIRA, 1995, p.1633).

Para esses profissionais o ato de bater – *lato sensu* – já se configuraria como violência física. Ainda vale ressaltar que para um dos profissionais entrevistados, o tapa⁷⁹ representa uma forma de violência física.

Conforme Azevedo e Guerra (2002, p.03) o ato de bater implica violência física, pois “[...] quem bate, emprega a força física e quem apanha é reduzido à condição de coisa, de objeto, sem direito de protestar ou revidar”. Assim, o que realmente ensina essa forma de punição é que utilizar a força é mais importante que estabelecer o diálogo, transformando essa ação em algo natural, além de ensinar as crianças e aos adolescentes a temer seus pais/responsáveis ao invés de respeitá-los, e a omitir certos fatos que ocorrem em suas vidas, visto que se esses sujeitos contarem algo que desagrade seus pais/responsáveis podem ser punidos fisicamente. (ZAGURY, 2001).

De forma geral, consideramos que a aplicação de punição física por pais ou responsáveis – seja qual for sua intensidade –, configura violência física e, dessa forma, uma expressão da violência familiar contra crianças e adolescentes que deve ser combatida.

Mesmo que a violência física seja a face mais visível e a que primeiramente está associada ao fenômeno da violência, grande parte dos profissionais apontou que ela não se configura como a única. Assim, o **ACS2-Ea** relata: “*A violência é qualquer tipo de agressão, não só física*”, e **F-Ea**, ao refletir sobre o fenômeno, afirma: “*Penso que não só a agressão física*”.

Além desses depoimentos podemos citar outros, de profissionais que possuem a mesma compreensão sobre a questão, como é o caso de **E-Eb** que

⁷⁹ TAPA: "pancada com a mão, forte ou leve, em qualquer parte do corpo". (FERREIRA, 1995, p. 1648). Bofetada: "tapa com a mão espalmada no rosto". (FERREIRA, 1995, p. 268).

afirma que as formas de violência familiar seriam, na verdade, “*qualquer tipo de violência, não só a física*”; de **ACS5-Ea**, quando relata que a violência familiar constitui “*Não só o fato da agressão física*”; de **ACS6-Ea**, segundo o qual as crianças e os adolescentes são vitimizados “*não só com violência física*”; de **ACS4-Eb** e **D-Eb** “*a violência física*” em forma de “*espancamento, queimadura [...]*” [como complementa **ACS4-Eb**]. **E-Ea** afirma: “*Eu não coloco a violência só no sentido físico*”.

O que de fato nos apontam esses depoimentos, que registramos individualmente para mostrar que se repetem até literalmente nas palavras, é que, muito embora as consequências da violência física possam ser mais visíveis, existem outras formas de violência que também fazem parte da realidade das crianças e dos adolescentes no meio familiar.

Portanto, a violência que tem como vítimas crianças e adolescentes, segundo **ACS3-Ea** pode ocorrer de várias formas: “*tanto faz física, psicológica, tudo é violência*”. Assim também concebe **ACS2-Eb**, para o qual a violência pode assumir “*vários tipos, pode ser violência física, pode ser violência psicológica*”; indo, conforme **AE2-Eb**, “*desde uma palavra até um contato maior, uma agressão*”; podendo, no entender de **ACS3-Eb**, “*ser verbal, física ou [de] outras [formas]*”. Para **AE1-Ea**, a violência ocorre quando “*você agride ela [a criança] com palavras ou mesmo batendo; acho que isso já é violência*”.

Conforme **AS-Eb**, a violência é “qualquer forma que prejudique, pode ser psicológica, pode ser física, sexual”; e para **AS-Ea** ela seria “qualquer coisa que venha a agredir física ou psicologicamente a criança”. Segundo o profissional **ACS1-Ea**, a violência familiar contra crianças e adolescentes seria “qualquer tipo de agressão, tanto verbal quanto física. Qualquer coisa que você faça, que não cuide direito, deixe sem comer, todo o tipo de agressão nesse sentido”.

Para **ACS7-Ea** essa forma de violência reflete casos “como pai e mãe que brigam, não cuidam da criança, pai e mãe que bate nos filhos acho que tudo isso é uma violência contra a criança”; além disso, o profissional **F-Eb** relata: “São vários acontecimentos que a gente vivenciou na Unidade, desde a violência sexual, violência por agressão, psicológica”.

Os profissionais evidenciam em suas falas que a violência aqui discutida se configura em diversas formas de ações adotadas pelos adultos frente às crianças e aos adolescentes, podendo ser estas ações o ato verbal, o de bater, até o ato de negligenciar cuidados e carinho. Sendo assim, nos revelam ter conhecimento sobre as múltiplas expressões da violência familiar empregadas contra crianças e adolescentes, bem como a intensidade com que elas podem se manifestar. O conhecimento de tal fato auxilia na identificação de possíveis casos de violência presentes em seu cotidiano de atuação.

Os depoimentos dos profissionais, assim como afirmou **F-Eb**, refletem experiências vivenciadas em sua atuação profissional, uma vez que, conforme poderemos perceber no gráfico que se segue, ao responder ao questionário, a

grande maioria dos profissionais afirmaram que a equipe em que atuam entrevistou em casos de violência durante o ano de 2003.

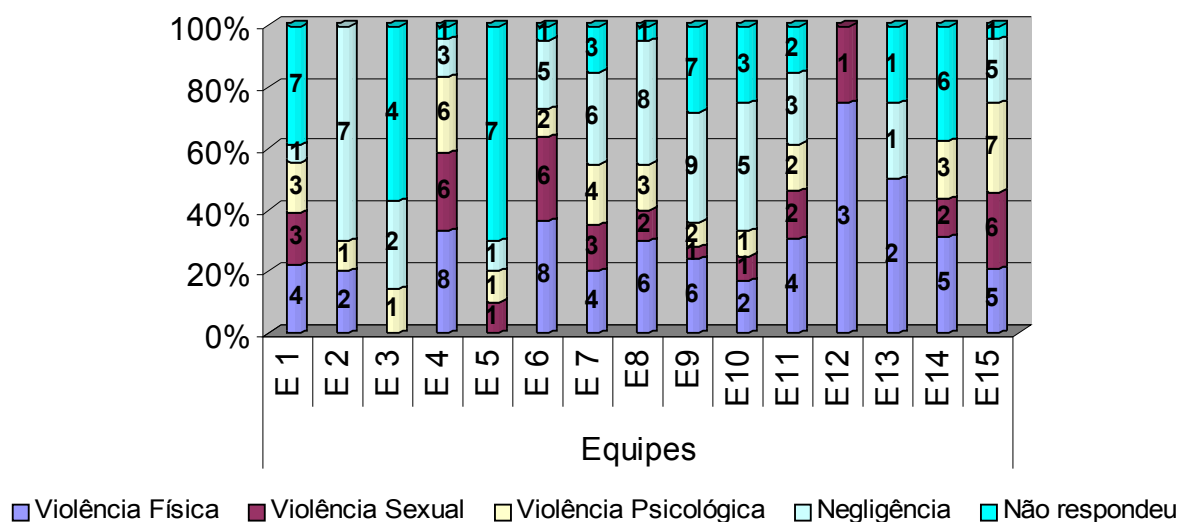


GRÁFICO 3 – Expressões da Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes atendidas pelas Equipes de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa durante o ano de 2003.

Também como pode ser constatado nas entrevistas, os profissionais apontam, em suas falas, as principais formas de violência familiar contra crianças e adolescentes, quais sejam: a violência física, a violência sexual, a violência psicológica e a negligência.

Sobre a violência sexual, apesar de ter sido um dos tipos mais evidenciados no questionário (em terceiro lugar), apenas dois dos 32 profissionais entrevistados a destacaram. Muito embora seja uma das principais e mais graves formas de violência familiar, a violência sexual, apresenta-se como a violência que dificilmente é denunciada; talvez por esse fato – falta de conhecimentos dos casos pelos profissionais – é que ela tenha sido pouco citada nas entrevistas.

Porém, não podemos deixar de destacar que a violência sexual ainda representa, para muitas pessoas, um assunto tabu, algo que, ao ser trazido à tona, traz também incômodo, mal-estar, vergonha. Sendo assim, esta se torna outra possibilidade para a sua não identificação nos depoimentos, isto é, os profissionais podem não se sentir preparados para tocar no assunto. Até porque, podemos perceber no gráfico 2, que essa forma de violência representa uma realidade na vida de crianças e de adolescentes atendidos pelas ESF do Município de Ponta Grossa.

É sabido que o abuso sexual desencadeada no meio familiar contra crianças e adolescentes é “[...] um fenômeno bastante disseminado, que ocorre em todas as camadas sociais, que não conhece fronteiras raciais, que é praticado, na maioria das vezes, por homens ‘normais’ e que é a forma mais freqüente de violência sexual”. (FELIZARDO, ZÜRCHER, MELO, 2004, p.72).

Ao se conformar no meio familiar, essa forma de violência proporciona uma confusão de papéis, ou seja, ela torna as crianças e os adolescentes, sujeitos que deveriam ser protegidos, em bodes expiatórios dos desejos sexuais dos adultos. Para muitos desses sujeitos – crianças e adolescentes –, o abuso sexual confunde-se com o sentimento de amor e de carinho, pois se apresenta como a única forma conhecida de contato com um ou mais membros da família que consideram importantes.

O que podemos afirmar sobre essa manifestação da violência familiar é que nesse meio “[...] nega-se à criança [também ao adolescente] a sua posição própria de criança [ou de adolescente] e abre-se um problema ético a ser enfrentado pelas instituições de atendimento, responsáveis por garantir os direitos das crianças e dos adolescentes” (GUIMARÃES; FARIAS; BARBOSA, 2004, p.83 – colchetes nossos), entre essas estão as instituições de saúde, no caso, as USF.

A negligência, conforme alguns profissionais entrevistados, também caracteriza a violência familiar contra crianças e adolescentes. Vejamos alguns depoimentos a respeito: *“acho que a negligência também é um tipo de violência”* (**F-Ea**), que pode se caracterizar, conforme **D-Eb**, pela *“falta de carinho, falta de comida, falta de educação”*, pela *“falta de alimentação”* (**M-Ea**), pois a *“falta de alimentação também é uma violência”* (**ACS7-Ea**); pela *“falta de orientação dos pais com os filhos, em todos os sentidos”*, falta essa que *“gera descaso, geral, de carinho, de amor”* (**ACS1-Eb**). Também como *“muita omissão por parte da família”* (**ACS7-Eb**); como o caso de *“uma mãe só ter o filho e daí não cuidar; não dar banho; não dar comida; deixar pegar piolho; não ajudar na escola, não perguntar como é que está indo na escola”* (**AE3-Eb**).

Podemos perceber nos depoimentos dos profissionais que a negligência assume diversas formas, porém, a forma mais destacada por esses profissionais foi falta de afeto para com as crianças e os adolescentes por parte de seus pais/responsáveis.

Ao negligenciar afeto, os pais/responsáveis minorizam a criança e o adolescente, além de comprometer a sua auto-aceitação e proporcionar sofrimento a esses sujeitos, visto que, constantemente, eles buscam e esperam a aceitação de seus pais/responsáveis. Diante de tal fato, Cruz (2004, p.85-86) descreve:

A lei assegura a crianças e adolescentes o direito à vida. Mas direito à vida é pouco se esta não for plena de sabor afetivo; se as crianças ou adolescentes não desenvolverem confiança na permanência no ambiente e certeza de que as relações afetivas sejam duradouras.

Sobre os depoimentos dos profissionais acima expostos, percebemos que poucos foram os que citaram a omissão dos pais/responsáveis sobre as necessidades básicas para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, quando esses se referem a condições materiais, sendo que a única destacada foi a falta de alimentos. Talvez a falta de alimentos tenha sido citada pelos profissionais devido ao fato que sua consequência maior é a desnutrição, um dos principais problemas de saúde que afetam, principalmente crianças, configurando-se assim como um problema necessariamente acompanhado pelas Unidades de Saúde da Família.

Torna-se importante destacar a fala do profissional **AS-Ea**, que afirma que a negligência ocorre *“quando os pais têm condições de cuidar da criança e ainda assim não cuidam; não cuidam da alimentação, não cuidam da higiene, isso quando os pais têm, realmente, condições de fazer isso”*.

Percebemos que o profissional caracteriza a negligência enquanto omissão da família que possui condições de prover as necessidades materiais das crianças e dos adolescentes e mesmo assim não o faz. O destaque dado pelo profissional ao fenômeno representa um dos principais problemas apresentados para a intervenção nos casos de negligência, que constitui na sua identificação, isto é, a “[...] identificação da negligência no dia-a-dia do profissional de saúde é complexa, devido às dificuldades socioeconômicas da população, o que leva ao questionamento da existência de intencionalidade”. (BEZERRA; CORRÊA; GUIMARÃES, 2002, p.66).

Assim, a não atenção às necessidades básicas de sobrevivência, quando derivada de limitações econômicas enfrentadas pela família não constitui

necessariamente forma de negligência. Nesses casos, quando a família não tem condições econômicas para sustentar suas crianças e seus adolescentes, torna-se necessária a intervenção do Estado, sendo este, o responsável por garanti-las.

Fato constatado é que, comumente tomamos conhecimento de casos de crianças ou de adolescentes que são afastados de suas famílias por estes não conseguirem garantir os mínimos necessários para a sobrevivência não apenas desses sujeitos, mas de seus membros de forma geral. Contudo, essa ação, além de ilegal, pune a família e as crianças e os adolescentes por condições que estão além de suas possibilidades, que fazem parte de uma problemática maior.

Entendemos que a compreensão sobre o que é falta de condições e o que é omissão possibilita aos profissionais atuar de forma correta frente aos casos que possam surgir em suas áreas de atuação, e contribuir, de forma eficaz, para a resolução ou encaminhamento dos problemas.

Em se tratando da violência psicológica, além das falas anteriormente citadas, podemos destacar outros depoimentos: de **ACS6-Ea** que afirma que violência se faz *“às vezes com palavras, é o psicológico também, na maioria dos casos”*; de **ACS2-Ea**: é *“uma coisa que você fale para a criança, você diga: ‘você é burro; você não entende as coisas, você é burro; você nunca vai aprender’*”; de **ACS3-Ea**: *“tudo que vem da boca, conforme o que você diz, é violência”*. Conforme **THD-Eb**, *“às vezes uma má palavra afeta muito a criança”*, isso porque, no entendimento de **ACS7-Eb**, *“muitas vezes, tem muitas palavras que machucam mais que uma surra, que bater”*, até porque, como registra **ACS3-Eb**, *“às vezes, de uma violência verbal vem a agressão física”*.

Outros profissionais também apontam, em suas falas, compreensões de violência que remetem à violência psicológica. **ACS4-Ea** compreende que a violência familiar contra crianças e adolescentes pode consistir em *“cometer a violência só na palavra, aquela violência que a criança fica com aquilo na cabeça”*; **ACS5-Ea** destaca que a violência *“verbal é uma violência”*; conforme **ACS4-Eb**, a violência familiar *“são as agressões verbais, mãe que não aceita o filho, xinga de várias maneiras”*; que *“deixa a criança com a auto-estima lá embaixo”* (**AS-Ea**). A violência psicológica também é relatada pelo profissional **E-Ea**, quando se refere a casos em que *“a criança não tem aquela liberdade, nunca tem aprovação da família. É uma violência com a criança porque é o que ela vai estar fazendo futuramente”*.

Como nos mostram os profissionais, a violência psicológica é outra face da violência familiar contra crianças e adolescentes. Ela se apresenta através da depreciação da pessoa da criança e do adolescente ou das ações realizadas por esses sujeitos, provocando “[...] um grande e profundo sofrimento afetivo às suas vítimas, dominando-as pelo sentimento de menos valia, de não-merecimento, dificultando o seu processo de construção de identificação-identidade”. (FERREIRA, 2002, p.35).

A violência psicológica é, sem dúvida, a forma de violência mais difícil de ser identificada, pois não deixa marcas físicas, mas interfere direta e decisivamente sobre a saúde emocional das crianças e dos adolescentes. Além disso, podemos considerar que é a que ocorre com maior frequência no meio familiar.

Nas falas que acabamos de citar, são identificados alguns elementos bastante significativos para compreender a violência psicológica. Um deles é o fato

de que as palavras têm poder igual ou maior do que o uso da força física. Acreditamos que a violência física, muitas vezes, marca menos a criança ou o adolescente do que as opiniões negativas de seus pais/responsáveis sobre a sua pessoa, opiniões estas que, produzidas de forma constante, podem interferir em seu desenvolvimento psicológico e, conseqüentemente, na formação de sua identidade e em seu desenvolvimento social.

Outro fato bastante interessante apontado pelo profissional **ACS3-Eb** é a concepção de que a violência psicológica pode desencadear na violência física e mesmo estar organicamente associada a esta. Assim, os pais/responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes podem, em virtude da raiva que sentem, acrescentar às palavras atos físicos contra esses sujeitos.

Por fim, podemos destacar a fala do profissional **E-Ea** que relata que essa forma de violência pode ser propagada pelas vítimas em suas relações futuras, inclusive contra seus filhos, pois aprendem desde cedo que a violência psicológica é uma forma de resolver conflitos, além de que podem acreditar que seja uma forma eficiente de educar seus filhos, concretizando, assim, um ciclo da violência.

De forma geral, a violência psicológica acompanha todas as demais formas de violência, e, por isso, deve ter uma atenção especial durante a intervenção profissional.

O que pudemos perceber nas falas apresentadas é que os profissionais demonstraram ter um conhecimento amplo sobre as configurações da violência exercida contra crianças e aos adolescentes, pois apontam desde a forma de violência que pode deixar marcas mais evidentes, sendo então, mais facilmente percebida, até a forma de violência considerada por grande parte dos estudiosos a de maior dificuldade de identificação, sendo essa a violência psicológica.

Contudo, por tratar-se de um fenômeno de grande influência cultural e de complexa compreensão, alguns profissionais nos apontaram um conhecimento ainda restrito sobre as faces da violência, manifesto por alguns mitos que permeiam o assunto, principalmente sobre o entendimento das punições consideradas leves com forma necessária para educar as crianças e os adolescentes.

3.2 CAUSAS DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Quando questionados sobre as possíveis causas da violência familiar contra crianças e adolescentes, isto é, sobre os possíveis determinantes dessa violência, os profissionais entrevistados nos apontaram basicamente três aspectos.

O primeiro diz respeito à compreensão de que a violência contra crianças e adolescentes pode ser decorrente de experiências violentas vividas pelos agressores. Assim, afirmam **AS-Eb**: *“de repente é um trauma que vem lá do passado”* e **ACS4-Eb**: *“um adulto que apanhou na adolescência ou na infância vai achar que o espancamento é a melhor maneira de educar seus filhos, ou quando está muito deprimido por causa das necessidades ele vai descontar em quem está mais próximo”*. Por sua vez, **D-Eb** relata que a violência familiar ocorre *“muito pela educação que se recebe em casa”*.

Nas afirmativas apresentadas, podemos perceber que os profissionais apontam a possibilidade das experiências de violência sofridas pelos agressores se tornarem traumas e os tornarem agentes de agressão. Nesses casos, diante de situações em que essas pessoas sintam-se coagidas, ameaçadas – não apenas

fisicamente, mas no poder que supostamente representam – elas podem cometer atos de violência.

Ainda, conforme o expresso pelos profissionais, estas experiências vividas pelos agressores podem configurar formas assimiladas de educar as crianças e os adolescentes. Podemos chamar este processo de ciclo da violência, ou seja, a violência aprendida e propagada de uma geração a outra.

Muitas das formas de violência contra crianças e adolescentes ocorridas no meio familiar são conseqüências dessa assimilação naturalizada das ações, que passam a ser propagadas nas gerações familiares.

Isso não significa, contudo, que as experiências vividas no meio familiar sejam necessariamente levadas para a vida futura como forma adequada de relacionamento interpessoal, de educação de crianças e adolescentes. A propagação delas depende da forma como cada indivíduo percebe a repercussão desses atos em suas vidas.

Porém, existem casos em que, mesmo não aceitando como forma adequada de relacionamento, os adultos empregam atos de violência por afirmarem não conseguir encontrar outras formas de educar esses sujeitos, o que pode ocorrer também pelo fato de que os valores adultocêntricos são tão fortes que ultrapassam o conceito de educação e relacionamento interpessoal ideal dessas pessoas.

Outro fator destacado, agora por **AS-Ea**, foi a falta de informação dos agressores sobre como agir com as crianças e os adolescentes. Assim, o profissional afirma que *“muitas vezes a pessoa não tem noção que ela está fazendo errado, acham que aquilo é certo”*.

A violência, nessa perspectiva, ocorreria como consequência da falta de informação dos pais/responsáveis sobre como cuidar de seus filhos. Nesses casos, atitudes são tomadas sem a devida reflexão de suas consequências.

A falta de informação sobre as especificidades de cada fase da vida – limitações, potencialidade, mudanças biológicas e psicológicas próprias de cada idade – podem ser responsáveis por diversas formas de violência – como a negligência, a violência psicológica e até mesmo a violência física.

Acreditamos que o desenvolvimento de trabalhos onde as discussões e esclarecimentos sobre as particularidades de cada fase de desenvolvimento de crianças e de adolescentes sejam desenvolvidos poderia diminuir as situações de conflitos e mesmo de risco para a vida desses sujeitos. Alternativas nesse sentido já têm sido criadas, como é o caso da escola de pais que, em alguns Estados (como São Paulo e Minas Gerais), atua junto com os pais/responsáveis de crianças e adolescentes vitimizados.

Outras formas, essas bastante simples, poderiam ser desenvolvidas sem que houvesse maior dispêndio de custos ou profissionais. Na área da saúde, as discussões sobre temas ligados à infância e à adolescência (incluindo a violência familiar) poderiam ser realizadas em programas já desenvolvidos nas unidades de saúde, tais como o planejamento familiar, o pré-natal e a puericultura, o que possibilitaria a formação de uma cultura da infância e adolescência e, conseqüentemente, a prevenção de casos de violência.

Entre os aspectos apontados pelos profissionais nas entrevistas, em se tratando das possíveis causas da violência familiar contra crianças e adolescentes, pudemos constatar que a grande parte desses profissionais aponta as dificuldades socioeconômicas como principal responsável por tal problema.

Assim, um dos elementos apontados, nessa perspectiva é a falta de emprego. Segundo **M-Ea** a violência familiar ocorre em virtude de *“um problema familiar, o próprio pai desempregado que violenta a criança para descarregar alguma coisa”*. Ainda **D-Eb** afirma: *“A gente que trabalha com eles aqui na ponta, a gente vê que a dificuldade de vida é que gera a violência”*. Do mesmo modo, **AE2-Ea** destaca: *“O que a gente vê, é que em muitos casos é pela questão social da família, as mães muito estressadas, brigam muito com as crianças”*, isto porque, segundo **ACS4-Eb**, *“a mãe quando está passando necessidades em casa vai ficar mais agressiva, vai agredir os filhos”*.

Tendo como pano de fundo o sistema econômico neoliberal e de globalização, no contexto atual, a população brasileira convive em uma sociedade cada vez mais desigual. Um dos aspectos que proporcionam esta desigualdade é a dificuldade de acesso de grande parte da população brasileira ao mercado de trabalho, o que, conseqüentemente, repercute sobre as condições e a qualidade de vida da população.

O desemprego tem se mostrado um fenômeno cada vez mais presente na vida dos brasileiros. Em 2003, seus índices ultrapassaram a média mundial e latino-americana, pois, conforme o IPEA (2005), o desemprego, naquele ano era de 6,2% no mundo e 8% na América Latina e Caribe. No Brasil, conforme os dados do IBGE, a taxa de desemprego era de 10%. (IPEA, 2005). No ano de 2005, esse índice caiu 0,2%, ficando em 9,8% o percentual da população desempregada no país.

Com a diminuição dos trabalhos formais, crescem as contratações temporárias e também os empregos informais. No que se refere ao mercado

informal de trabalho, no ano de 2003, participavam desse espaço 45,5% da população ocupada no país, ou seja, pessoas que atuavam no mercado de trabalho sem, contudo, possuírem carteira assinada. Em 2005, esse índice foi de 40,9%; devemos ressaltar que grande parte da população alocada no mercado informal de trabalho recebe entre $\frac{1}{2}$ e 2 salários mínimos, o que dificulta consideravelmente a aquisição dos bens de consumo necessários para sua sobrevivência.

Assim, a alta taxa de desemprego e/ou as precárias condições dos trabalhos informais afetam a unidade familiar, pois torna mais difícil para seus membros garantir as condições básicas de sobrevivência.

As condições socioeconômicas interferem diretamente nas relações e na dinâmica familiar, podendo caracterizar-se como elemento potencializador da violência familiar contra crianças e adolescentes. Isto porque as angústias causadas pela falta de emprego e pela dificuldade de manter um nível de vida digno aos familiares levam, muitas vezes, ao surgimento ou ao fortalecimento das tensões e conflitos, originando atos de violência, onde as principais vítimas são as crianças e os adolescentes.

Em famílias nucleares, geralmente recaem sobre a figura masculina as frustrações vividas, pois, social e historicamente, o homem tem assumido o papel de provedor econômico do grupo familiar. As dificuldades de sobrevivência e também as cobranças, conscientes ou não, de seus membros, podem criar situações tensas, onde este sujeito não consiga suportar a pressão vivida e encontre na violência o cano de escape para suas frustrações.

Nesse sentido, o desemprego,

[...] pelas conseqüências que acarreta, pode engendrar atitudes violentas dos pais quanto aos filhos, uma vez que ele se vê despossuído da característica fundamental que o qualifica como responsável pela manutenção do lar: a função econômica. Talvez ele sinta que, ao não

preencher a função que lhe é atribuída, o seu prestígio decresça aos olhos da família. (GUERRA, 2001, p.142).

Tendo como uma de suas responsabilidades administrar os assuntos familiares (tanto os econômicos quanto os sociais), a figura feminina também passa a compartilhar dessas frustrações, que aumentam quando ela passa a ocupar o papel de principal provedor econômico da família e não consegue cumpri-lo.

Nesse sentido, muitas vezes, em meio ao estresse, a mulher comete atos de violência contra as crianças e os adolescentes, principalmente ao se deparar com os questionamentos das crianças ou dos adolescentes sobre a aquisição de algo que está fora das possibilidades orçamentárias da família ou mesmo quando o estresse é tão grande que quaisquer ações desenvolvidas por estes sujeitos passam a incomodar.

Aliado ao fator desemprego, dois profissionais destacaram como consequência dele e como desencadeador da violência, a utilização de álcool: “O *desemprego vai gerar o alcoolismo que vai gerar a agressão*” **(D-Eb)**; “o pai que não trabalha, porque não tem emprego vai beber, vai bater na esposa e nos filhos”. **(ACS4-Eb)**.

Muito embora a violência não seja determinada necessariamente pela utilização de substância lícitas ou ilícitas, o uso e/ou o abuso destas substâncias podem desencadear a violência. Um dos principais problemas relacionados a este aspecto é a utilização do álcool, uma substância de fácil aquisição e também uma das mais utilizadas por nossa população. Santos (2002, p.198) revela que o álcool, “[...] por meio de sua diminuição da inibição contra o comportamento anti-social e

violento, pela diminuição do alerta perceptivo e cognitivo, resulta em prejuízo do julgamento”.

Assim, quando as frustrações, não só ocorridas em virtude do desemprego, mas também de outras situações vividas, somam-se à utilização do álcool, existe uma maior probabilidade de que a violência aconteça, pois a pessoa pode perder a noção de seus atos, de sua força física, e se sentir encorajada a fazer ou falar algo que naquele momento a está abalando. Mesmo que os problemas não sejam provenientes do meio familiar, é nesse meio que estão as pessoas mais próximas, para as quais acabam, comumente, sendo transferidos os sentimentos negativos vividos no meio social.

Além da influência do desemprego e juntamente com a influência do abuso de substância lícitas ou ilícitas, a violência familiar contra crianças e adolescentes também pode ocorrer em virtude das condições de trabalho dos pais/responsáveis. Torna-se crescente o número de casos onde os responsáveis pela família possuem mais de um emprego ou dobram seu tempo de serviço em seu emprego, buscando satisfazer as necessidades familiares, garantir uma vida, no mínimo, confortável e segura para seus filhos, o que nem sempre é alcançado.

Sobra pouco tempo para a vida familiar, o qual nem sempre é aproveitado de forma saudável. Os pais/responsáveis geralmente buscam descanso em atividades que lhes dão prazer, o que nem sempre se refere a passar algum tempo com os filhos e com a família de forma geral.

Dessa forma, o cotidiano vivido pela família não leva em consideração às necessidades das crianças e dos adolescentes, que na maioria das vezes não se referem a bens materiais, mais sim à atenção e ao diálogo.

É através do diálogo que os pais/responsáveis estabelecem com seus filhos o ensinamento dos elementos de fundamental importância para sua formação, tais como o respeito, a segurança e a responsabilidade. Além disso, pelo diálogo, os pais/responsáveis criam um espaço de confiança, mostrando aos filhos que podem confiar neles para conversar sobre as experiências vividas e sobre as decisões a serem tomadas. Nesse sentido, a falta de diálogo pode acarretar a violência contra esses sujeitos.

De forma geral, a realidade vivida pela população brasileira tem afetado diretamente a sua saúde, pois, como afirma **ACS3-Eb**, para ter saúde “*as pessoas têm que estar bem no psicológico, no físico, no mental e no social. Hoje em dia para alguns não existe isso*”. Os fatores vivenciados no cotidiano, que interferem na saúde da população, também são responsáveis pela ocorrência da violência no meio social e no meio familiar.

Considerando estes aspectos, o mesmo profissional faz um balanço da realidade apresentada na conjuntura atual: “*Às vezes tem desemprego*”, outras vezes “*tem que trabalhar e não tem tempo para o social, quando ele tem o social, às vezes, o psicológico dele está abalado; quando tem emprego a pessoa tem que se matar de trabalhar para garantir o emprego. Acho que o dia-a-dia, esse agito todo, essa falta de possibilidade, gera a violência, porque às vezes a pessoa tem uma coisa e não tem outra*”. (**ACS3-Eb**).

A partir dos elementos abordados pelo profissional podemos constatar que, de modo geral, o desemprego, as más condições de trabalho, o pouco tempo que os pais/responsáveis têm para passar com seus filhos – devido ao excesso de trabalho

e ao cansaço –, assim como a influência direta dos meios de comunicação de massa na vida familiar, a frustração dos pais em não poder garantir os desejos de consumo de seus filhos ou, muitas vezes, em não poder garantir o mínimo necessário para a sobrevivência de seus familiares, entre outros fatores, podem desencadear atos de violência no meio familiar, pois causam, nos membros da família, em especial aqueles que são entendidos como responsáveis por essa função, angústias, frustrações e estresse, comprometendo a dinâmica e as relações familiares.

3.3 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Tendo em vista a afirmativa dos profissionais de que a violência familiar traz danos à saúde das crianças e dos adolescentes – conforme exposto no gráfico 1 – buscamos identificar, no questionário, quais seriam as consequências, ou seja, como a violência familiar afetaria a saúde das crianças e dos adolescentes, segundo a compreensão dos profissionais de cada equipes. Obtivemos, os seguintes resultados:

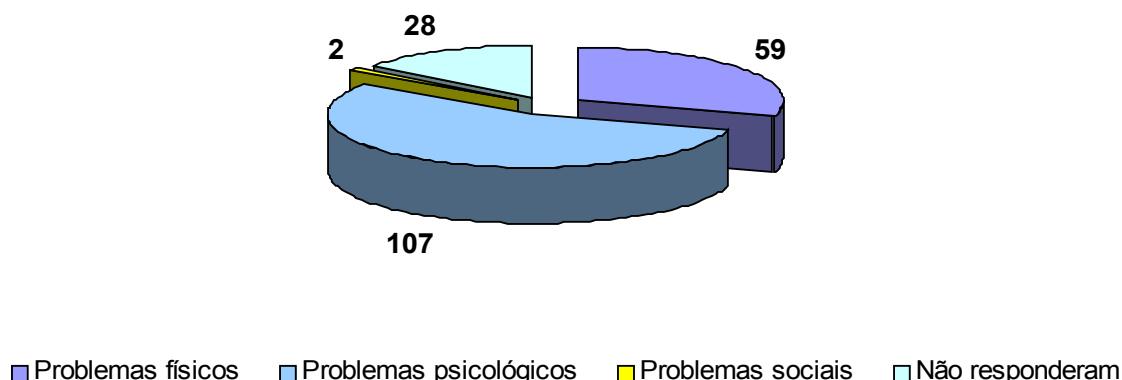


GRÁFICO 4 – Natureza dos problemas de saúde causados pela Violência Familiar

às Crianças e aos Adolescentes (por número de profissionais).

A grande maioria dos profissionais que responderam ao questionário, ou seja, 107 dos 143 profissionais, 74,8%, apontaram que a violência familiar traz danos psicológicos para a saúde das crianças e dos adolescentes – danos como revolta, medo, agressividade, baixa auto-estima, problemas de relacionamento e de comportamento, vícios, depressão, angústia, perda da confiança, carência, falta de apetite, falta de interesse, problemas no aprendizado, frustrações, irritabilidade e timidez.

Foi também significativo o apontamento feito pelos profissionais sobre as conseqüências físicas, onde 59 dos 143 profissionais, ou seja, 41,3% destes profissionais as mencionaram, sendo destacados: lesões corporais, desnutrição, dermatites, traumatismos, problemas cardíacos e pulmonares, baixa imunidade, anemia, fraturas, queimaduras, intoxicação, feridas, problemas de coordenação motora, problemas no desenvolvimento (sem maiores especificações), mutilação, problemas neurológicos, problemas fisiológicos e problemas de saúde mental.

Ainda, dois profissionais destacaram problemas de ordem social, sendo estes através das fugas de casa, da ausência da instituição escolar, da mendicância, da vivência em situação de rua, da prostituição e da gravidez (os dois últimos

elementos foram destacados enquanto consequência da violência sexual vivida pela criança ou pelo adolescente).

Durante as entrevistas, que foram realizadas com duas ESF, após a pesquisa exploratória, novamente questionamos os profissionais sobre os danos causados à saúde das crianças e dos adolescentes. Todos os profissionais entrevistados apontaram existir uma relação entre violência familiar em suas diversas expressões e problemas de saúde apresentados por esses segmentos.

Assim sendo, segundo, **AS-Ea** a violência “*marca muito, acaba, de uma certa forma, prejudicando a saúde deles*”; **F-Ea** destacou que a violência dessa natureza “*interfere diretamente na saúde, não só naquela questão da agressão, de machucar, mas [também na] saúde futura, como essa criança vai se desenvolver*”. Do mesmo modo o profissional **D-Eb**, afirmou que as crianças e os adolescentes que sofrem violência no meio familiar têm sua saúde prejudicada, seu “*desenvolvimento totalmente alterado*”, o que acaba interferindo “*tanto psicológica, quanto fisicamente*” na vida desses sujeitos.

O desenvolvimento humano ocorre nas diversas fases da vida, a qual está em constante transformação, transformação essa que é “[...] complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento⁸⁰, a maturação⁸¹, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais”. (BRASIL, 2004, p.76).

⁸⁰ O crescimento “[...] significa aumento físico do corpo, como um todo ou em partes. Traduz aumento de tamanho das células – hipertrofia – ou de seu número - hiperplasia”. (BRASIL, 2004, p.76).

⁸¹ A maturação “[...] é a organização progressiva das estruturas morfológicas, já que, como o crescimento, seu potencial está geneticamente determinado. A maturação neurológica engloba os processos de crescimento, diferenciação celular, mielinização e o aperfeiçoamento dos sistemas que conduzem a coordenações mais complexas”. (BRASIL, 2004, p.76).

Esse processo se inicia na infância, entendendo-se a criança como “[...] um ser dinâmico e complexo [...] que apresenta uma seqüência previsível e regular de crescimento físico e de desenvolvimento neuropsicomotor”. (BRASIL, 2004, p.76-77).

Sendo assim, as expressões da violência, segundo a intensidade e a freqüência com que são empregadas, podem prejudicar o desenvolvimento físico e/ou psicológico da criança e também do adolescente, conforme afirmou **D-Eb** em seu depoimento.

Outro fato que merece ser destacado é que também nas entrevistas os profissionais das ESF abordados apontam os danos psicológicos como a principal consequência para a saúde de crianças e de adolescentes que sofrem alguma forma de violência no meio familiar.

Assim, o profissional **D-Ea** relata que as consequências interferem na saúde “*física também, mas, [esta interferência é] menor*”. Nesse sentido, podemos afirmar que em alguns casos a violência deixa marcas físicas, como já constatamos anteriormente, porém, devemos reconhecer que a grande maioria das expressões da violência podem deixar, e muitas vezes deixa, marcas psicológicas bastante fortes na vida das crianças e dos adolescentes que as sofrem.

Ressaltamos, ainda, que a maneira como a violência vai incidir sobre a vida de cada criança ou adolescente dependerá

- da idade da pessoa agredida e da que agride;
- do tipo de relação entre eles;
- da personalidade da vítima;
- da duração e da freqüência da agressão;
- do tipo e da gravidade do ato;
- da reação do ambiente. (FERRARI, 2002, p.84).

Esses elementos podem caracterizar a forma de manifestação e a intensidade das diversas expressões da violência e, conseqüentemente, as implicações que dela resultam à saúde das crianças e dos adolescentes, em curto, médio ou longo prazo.

O efeito que a violência familiar exerce sobre a saúde das crianças e dos adolescentes, segundo os exemplos apontados pelos profissionais, é refletido no que registra Ferreira (2002, p.42), quando assinala que as diferentes formas de violência podem desencadear

[...] sintomas físicos (como problemas alimentares graves, tais como anorexia, obesidade; distúrbios do sono, problemas de seqüelas, traumatismos físicos, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada); sintomas psicológicos (como dificuldade de concentração, de sono, problemas de atenção, motivação, depressão, ansiedade, quadro histérico grave, fugas de casa, tentativas de suicídio); problemas sociais (desadaptação escolar, transgressões, delinquência) etc.

De forma geral, para que possamos discutir mais profundamente os danos causados pela violência familiar contra crianças e adolescentes, partiremos dos apontamentos feitos pelos profissionais durante as entrevistas, os quais identificaram a problemática através de dois direcionamentos principais: as conseqüências que interferem nos aspectos físicos desses sujeitos e as conseqüências psicológicas que a violência dessa natureza causa.

3.3.1 Conseqüências na Saúde Física

Em se tratando das conseqüências ocasionadas pela violência familiar, **AS-Ea** expõe que “*dependendo da violência, [ela] vai afetar essa criança fisicamente*”; ainda segundo o profissional **E-Eb**, a violência familiar contra crianças e

adolescentes pode causar “*consequências físicas*” na vida desses sujeitos; assim como aponta **M-Eb** ao relatar que essa forma de violência compromete o “*desenvolvimento físico*” desses segmentos.

Uma dessas implicações é exposta na fala do profissional **ACS3-Ea**, o qual afirma que “*se for [violência] física, [as consequências são] traumas pelo corpo*”. Segundo Sanchez e Minayo (2004, p.34), os traumas desencadeados pela violência física podem ser os mais variados, estando presentes, principalmente, “[...] na pele, nas mucosas, no esqueleto, no sistema nervoso central, no tórax e no abdome”.

Em se tratando das lesões ocasionadas na pele e nas mucosas, elas podem ser desencadeadas por “[...] golpes, queimaduras, arrancamento de dentes e de cabelos, mordidas e por armas brancas ou de fogo”. (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.34). São comuns lesões como lacerações⁸², hematomas⁸³, equimoses⁸⁴, escoriações e queimaduras de variados graus.⁸⁵ (SANCHEZ; MINAYO, 2004; REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA, 2002).

Outras formas de violência também podem ocasionar tais características, como a violência sexual, onde as marcas podem ser apresentadas nas “[...] áreas envolvidas nas práticas sexuais, como boca, mamas, genitais, região perineal,

⁸² As lacerações são “[...] lesões que levam à descontinuidade da pele, de gravidade diretamente proporcional à violência do agente agressor”. (REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA, 2002, p.19).

⁸³ Os hematomas representam “[...] manchas que podem ir desde o roxo avermelhado até o roxo escuro e que, na evolução, com o passar dos dias, vão se tornando esverdeadas e amarronzadas, passando para o amarelo até desaparecer”. (REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA, 2002, p.19).

⁸⁴ As equimoses são “[...] manchas e lesões de menor espessura e gravidade”. (REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA, 2002, p.19).

⁸⁵ As queimaduras ocasionadas pela violência têm características e contornos bem definidos, como nos casos onde a criança ou adolescente tem partes de seu corpo mergulhados em líquido quente, marcados por cigarro, ferro de passar roupa, frigideira ou panela, garfo, lâmpada, entre outros objetos. (REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA, 2002).

nádegas e ânus”. (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.34). E a negligência, embora não necessariamente implicando ações agressivas, também pode deixar marcas na pele desses sujeitos, principalmente, por exemplo, devido à “[...] repetição da má higiene corporal [...]”. (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.35).

Sobre as lesões apresentadas no esqueleto das crianças e dos adolescentes, Sanchez e Minayo (2004, p.34) relatam que algumas formas de violência empregadas “[...] costumam provocar mutilações e fraturas dos ossos e dos membros em diferentes estágios de gravidade”.

Essas lesões no esqueleto são assinaladas também pelos profissionais entrevistados, conforme podemos observar na fala do profissional **ACS2-Eb**, quando relata que “às vezes, [os pais/responsáveis] *batem demais na criança, pode até fraturar um braço, uma perna*”; e ainda na fala do profissional **ACS4-Eb**, ao afirmar que, através dessa forma de violência, a criança ou o adolescente “*vai ficar machucado*” podendo causar até “*mesmo fraturas*”.

Conforme afirma a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência (2002, p.23), as lesões de ossos “[...] são as manifestações radiológicas mais comuns nos casos de abuso infantil, sendo a segunda em frequência de uma maneira geral”. Abuso infantil, nesses casos, relacionados especificamente no que diz respeito ao abuso de poder que desencadeia os diferentes atos de violência contra a criança.

As fraturas resultantes de atos de violência podem se apresentar de diferentes formas e estágios de cura (principalmente em crianças abaixo de dois anos de idade); fraturas em membros inferiores no caso de crianças que não andam; fraturas de costelas ou de coluna (principalmente em crianças com menos de dois

anos de idade); fraturas de mandíbula e outras lesões apresentadas no rosto; entre outras fraturas que, de modo geral, não são comuns tendo em vista a fase do desenvolvimento motor da criança. (REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA, 2002).

Sobre a violência que atinge o Sistema Nervoso Central, se fazem presentes “[...] traumatismos cranioencefálicos que podem ocasionar fraturas dos ossos do crânio ou hemorragias intracerebrais por causa de sacudidelas e impactos”. (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.34). Conforme revela a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência (2002), essas conseqüências são as mais graves no que se refere à violência exercida contra crianças e adolescentes, bem como representam as que mais causam seqüelas e morte a esses segmentos.

A Síndrome do Bebê Sacudido representa um dos principais danos causados ao cérebro da criança, pois pode proporcionar “[...] hemorragias, contusões, edema de sistema nervoso central e hemorragia de retina (parte interna de olhos), sem sinais externos evidentes de trauma”. (REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA, 2002, p.26).

Devemos, ainda, destacar que, diante dos mais variados atos de violência, um grande número de “[...] crianças sofrem também lesões oculares e auditivas, levando à invalidez temporária ou permanente [...]”. (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.34).

ACS4-Eb registra que tais manifestações de violência contra crianças e adolescentes podem também “*causar uma série de doenças*” nesses sujeitos, o que é registrado também por **ACS3-Eb**, quando observa que “*há pessoas que sofrem agressão e que ficam até deficientes*”.

Dependendo da intensidade dos atos cometidos ou da omissão apresentada (nas faces da negligência), da periodicidade com que são exercidos e das características da vítima, as conseqüências para a saúde desses sujeitos podem ser seqüelas temporárias ou permanentes, e, inclusive, o aparecimento de diversas doenças, ou ainda, podem levar à morte desses sujeitos.

Em se tratando do surgimento das doenças, isso ocorre, por exemplo, através da negligência, onde a falta de alimentação pode desencadear a desnutrição; a desatualização do calendário de vacinação deixa a criança vulnerável às doenças; ou os tratamentos médicos inadequados, que pode viabilizar a reincidência de tratamentos ou de internações hospitalares; entre outros. (SANCHEZ; MINAYO, 2004). A violência sexual também pode proporcionar o surgimento de doenças, em especial, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), ou ainda, a gravidez precoce de crianças e adolescentes. Sobre a violência física, os traumatismos podem desencadear problemas de invalidez, problemas mentais, entre outros.

3.3.2 Conseqüências na Saúde Psicológica

A saúde psicológica de um indivíduo, enquanto parte fundamental do desenvolvimento humano, está em constante formação, e tem seu início na infância. Pautado nesse pressuposto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.79) relata que

[...] o psiquismo do ser humano se constitui no decorrer das relações/trocas realizadas entre a criança e ou outros, desde os primórdios de sua vida. Em decorrência dessa afirmação, ganha relevo a participação daqueles que dela cuidam e fazem parte do mundo da criança, especialmente os pais.

Diante de tal constatação, podemos afirmar que a violência ocorrida no meio familiar pode proporcionar na criança ou no adolescente uma série de implicações psicológicas, pois as relações estabelecidas, nesses casos, pautadas em atos violentos, prejudicam sua identificação com os indivíduos que são sua referência, e, assim, interferem em sua saúde emocional.

Como já havíamos exposto, os traumas psicológicos desencadeados pela violência familiares contra crianças e adolescentes representam uma das conseqüências dessa forma de violência.

Em vários estudos realizados sobre o fenômeno, as conseqüências psicológicas afirmam-se como um dos principais aspectos abordados, dado os prejuízos trazidos à saúde emocional das crianças e dos adolescentes e, além disso, pelo fato de ser a conseqüência mais presente frente às várias expressões da violência dessa natureza.

Também, em nossa pesquisa, as conseqüências psicológicas ganharam destaque, tendo em vista não apenas os dados do questionário apresentados anteriormente (gráfico 4), mas, as falas dos sujeitos entrevistados.

Devemos apontar, primeiramente, que a representação que a violência familiar pode assumir na saúde emocional da criança e do adolescente dependerá “[...] da idade, das condições psicológicas das vítimas, da sua história anterior, do grau de parentesco com o abusador e da freqüência e repetição do ato [...]” (SANCHEZ; MINAYO, 2004, p.34), além da maneira como se procederá no caso – denunciando ou não; tendo o apoio da família e/ou de profissionais ou não, etc.

Essa também é a posição adotada por **D-Ea**, que defende que assim como as características pessoais, “*as conseqüências são diversas*” interferindo diretamente “*no comportamento*” desses sujeitos. Deste modo, segundo **ACS3-Ea**, a criança que

sofre violência, *“já vai ficar diferente, não vai ficar normal, aquilo fica na cabecinha dela”*; **ACS2-Ea** relata que algumas crianças *“ficam quietinhas, outras ficam bem pior ainda”*.

Na fala dos profissionais fica evidenciado o fato de que como resultado dos atos violência, algumas crianças podem ter seu comportamento alterado, tornando-se, por vezes, apática, sem reação, em virtude, principalmente, do medo que sentem do agressor ou de que a violência volte a se repetir; ou ainda, as crianças ou adolescentes podem, diante dessa situação, expressar sua dor através de atos considerados por muitas pessoas como de rebeldia.

Estas são as formas de reação das crianças e dos adolescentes vitimizados: abafar seus sentimentos, refugiando-se em si mesmo; ou trazendo-os à tona através de ações consideradas revoltosas.

Em se tratando das ações realizadas pelas crianças e pelos adolescentes diante da violência vivida, algumas vezes, estes podem manifestar seu sofrimento e/ou sua incompreensão sobre o que de fato está ocorrendo em sua vida através da revolta.

Esse também foi um dos aspectos levantados pelo profissional **AE3-Eb**, quando afirma que *“a violência família faz com que o filho fique revoltado”*, da mesma forma **AE1-Eb** relata que em ambiente familiar onde ocorre a violência *“a criança pode crescer revoltada”*, pois ela *“podem pensar: ‘já que está tudo desse jeito, ninguém gosta de mim’”* (**ACS5-Ea**).

Ainda, conforme **E-Ea**, as experiências violentas vividas no meio familiar podem causar *“muitas vezes rebeldia”* e, por vezes, a criança ou o adolescente *“vai*

estar repetindo toda essa negação que está passando, vai estar refletindo para outras pessoas"; assim, aponta **THD-Eb**, que essas pessoas podem se tornar *“revoltadas, cheias de problemas”*.

Nessas circunstâncias, as crianças e os adolescentes podem ser percebidos, pelos membros da família ou por parcela da sociedade, como pessoas desajustadas. Contudo, acreditamos que as atitudes de revolta podem, por um lado, representar alternativas lançadas por esses sujeitos para se defenderem de pessoas que, imaginam, querer seu mal, querer magoá-los – tendo em vista que muitos perdem a confiança no outro – assim como podem representar formas de esconder o medo que sentem; e por outro, podem significar um pedido de socorro desses sujeitos, uma forma de chamarem a atenção para que alguém possa identificar a realidade vivida por eles e, assim, ajudá-los a romper como a mesma.

Outra forma de reação também foi apontada pelos profissionais, principalmente, através da depressão. Assim, as experiências de violência vivida por meninos e meninas, segundo **E-Ea** e também **THD-Eb**, podem causar a *“depressão”*. A consequência, nesses casos, pode apresentar-se como *“uma criança sem estímulo”*, que *“não vai querer mais conversas com medo que sobre para ela, ela vai ficar quietinha no canto dela”*. (**ACS2-Ea**).

Nesse sentido, ao invés de expor seus sentimentos, a criança ou o adolescente canaliza as experiências vividas para si, passando a se recolher em si mesma, ou ainda, conforme Salomom (2002, p.76), esses sujeitos podem “[...] submergir sua dor e raiva em amortecimento emocional”.

O que acontece, então, é a formação de indivíduos depressivos, que passam a se culpar pela violência sofrida, além de se considerarem merecedores da mesma; possuem dificuldade em trabalhar com as situações do cotidiano, possuem sentimentos de angústia e medo, entre outras características. (SALOMOM, 2002). Se não forem trabalhados, esses sentimentos podem perpassar todas as fases de suas vidas, comprometendo sua formação enquanto pessoa.

Porém, as vítimas sozinhas não conseguem superar esse problema, e imaginar que não tocar no assunto é a melhor forma de ajudá-las só fortalece o seu sofrimento. Para que a dor da violência seja superada é necessário um acompanhamento profissional, e, acima de tudo, o apoio familiar; é necessário mostrar que a vítima não está sozinha e que poderá, com o auxílio dos que ela ama, vencer o medo e o sofrimento.

Em ambas as formas de reação, ocorre o afastamento e/ou a fragilização das relações familiares, sobretudo porque esses sujeitos deixam de perceber os membros de sua família como pessoas que os protegem, para percebê-los como possíveis oponentes.

Esse afastamento pode interferir diretamente nas relações estabelecidas pelas crianças e pelos adolescentes fora do meio familiar, ou seja, nos demais grupos sociais, pois, conforme coloca **M-Ea**, na criança e no adolescente, “*a sua parte da socialização fica deformada*”, o que vai refletir “*nas dificuldades que ela vai encontrar depois, de se socializar*” (**D-Ea**). A criança ou o adolescente vai “*viver isolado ou ser pessoa muito agressiva com os outros*”, não vai “*ter convivência [com outras pessoas]*” (**ACS5-Ea**), pode ter “*problemas de relacionamento, de*

comportamento” (**E-Eb**), em especial “*na questão de relacionamento afetivo*” (**AS-Ea**).

Conforme Ferrari (2002), as crianças e os adolescentes devem possuir, no meio familiar, uma figura afetiva que proporcione a construção sadia de sua identidade. Quando, ao invés de identificar os membros de sua família como figuras afetivas os percebe como agressores, a formação de sua identidade poderá se tornar conturbada, permeada por ambigüidades.

O contexto de violência pode, então, afetar a confiança que esses sujeitos têm no outro – pois podem passar a perceber as pessoas, principalmente os adultos, como indivíduos que, de alguma forma, proporcionarão sofrimento – bem como pode interferir diretamente sobre sua autoconfiança. (OLIVEIRA, 2000). Interferindo, assim, segundo o profissional **D-Ea**, “*na auto-estima*” da criança e do adolescente, possibilitando que a formação de sua identidade seja afetada.

Nesses termos, Santoro Júnior (2004, p.52) afirma que, de forma geral, o “[...] leque de eventuais seqüelas é muito mais amplo, atingindo não só o relacionamento da vítima com outras pessoas, mas, sobretudo, consigo mesma”. Ou seja, a criança ou o adolescente, ao se deparar com a violência em seu ambiente familiar, ambiente este que o deveria proteger, passa a conviver em um processo ambíguo de sentimentos (amor, ódio, carinho, raiva, medo). As experiências e os sentimentos vividos podem afetar suas relações sociais, principalmente, a forma como esses sujeitos irão se perceber e aceitar.

Podemos dizer, então, que a autoconfiança da criança e do adolescente e a confiança nas outras pessoas ficam comprometidas, sendo “[...] decorrentes de um autoconceito negativo e de uma visão de mundo pessimista” (OLIVEIRA, 2000, p.101) desses sujeitos.

Outro fato apontado nas entrevistas foi as conseqüências ocorridas na vida escolar das crianças e dos adolescentes. Nesse sentido, **ACS3-Ea** relata que, vivendo permeada por atos de violência, “a *criança entra na escola e aparecem lá os bloqueios*”; assim como afirma **M-Ea** que os sentimentos como “*medo, insegurança*” refletem um “*mau aproveitamento escolar*”. **ACS6-Ea** aponta que as diversas manifestações de violência ocorridas no meio familiar “*trazem traumas, prejudicam eles [as crianças e os adolescentes] nos estudos*”, influenciando na “*questão de desempenho na escola*” (**AS-Ea**), proporcionando “*dificuldade de aprendizado*” (**M-Eb**), além de que, no meio escolar, a criança “*não se comunica, não tem muitos amigos, e, quando tem, é agressiva*” (**ACS4-Eb**).

A violência, nesses casos pode interferir diretamente sobre o processo educacional das crianças e dos adolescentes, haja vista que os meninos e as meninas podem, entre outros fatores, apresentar dificuldade em concentrar-se nas atividades escolares, bem como podem apresentar problemas de memória, principalmente, em virtude de distúrbios do sono ou por tentarem apagar as lembranças que lhes causam dor. (ASSIS, 2002).

No relacionamento com seus colegas, podem reproduzir a violência vivida, através de jogos ou brincadeiras agressivas e imitar os comportamentos que presenciam no cotidiano familiar. As crianças e os adolescentes também podem mostrar-se bastante relutantes em estabelecer vínculos ou em desenvolver as atividades propostas, assim como podem se mostrar ansiosos quanto ao desenvolvimento dessas atividades.

Juntamente com os problemas de aprendizagem, **ACS5-Ea** destaca que muitos desses sujeitos *“procuram fuga nas drogas ou na bebida”*. Também os profissionais **AE2-Ea** e **AE1-Eb** acreditam que a violência ocorrida no meio familiar *“é uma grande influência para a marginalidade, para as drogas”*. Conforme **THD-Eb**, algumas crianças e adolescentes que sofrem violência no ambiente familiar *“vão para a prostituição”*; podem *“se tornar pessoas agressivas”* (**ACS3-Eb**), ou *“ser futuros adolescentes marginais, usuários de droga”* (**ACS6-Eb**), pois *“tudo começa dentro de casa, essa violência dentro de casa só gera isso”*.

Além disso, conforme expressa **AE3-Eb**, *“a gente vê que tem crianças que saem de casa e vão morar na rua porque não querem viver com a mãe ou com o pai”*; esses sujeitos, segundo **F-Eb**, podem ser *“futuros agressores, jovens que vão realizar essa violência, uma pessoa que pode acabar se matando mais tarde”*.

Muitas vezes, as consequências da violência familiar na vida das crianças e dos adolescentes não são aparentes, pois elas se apresentam em atos ou atitudes que supostamente poderiam ser percebidos como problemas de personalidade ou poderiam estar vinculadas a outros fatores. Os exemplos citados pelos profissionais, muitas vezes, na prática, não são entendidos pela sociedade como consequências da violência familiar.

Contudo, o Ministério da Saúde (2005) afirma que a violência familiar é a principal responsável pela origem de episódios como as fugas de casa e a vivência de rua, a prostituição, o alcoolismo, a drogadição e as infrações cometidas por crianças e adolescentes em todo o país. Nesse sentido, podemos perceber que os

profissionais estão cientes de que as conseqüências da violência familiar não se restringem às seqüelas físicas, mas refletem também seqüelas psicológicas e morais na vida desses sujeitos.

Entendemos que para uma criança ou um adolescente vitimizado, o fato de viver nas ruas, de se prostituir e, de forma geral, conviver e sobreviver em um universo permeado também pela violência, é menos doloroso do que ser agredido física/sexual ou psicologicamente por aquelas pessoas que supostamente representam a referência de amor e proteção. Assim, a violência social torna-se menos dolorosa e mais aceitável para esses meninos e meninas do que a violência sofrida no meio familiar.

A partir dos elementos aqui abordados, podemos destacar, de forma geral, que existe uma relação direta e complementar entre família e sociedade – o papel da família na formação de seus membros influencia diretamente na construção da sociedade; contudo, a família também é influenciada pela realidade social e, nesses termos, constitui-se como “[...] uma unidade social emissora e receptora de influências culturais e de acontecimento históricos”. (FERRARI, 2002, p.28). Por esse motivo, a relação de abuso de poder existente entre adultos e crianças/adolescentes no meio familiar também deriva em grande parte do contexto sócio-econômico-cultural em que a família está inserida, como, por outro lado, repercute em grandes perdas ao meio social.

Os reflexos podem ser notados tanto no presente como no futuro. As vítimas acabam assimilando valores desfigurados de respeito humano. A vulnerabilidade e a fraqueza temporária da criança, enquanto vítima, podem dar lugar à formação de pessoas que exerçam o papel de agressoras dentro e fora do contexto familiar, mediante mecanismos de introjeção e identificação com o que a vitimiza. É a violência dentro da família gerando a violência social. (SOUZA e SILVA, 2002, p.145).

Conformando com o exposto na citação, também os profissionais das ESF entrevistados apontaram que as conseqüências não ocorrem apenas no momento em que a violência é desencadeada; elas podem, num primeiro momento, ficar escondidas ou camufladas em uma suposta naturalização da vida cotidiana e, posteriormente vir à tona, muitas vezes, quando menos se espera.

Nesse sentido, **D-Eb** e **M-Ea** relatam que *“tem uns traumas que ficam guardados para o futuro”*, pois a conseqüência *“pode não aparecer assim no momento, mas vai aparecer”* (**THD-Eb**). Assim também entende outros profissionais ao dizerem que a violência repercute na *“formação futura”* das vítimas (**F-Ea**), sendo que elas *“ficam com aquele trauma para o resto da vida”*. (**ACS4-Ea**).

Ainda, segundo **ACS3-Ea**, *“a pessoa que sofre isso [sofre violência], mais adiante, com o tempo, tem muitas conseqüências”*, ela pode se tornar *“adulto frustrado, nervoso, agressivo”* (**ACS4-Eb**); pode *“vir a ter, mais tarde, vários problemas emocionais, distúrbios”* (**ACS5-Eb**); pode, ainda, *“ser um adulto violento também”* (**ACD-Ea**); e a violência sofrida pode mesmo afetar sua *“vida profissional, quando adulto”* (**AS-Ea**).

Como já abordamos, as formas de reagir à violência sofrida podem variar de pessoa para pessoa; contudo, devemos ressaltar que as conseqüências existem. Se em princípio não há indícios aparentes da vitimização e, além disso, a vítima nega ou reprime seus sentimentos – ou por medo, ou por querer apagar da memória a violência sofrida – posteriormente, em algum momento de sua vida, eles poderão

aflorar, fazendo emergir as conseqüências da violência vivida, interferindo, de alguma forma, em sua vida.

Um dos aspectos mais levantados pelos profissionais no que se refere ao assunto em questão é a concretização do ciclo de violência. Nesse sentido, **AE1-Ea**, ao refletir sobre o problema, afirma: *“futuramente, quando ela [a criança] for adulta, ela vai levar como normal isso para educar seus filhos. Então, tem que ter muito cuidado da maneira que educa porque ela [a criança] vai copiar, ela vai se espelhar. A mesma experiência com que ela conviveu na família, ela vai levar para frente, como correto para ela [a criança]”*. Isso ocorre, conforme **ACS3-Ea**, porque *“tudo que se aprende, bem que falam, vem do berço”*.

Compartilhando dessa mesma idéia, afirma **AE1-Eb** que *“da maneira que tratam a criança é a maneira que ela vai ser criada e vai se desenvolver; se for com grosseria e estupidez é assim que ela vai se criar, se for com amor e carinho...”*; pois *“tudo o que você planta na cabecinha da criança, ela vai desenvolver na fase adulta. Violência vai gerar violência. Mais tarde, quando ela construir uma família, ela vai viver em cima disso [...] na fase adulta geralmente se pensa ‘meus pais faziam isso comigo e eu fui educada bem e eu vou educar assim’ (AE2-Eb)*; então, esses sujeitos *“vão se criar como o pai e a mãe” (ACS7-Ea)*. Assim, revela **AE3-Eb**: *“Hoje a gente vê que tem pais muito agressivos, mas é conseqüência do que eles sofreram lá na infância, porque você faz aquilo que você leva com você. No futuro, os filhos de hoje vão ser os pais de hoje”*.

Evidencia-se, novamente na fala dos profissionais, a possibilidade de naturalização das experiências da violência vividas na infância e na adolescência e, a partir dela, a construção e o fortalecimento do ciclo de violência familiar. Nesse sentido, a violência pode se tornar um modo de vida para as crianças.

Como aprenderam que confiar no outro somente as expõe ao perigo e à dor, elas desenvolvem um medo de que o outro as prejudique e evitam se envolver. Tal aprendizado claramente solapa sua habilidade de fazer amizades e mais tarde relacionamentos de amor. O senso comum poderia nos levar a esperar que crianças que sofram tanta violência nas mãos de seus pais fariam qualquer coisa para dar aos seus próprios filhos uma infância melhor do que aquela que tiveram. Ainda assim, evidência empírica demonstra que muitas delas, especialmente os do sexo masculino, vêm a espancar os seus filhos, transmitindo a violência de geração a geração. (SALOMOM, 2002, p.76).

O ciclo de violência, afirma-se como pressuposto de forte influência na vida das crianças e dos adolescentes vitimizados. Por exemplo, **AE1-Ea** relata que a criança *“pode até achar que foi incorreto com ela”*, porém, *“é difícil aqueles que percebem: ‘não, eu sofri muito quando era criança, não vou fazer isso com meus filhos’*; sendo assim, *“geralmente, a tendência é levar, por mais que ele não queira fazer, ela vai acabar praticando a mesma violência”*.

Os valores culturais que legitimam certos atos de violência como forma adequada de educação e formação de crianças e adolescentes são tão fortes no meio social e no meio familiar que, mesmo não aceitando esses valores, comumente, os adultos passam, por vezes de forma inconsciente, a propagá-los. É por isso que Santos (2002, p.196-197) afirma: “Crianças maltratadas têm uma alta probabilidade de se converter em pais que também maltratarão. Ao não se romper essa cadeia, estaremos perpetuando e consolidando uma espiral de violência”.

Por este fato, torna-se tão difícil combater a violência familiar, tendo em vista que ela constitui, muitas vezes, parte da consciência e dos hábitos das pessoas, sendo propagada em seus relacionamentos interpessoais.

3.4 O PSF E A VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ENFRENTAMENTO E INTERVENÇÃO

Quando perguntamos aos profissionais entrevistados sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes e sua relação com o PSF, os profissionais afirmaram ser esta problemática um dos focos de atuação do Programa, assim como declarou **D-Ea**: *“na verdade é uma das nossas funções dentro do PSF, principalmente porque você olha o indivíduo como um todo. Você não está olhando tecnicamente, mas como uma pessoa de direitos, a cidadania dele”*; e como confirma **ACS3-Eb**: *“O PSF, cada ação que ele faz é voltada para o ser humano como um todo, a gente procura ver ele como um todo”*.

Nesse sentido, os profissionais citados destacam que o Programa procura trabalhar todos os aspectos que envolvem a população atendida, considerando não apenas a intercessão na doença, mas, principalmente, os aspectos e os meios que envolvem suas vidas, buscando construir um ambiente saudável, e, conseqüentemente, diminuindo os riscos à saúde.

O princípio da humanização se revela, nessa perspectiva de totalidade, como essencial para a atuação junto aos indivíduos, principalmente, porque, para que haja intervenção, a ESF deve conhecer o indivíduo e seu meio, suas características e suas necessidades. A partir da humanização, pretende-se “[...]”

valorizar a vocação humanística da prática sanitária, imprescindível para minorar o sofrimento humano”. (MENDES, 1996, p.280).

Além de uma atuação humanizada, o PSF busca cumprir o princípio de integralidade no atendimento, implicando em ações realizadas desde a promoção até a recuperação da saúde do indivíduo, considerando este indivíduo “[...] em todas as fases do ciclo vital e em todas as suas crises”. (BELLUSCI, 2003, p.22).

A proposta do PSF considera o indivíduo, inserido em uma família e em uma comunidade, universos que influenciam na formação desse indivíduo e de suas especificidades. Por esse motivo, trabalhar exclusivamente um determinado problema de uma pessoa é reduzir a importância dos demais elementos que compõem a sua vida e o contexto em que ela está inserida.

Sendo assim, intervir junto às famílias torna-se a base das ações das ESF. A clareza sobre a importância de atuar com as famílias é um elemento apresentado nas falas dos profissionais entrevistados, conforme veremos a seguir: *“quem trabalha no PSF, vem com um olhar diferente, não só do paciente, mas procura se integrar em relação à família, pessoas de convívio, o local onde ele mora. Então o PSF já vem preparado para não intervir somente naquele problema, naquela queixa principal, mas também para buscar respostas para os anseios, as dificuldades das pessoas que são da nossa área” (D-Ea)*; *“a gente tem que trabalhar tudo que envolve a família, é a intenção do Programa. Não tem como você trabalhar a família sem trabalhar o todo. Você tem que trabalhar com todo o problema dela”.* (AE2-Ea).

A atuação junto às famílias possibilita ao PSF identificar e intervir em questões que interferem na dinâmica familiar. Da mesma forma, ao abordar este

grupo, o PSF permite que o meio em que a família está inserida seja modificado, tendo em vista que a influência dos acontecimentos familiares incide sobre este meio. Nessa perspectiva, Dominguez (1997, p.24) aponta que, em se tratando da atenção à saúde, “[...] há de se ter em conta que a família é a causadora de muitos problemas, porém, também é um recurso para prevenir e resolver muitos outros”.

Porém, não podemos deixar de destacar que, da mesma forma que a família exerce influência sobre o meio, este também influencia a dinâmica familiar e, compreender a atuação profissional numa perspectiva de totalidade é também considerar essa relação.

Entre os problemas que interferem na dinâmica familiar e que repercutem no meio social está a violência familiar contra crianças e adolescentes. Ao aplicarmos o questionário com as 15 ESF, buscamos identificar como os profissionais percebiam a relação entre os casos de violência familiar contra crianças e adolescentes e a intervenção do PSF. Perguntamos, então, a esses profissionais qual a importância atribuída à intervenção do PSF nos casos de violência dessa natureza. Obtivemos as seguintes respostas:

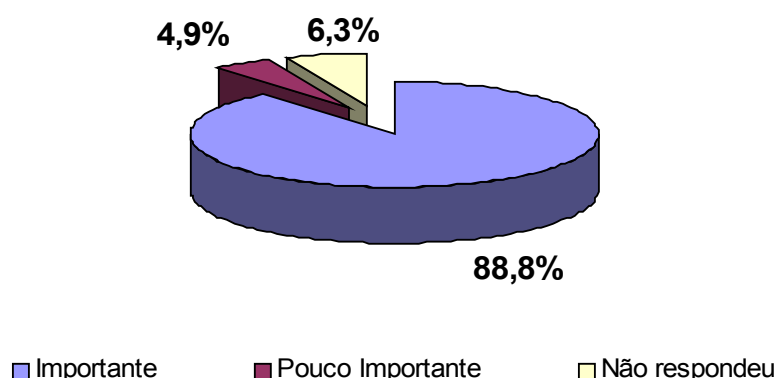


GRÁFICO 5 – Importância da atuação das Equipes de Saúde da Família nos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes.

Como podemos perceber no gráfico, a maioria dos profissionais das equipes abordadas através do questionário (88,8%) afirmaram considerar importante que as ESF realizem trabalhos de intervenção junto ao fenômeno, tornando claro que esta intervenção faz parte das atribuições do PSF. Essa compreensão fica expressa na fala de dois dos profissionais das equipes entrevistadas: *“A gente tem uma certa carga em cima disso. Como profissionais da saúde treinados para lidar com o povo, acho que nós temos uma boa parcela de responsabilidade para evitar isso” (D-Eb)*, pois *“se você não conversa, não se manifesta de jeito nenhum, você vai estar colaborando para que essa violência continue” (AE1-Ea)*.

A responsabilidade atribuída à área de saúde, e nesse caso ao PSF, é reforçada na fala de **AS-Ea**: *“A violência, hoje em dia, não é mais só um problema de polícia, ela é um problema de saúde também, então, vai exigir o processo de intervenção dos profissionais da saúde também”*.

Como vimos nos capítulos anteriores deste estudo, a área da saúde apresenta-se como uma das principais áreas que tem contato com os casos de violência, entre elas a violência familiar contra crianças e adolescentes. Nesse sentido, torna-se responsabilidade direta dos profissionais intervir sobre esta realidade, sendo que, conforme revelam Oliveira et al (2004), destes profissionais se tem exigido um maior compromisso, indo além das ações curativas e imediatistas; deles se espera ações que possibilitem prevenir estes casos ou mesmo seus agravos, promovendo a qualidade de vida, que só é possível se considerar “[...] a vida cultural, social e econômica incorporada como parte do processo

saúde/doença” (BORGES, 2002, p.17) e, assim, a condição de cidadania dos indivíduos atendidos.

Tendo em vista as características do PSF, o fato de poder atuar junto às famílias é considerado pelos profissionais entrevistados um diferencial no combate à violência familiar na área da saúde. Essa afirmativa fica evidente nas falas dos profissionais: *“nós temos uma facilidade maior de detectar os casos porque com a nossa convivência com a família, a gente acaba sabendo dos problemas e a gente tem mais condição de saber porque está acontecendo” (D-Eb)*; *“você acaba conhecendo as famílias, com o tempo você vai vendo: essa mãe é etilista, o pai é etilista, chega e briga em casa, ela fica deprimida, acaba descontando na criança que acaba descontando no cachorro, aquela história!” (F-Ea)*; *“o bom é que você tem acesso nas casas. Você conhece cada um, você sabe que naquela casa tem o ‘problema tal’” (THD-Eb)*; *“a gente fica num contato mais direto com as famílias, você tem uma convivência melhor, criam uma confiança em você. É uma convivência diária, são oito horas por dia, você se torna da comunidade” (M-Eb)*; *“A gente tem mais acesso às famílias. Isso facilita porque a gente pode perceber algumas coisas, a gente tem como estar interferindo” (E-Eb).*

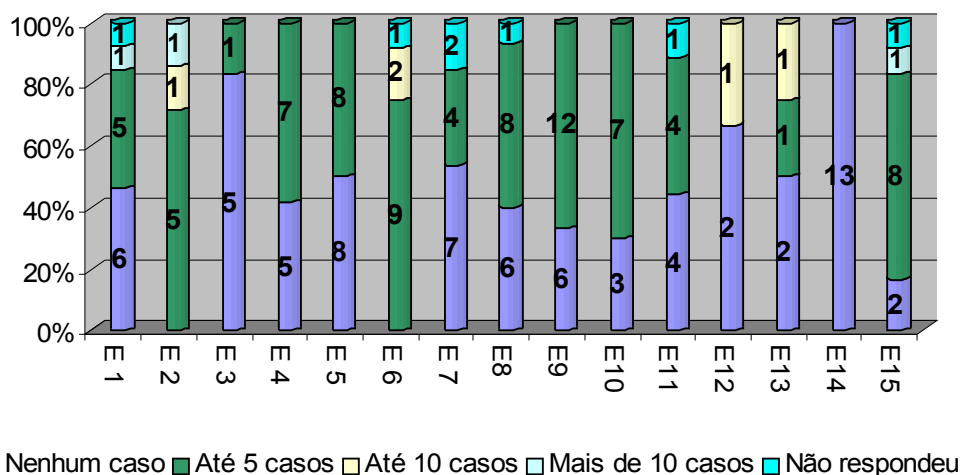
A partir das falas dos profissionais podemos destacar que o fato de estarem próximo das famílias torna mais fácil a identificação de aspectos relacionados à violência familiar. Esta proximidade é possível devido à adscrição da área de atuação, a formação de ESF que se tornam referência à população atendida e

também ao princípio de atendimento longitudinal, ou seja, proporcionar a população um processo contínuo de cuidados.

A delimitação do espaço, e assim, das famílias a serem atendidas e a atuação diária dos profissionais torna possível esta proximidade, abre espaço para que as ESF conheçam as características de cada família e, assim, os problemas que exigem a intervenção profissional, que deve se caracterizar como um processo contínuo de cuidados, ou seja, as equipes devem acompanhar constante e continuamente a população atendida – independente dessa apresentar sintomas de agravos à saúde ou não.

Essas características do PSF viabilizam um atendimento diferenciado nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, principalmente porque os profissionais, tendo um contato direto e acompanhando as famílias, têm maior possibilidade de identificar não apenas os casos consumados, mas as situações de conflito que possam levar a violência.

Buscando identificar a realidade da violência familiar contra crianças e adolescentes nas famílias atendidas pelo PSF de Ponta Grossa, perguntamos aos



profissionais das 15 ESF abordadas através do questionário, se estes, durante o ano de 2003, tomaram conhecimento de casos dessa natureza. As informações obtidas podem ser visualizadas no gráfico que se segue:

GRÁFICO 6 – Número de casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes conhecidos pelos profissionais de cada Equipe em 2003.

Podemos perceber que dos 136 profissionais que responderam esta questão, 87 (63,9%) afirmaram conhecer casos de violência familiar contra crianças e adolescentes. Destes profissionais 90,8% disseram ter conhecimento de até 5 casos; 5,8% tinham conhecimento de até 10 casos; e 3,4% conheciam mais de 10 casos.

Esses dados não só revelam que o fenômeno é parte da realidade dessas famílias como também que ele representa um problema de necessário enfrentamento pelas ESF. Ao identificar os casos, os profissionais se tornam comprometidos com sua abordagem e resolução, e se assim não o fizerem, os

profissionais torna-se cúmplices dos agressores, sendo co-responsáveis, pelas consequências que podem ser desencadeadas.

Buscamos também, através do questionário, saber qual era a real proporção de casos não apenas conhecidos, mas atendidos pelas 15 ESF abordadas, durante o ano de 2003. Para essa indagação, obtivemos as seguintes respostas:

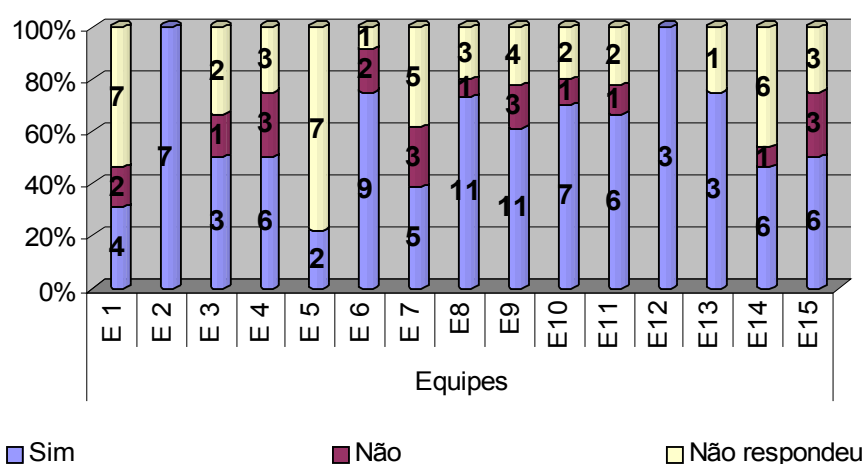


GRÁFICO 7 – Intervenção das Equipes de Saúde da Família nos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes.

Podemos perceber que os profissionais, dentro de cada uma de suas equipes, afirmaram que estas intervêm nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes. Assumindo a responsabilidade sobre suas áreas de abrangência, e assim, sobre as problemáticas apresentadas por elas, as equipes percebem que a violência ocorrida na família contra crianças e adolescentes torna-se fator necessário de ser trabalhado. Isso porque, como já havíamos afirmado, ela se configura como um fator de risco à saúde das vítimas, assim como representa um fator de risco para a família e para a comunidade de forma geral – tendo em vista que as consequências desencadeadas por violência dessa natureza afetam a vítima, mas também repercutem no meio em que ela está inserida.

Ao considerar a violência familiar contra crianças e adolescentes um problema de necessária intervenção por parte das ESF, os profissionais que participaram das entrevistas afirmam que o PSF destaca-se na área de saúde, e assim, na abordagem desse problema, por ter a possibilidade de, atuando junto e cotidianamente com as famílias, realizar ações preventivas. Deste modo, a prevenção é uma das estratégias de intervenção nos casos de violência, pois “*o PSF faz um acompanhamento, faz um trabalho mais de prevenção*” (**AS-Eb**), o qual se dá, segundo **ACS1-Eb**, no cotidiano das ações: “*Só o fato de nós sairmos na rua, conversar, você tem acesso a tudo que a tua comunidade está passando. Então você vai buscar informações e já está levando informações*”. Assim, o Programa busca “*tratar o problema no começo, para evitar grandes traumas nessas crianças*” (**ACS6-Ea**), “*para estar evitando outras consequências que viriam*” (**E-Eb**); para “*melhorar a qualidade de vida dessas crianças*” (**M-Ea**).

Atuar de forma preventiva é inibir a violência; nesse sentido, o acompanhamento realizado pelas ESF possibilita a interferência nas consequências que possam comprometer a saúde e, de forma geral, a vida desses sujeitos.

O fato de estarem mais próximos do cotidiano familiar, de conhecer as pessoas atendidas e a realidade delas, possibilita aos profissionais do PSF estarem um passo à frente das demais instituições, pois, através de suas ações cotidianas, as equipes podem, ao mesmo tempo em que colhem informações, levar informações sobre o assunto em questão, podem estar interferindo cotidianamente sobre os conflitos apresentados nas famílias e inibindo o acontecimento de casos de violência.

A prevenção, nesses casos é realizada, principalmente pela orientação, pelo repasse de informações às famílias. Estas são as estratégias apresentadas por **ACS1-Eb**: *“A gente que trabalha na saúde percebe que a orientação, a informação é um modo de prevenção que vale muito mais que a medicação depois [dos problemas acontecidos]”;* e também por **ACS4-Eb**: *“esses casos precisam de intervenção, de orientação”*.

A partir dos elementos apresentados pelos profissionais podemos destacar que a proximidade construída entre equipes e famílias cria um espaço de diálogo, onde as informações sobre os assuntos relacionados à infância e à adolescência, assim como as orientações sobre como proceder com esses sujeitos (em cada fase de suas vidas, considerando suas particularidades) podem ser oferecidas através de atividades rotineiras – como consultas médicas, acompanhamento do grupo de gestantes e no clube de mães, visitas domiciliares realizadas pelos profissionais – ou ainda através de ações específicas voltadas ao fenômeno – palestras, oficinas, entre outras.

3.5 RECUPERAÇÃO E PROMOÇÃO: ENFRENTANDO OS EFEITOS

Diante da confirmação da existência de casos de violência familiar contra crianças e adolescentes nas comunidades atendidas pelo PSF e da intervenção das ESF nesses casos, buscamos identificar quais são as ações desenvolvidas por estas equipes para o enfrentamento do fenômeno.

Por meio do questionário, perguntamos aos profissionais das 15 ESF abordadas de que maneira se procediam as ações na intervenção da violência em questão. Os profissionais nos apontaram as seguintes ações:

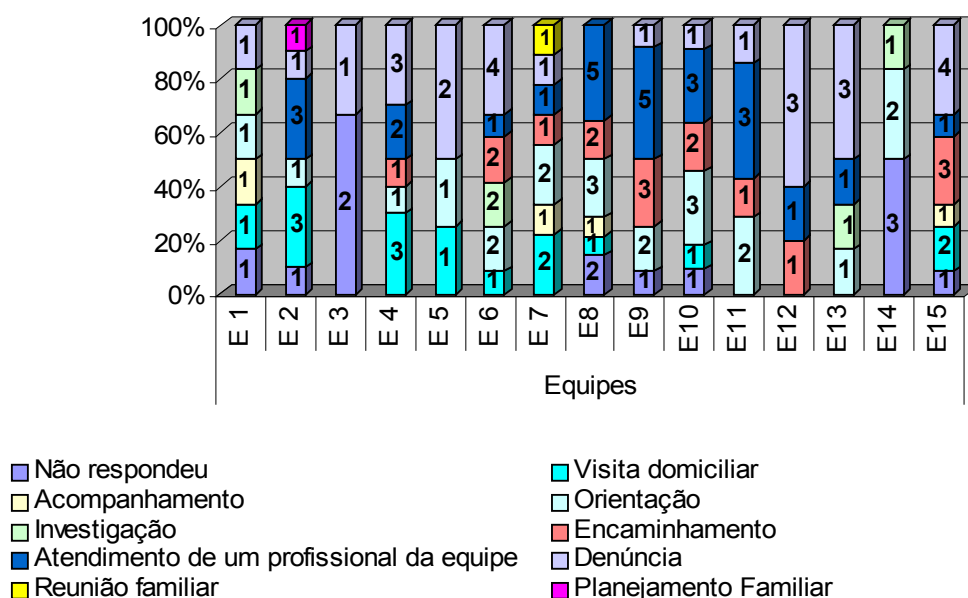


GRÁFICO 8 – Formas de intervenção adotadas pelas Equipes nos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes.

Entre as ações mais citadas pelos profissionais estão: a denúncia com 18,1% (onde em 92,3% o Conselho Tutelar foi citado como referência); a visita domiciliar, com 15,4%; a orientação, com 12,5%; o encaminhamento, com 11,1%; a investigação, com 2,7%; o acompanhamento, com 2,1%; e a reunião familiar e o programa de planejamento familiar, cada um com 0,69%.

Os dados apontam que as ações empregadas para intervir nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes são as mesmas desenvolvidas pelos profissionais no cotidiano de atuação, mostrando que a intervenção da problemática não exige, em um primeiro momento, ações complexas, mas necessita de ações contínuas e sutis – como a informação, a orientação, entre outras apontadas.

São estas ações que garantem ao Programa a possibilidade de se diferenciar das demais instituições de saúde no enfrentamento da violência familiar, pois garantem a atenção à saúde pautada na promoção e na prevenção. Assim, compreendemos que a intervenção proposta pelas ESF abordadas busca, através das diferentes estratégias, garantir o caráter preventivo da violência familiar contra crianças e adolescentes e de suas conseqüências.

Contudo, cabe ressaltar que as formas de atuar nessa realidade podem se diferenciar de equipe para equipe, pois, conforme Bellusci (2003, p.21), um dos princípios do PSF é a orientação por problemas, ou seja, é “[...] agir baseado na avaliação prévia dos problemas da população envolvida. Problemas estes que são apontados pela própria comunidade e discutidos com a Equipe de Saúde da Família”. Seria, então, identificar, descrever e reconhecer os problemas da população, através das informações e da reflexão em equipe, e, por meio desse processo, identificar as problemáticas apresentadas que devem ser trabalhadas. (MENDES, 1996).

Nesse sentido, é necessário que as equipes realizem suas ações pautadas na leitura da realidade da população atendida, considerando os recursos disponíveis na comunidade. (BELLUSCI, 2003). Afirmo Mendes (1996, p.208) que “[...] não deve existir precondições para o desenvolvimento da saúde da família e deve-se partir do que se tem, efetivamente, de recursos econômicos, organizativos e de poder para ir construindo, na marcha, a proposta”.

Assim, as ações desenvolvidas por cada equipe poderão ter abordagens diferenciadas, conforme a especificidade de sua área adscrita, o que proporciona uma aproximação com resultados mais eficazes para a realidade das famílias atendidas. Nesse sentido, a intervenção em relação à violência familiar contra

crianças e adolescentes, mesmo que as equipes possam desenvolver algumas ações comuns, pode diferenciar-se na forma de ser abordada e na forma de encaminhar os casos segundo as especificidades encontradas pelas diferentes equipes em suas áreas respectivas de atuação.

A seguir, buscaremos apontar as estratégias de ação expostas pelas ESF abordadas nas entrevistas, destacando as semelhanças e as diferenças das ações propostas e desenvolvidas em cada uma delas.

Partindo do pressuposto de que as ESF devem desenvolver ações segundo a realidade e as características de suas áreas de abrangência, os profissionais da **Equipe b** destacaram que uma de suas linhas de ação frente à violência familiar contra crianças e adolescentes é o trabalho com grupos. Dessa forma, **F-Eb** destaca: *“A gente faz palestras, nas conversas, nos grupos de gestantes a gente comenta alguns assuntos”*; da mesma forma **M-Eb** afirma que *“A prevenção é feita através de palestras, feitas aqui na Unidade, com grupos separados, ou de mães, ou de gestantes. A gente tem palestras que a gente reúne, conversa com os pais”*.

Assim também afirmaram **ACS5-Eb**: *“A gente tem abertura para implantar ações, já tentamos fazer palestras educativas nas escolas com os alunos, com os pais a gente tenta falar também”*, e **ACS3-Eb**: *“Quando a gente promove um encontro de gestantes, a gente está conversando com elas, a gente já dá orientação. No grupo de jovens, a gente procura saber. Nos clubes de mães, a gente procura saber”*.

O trabalho com grupos proporciona à equipe executar ações que podem abordar o assunto de forma específica, como foram citadas as palestras e, de maneira informal, isto é, através de conversas. Para tanto, os profissionais

apontaram que algumas ações são desenvolvidas na USF, durante o atendimento de grupos específicos, em especial o grupo de gestantes, e outras são realizadas na escola, apontando a possibilidade de um trabalho em conjunto, ampliando assim os universos de atuação da equipe no combate à violência familiar contra crianças e adolescentes.

Ao trabalhar com os pais, a equipe possibilita a abertura de um espaço para esclarecer dúvidas e para informar estes sobre aspectos relacionados à vida das crianças e dos adolescentes; possibilita criar um espaço de reflexão sobre os relacionamentos interpessoais desenvolvidos no meio familiar e sobre o papel desses sujeitos no meio em questão.

Um aspecto importante levantado na fala desses profissionais foi a busca em desenvolver ações de combate à violência familiar também com o grupo de jovens. Além de ter a possibilidade de identificar casos de violência ocorridos com estes, a equipe pode transmitir informação que contribua para a quebra do ciclo de violência, tendo em vista que estes possivelmente serão futuros pais.

Através do trabalho com grupos de gestantes, a equipe tem maior possibilidade de acompanhar este grupo e, durante este acompanhamento, a ESF pode preparar as mães para a chegada de seus filhos, abordando os cuidados necessários e incentivando a não-violência. A convivência estabelecida entre as gestantes e a equipe cria também um ambiente de confiança, sendo que a equipe pode se tornar referência para esclarecimento de dúvidas futuras.

Os profissionais destacaram, ainda, o trabalho de orientação que é realizado pela equipe nos casos violência familiar contra crianças e adolescentes, conforme pode ser observado na fala de **AE2-Eb**: *“às vezes a gente vai lá e conversa e mostra que aquilo não é a direção correta, mostra outra direção para o que esteja*

*acontecendo”, e no que diz **AE1-Eb**: “a gente dá uma orientação para a família, do que deve ser feito”.*

Com relação à **Equipe a**, apenas um profissional citou a orientação: “*eu converso com o pai e com a mãe, tento explicar*”. (**ACS3-Ea**).

A orientação, nesses casos, emerge como uma forma de intervir na realidade de crianças e adolescentes que se encontram em um ambiente onde a violência ou o risco dela se faz presente. Nesse sentido, os profissionais afirmaram buscar reverter a situação encontrada por meio do esclarecimento da situação e do apontamento de saídas desta situação.

Contudo, temos que ter claro que a abordagem junto a essa realidade não pode se apresentar como uma forma de impor verdades absolutas e nem julgar os membros das famílias. Deve-se levar em conta as particularidades dessas famílias, os elementos que interferem nesse meio e que possam estar contribuindo para o desenvolvimento da violência contra crianças e adolescentes.

Dessa forma, conforme afirma o Ministério da Saúde,

As ações dos profissionais da USF devem entender a família em seu espaço social, compreendendo-o como rico em ações interligadas (interações) e conflitos. A construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, com intervenções diretas na saúde de seus membros. Ao profissional de saúde que entra na dinâmica daquela família, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele núcleo de pessoas, intervindo de forma mais participativa e construtiva. (BRASIL, 2001, p.74).

O fato de reconhecer e respeitar as características das famílias não significa, no entanto, aceitar a violência que possa estar ocorrendo nesse meio, mas sim buscar reconhecer as potencialidades de superação do problema pelo próprio grupo familiar e contribuir para amenizar os conflitos existentes.

Tendo em vista a complexidade de se atuar junto a esses casos, principalmente o fato de que as famílias, na maioria das vezes, escondem e negam a existência deles, a aproximação amistosa com essas famílias torna o trabalho menos conturbado e mais produtivo, em especial quando os atos de violência ainda não se concretizaram e as situações de conflito estão no início.

Outro fato destacado foi o acompanhamento dos casos. Assim, **AS-Eb** afirma: *“A gente procura dar acompanhamento através de visita domiciliar, estar conversando. A gente tem o programa de puericultura, só que ele é voltado para crianças de 0 a 1 ano e no programa de puericultura a gente observa. Mas esse contato é mais com violência física, para ver se tem algum hematoma, para ver se tem algum sinal, alguma cicatriz”*. Também o profissional **ACS3-Eb** relatou: *“A gente participa do dia-a-dia da pessoa, a gente começa a ir quase que diariamente na casa da pessoa para ver os progressos ou se está tendo alguma resistência. Estamos sempre trabalhando essa questão para não deixar a violência crescer. A gente sempre aconselha eles para trazer a público, encaminhar para a gente”*.

Apenas um profissional da **Equipe a** destacou o trabalho de acompanhamento dos casos de violência relatando: *“Estou passando seguidinho para ver. Sempre estou voltando lá, conversando, até ver o problema. A gente fica mais em cima daí, conversando mais, com as meninas, com a mãe, com o pai”*. (**ACS3-Ea**).

O acompanhamento, nesses casos, ocorre por meio de atividades já realizadas pelas equipes, principalmente através da visita domiciliar.

A visita domiciliar representa um importante instrumental adotado pelo PSF para o acompanhamento das famílias cadastradas. O fato de estar previsto no Programa a realização de visitas rotineiras às famílias atendidas, e assim, o acompanhamento da realidade delas, torna possível aos profissionais acompanhar também o desenrolar de situações de violência ou de risco de violência.

Devemos ressaltar ainda o acompanhamento realizado através da puericultura, conforme foi afirmado por **AS-Eb**. Considerando que outros profissionais dessa mesma equipe já haviam afirmado realizar um trabalho com o grupo de gestantes, percebemos que a intervenção junto ao fenômeno tem continuidade através da puericultura.

É interessante notar que, em sua maioria, as mães que participam desse último tipo de ação são as mesmas que foram acompanhadas durante sua gestação. Nesse processo, os profissionais têm possibilidade de conhecer melhor a mãe (suas características e realidade vivida), como se desenvolveu a gestação dela, as suas expectativas com relação ao nascimento de seu filho, como ela vem cuidando da criança após o nascimento, o que espera com relação à educação e ao desenvolvimento de seu filho, entre outras coisas.

Na puericultura, os profissionais podem identificar possíveis casos de violência física, sexual ou de negligência, tendo em vista que, periodicamente, as crianças são examinadas. Além disso, através das consultas, os profissionais podem continuar o trabalho de informação e orientação, iniciado no pré-natal.

Ainda, buscando apresentar as estratégias de enfrentamento da violência familiar contra crianças e adolescentes, as ESF entrevistadas destacaram que a investigação caracteriza-se como uma das linhas de ação, conforme expresso na fala de **ACS4-Ea**: *“Muito mais que denunciar, a gente tem que trabalhar para ver*

*porque está acontecendo isso, porque às vezes é falta de orientação [...] tem que ver porque está acontecendo isso, às vezes não adianta só denunciar um caso à polícia ou ao Conselho Tutelar, tem que ver qual o motivo porque está acontecendo isso, para poder orientar ou encaminhar”; e na fala de **ACS5-Ea**: “tem coisas que eles não contam nem para você, que você tem que perceber. Começa a investigar e você já vai percebendo que tem alguma coisa diferente naquela família. Você começa a investigar, vem, conversa com a assistente social, dá um jeito de trazer a pessoa para conversar, sem, às vezes, falar diretamente o que é”.*

O fato de ter a possibilidade de estar em constante contato com as famílias possibilita ao PSF reconhecer a realidade dessas famílias, suas características e peculiaridades. Sendo assim, partindo do que já é conhecido pelos profissionais, aspectos que se mostrem novos podem ser identificados através da observação desses com relação, principalmente, às atitudes das pessoas.

Outra forma de investigar casos de violência familiar contra crianças e adolescentes é buscar, no meio que a família vive, informações sobre ela, através de vizinhos, de parentes próximos, da creche e/ou escola e de outras instituições de que ela participe.

Devemos ressaltar ainda que vários profissionais da **Equipe a** relataram que não são feitos trabalhos de prevenção. Mesmo considerando importante **AE1-Ea** diz: “*eu não vejo acontecer. Com prevenção a gente não trabalhou ainda*”. Da mesma forma, afirmam **AE2-Ea**: “*Trabalho preventivo, ainda não tivemos*”; **ACS2-Ea**: “*Não foi feito, por enquanto, nada com relação a prevenção*”, e **AS-Ea**: “*O que foi*

trabalhado foram as questões que surgiram, as situações que apareceram e foi denunciado, foi orientado. Preventivamente não foi realizado nenhuma ação específica”.

Como podemos perceber na fala dos profissionais acima citados, a equipe em que atuam não havia desenvolvido nenhuma forma de trabalho preventivo no que se refere à violência familiar contra crianças e adolescentes, muito embora tenham constatado casos dessa natureza na comunidade sob sua responsabilidade.

Isto se deve ao grande número de atendimentos realizados na USF, que limita o tempo dos profissionais para desenvolverem outras atividades e prende a atenção deles em casos onde haja agravos da saúde, o que pode ser percebido nas falas de **ACS2-Ea**: *“Ainda não deu tempo da gente tomar uma atitude”*; e da **AE1-Ea**: *“A gente pensa mais na doença e acaba esquecendo que isso também é uma coisa que gera doença”*.

Mesmo que a proposta do PSF afirme uma renovação no atendimento em saúde, pois a promoção e a prevenção apresentam-se como elementos centrais, o que nós podemos perceber é que, assim como a equipe citada, outras equipes acabam tendo que conviver com a dicotomia entre realizar trabalhos imediatistas (de contenção dos agravos à saúde) ou realizar trabalhos de promoção à qualidade de vida. É claro que o PSF também desenvolve ações de recuperação da saúde, porém, estas devem caminhar junto com as ações de promoção e prevenção, e para tanto a equipe não pode estar aprisionada a ações curativas.

Além disso, como afirmam Azevedo e Guerra (2002a, p.08), nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, não havendo prevenção corre-se

“[...] o risco permanente de chegar sempre tarde demais para salvar a qualidade de vida da infância e/ou adolescência”.

Em se tratando das denúncias dos casos aos órgãos competentes, podemos constatar que ambas as equipes possuem uma característica comum, sendo ela o fato de denunciar apenas quando sentem que não conseguem resolver o problema.

Assim, afirmam os profissionais da **Equipe a**: *“O que a gente pode é encaminhar para o Conselho, a não ser que seja coisa que dê para resolver por aqui. A assistente social passou para o Conselho e o Conselho veio, investigou. A gente não ficou indo lá, trabalhando em cima disso. A gente não ficou indo lá para saber o que deu e o que não deu; foi encaminhado para o Conselho e a gente não mexeu mais no caso, mesmo porque fica complicado, não é muito fácil” (AE1-Ea)*; *“Quando acontece da gente saber que pai ou mãe bate, a gente conversa com a família e explica: ‘se continuar assim a gente vai ficar sabendo e a gente vai chamar o Conselho Tutelar’. Se só conversar não adianta, eu vou para a parte de intimidar” (E-Ea)*.

Com relação à **Equipe b**, obtivemos as seguintes respostas: *“quando a gente tenta ajudar e dá certo, daí fica por aqui mesmo, mas quando não, aí tem que apelar” (AE2-Eb)*; *“De imediato a gente costuma conversar, mas quando não tem diálogo, aciona o Conselho Tutelar, o Conselho toma as atitudes que tem que tomar” (ACS4-Eb)*; *“Quando é um caso muito extremo é comunicado ao Conselho Tutelar” (M-Eb)*.

Através dessas falas podemos perceber que a prioridade dada pelos profissionais na intervenção da violência familiar contra crianças e adolescentes é de

buscar resolver os casos dentro da rede de convivência estabelecida entre família e ESF. Nesse sentido, os profissionais buscam, primeiramente, conversar e orientar os responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes, buscam soluções no próprio núcleo familiar. Muito embora esta ação seja de fundamental importância para o enfrentamento da violência familiar contra crianças e adolescentes, rege o ECA, em seu artigo 245, que a notificação de suspeitas ou confirmação de casos de violência contra as crianças e os adolescentes é obrigação dos profissionais da área da saúde, assim como dos profissionais de educação.

Nesse sentido, a área da saúde “[...] recebeu um mandato especial que consta do Estatuto da Criança e do Adolescente, para atuar nos diagnósticos de maus-tratos: **cabe-lhe o dever de notificar**”. (BRASIL, 2002, p.08).

Ao acionar o Conselho Tutelar, as ESF podem estabelecer uma parceria no combate ao fenômeno, projetando ações que concretizem intervenções mais eficazes. Contudo, podemos perceber que a maioria dos profissionais não percebe o Conselho Tutelar com uma instituição parceira no enfrentamento da violência familiar contra meninos e meninas, pois este representa a instância solicitada apenas em casos graves, quando as equipes vêem frustradas suas ações.

É interessante notar, ainda, as falas dos profissionais **E-Ea** e **AE2-Eb**, anteriormente citados. Para eles, denunciar o caso ao Conselho Tutelar é uma ação apelativa, uma forma de ameaça, de punição à família agressora; apenas caso não cesse a violência é que o Conselho Tutelar é acionado.

Distante desta percepção acreditamos, assim como Tavares (2004), que uma das atribuições da área da saúde ao trabalhar com casos dessa natureza, não é o de divulgar o Conselho Tutelar como instituição punitiva, mas sim fortalecê-lo como instituição de apoio no atendimento ao fenômeno.

A compreensão de um trabalho conjunto entre ESF e Conselho Tutelar também faz parte do ideal de intervenção imaginado por alguns profissionais, como podemos perceber na fala de **E-Eb**: *“As Agentes Comunitárias indicam, geralmente elas vem falar comigo daí eu falo com a assistente social, e a gente liga para o Conselho Tutelar. A gente vai fazer visitas, logicamente, sem comentar nada, a gente acha uma desculpa, um outro motivo, faz a visita, observa, conversa sem comentar muito; aí passa para o Conselho Tutelar e a partir daí a gente só acompanha junto”*.

A partir de seu relato, o profissional entrevistado abordou aspectos essenciais para a intervenção nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, que segundo Tavares (2004), representam a investigação sobre as manifestações da violência e sobre as circunstâncias que levaram ao seu desencadeamento e a interrupção da violência.

A investigação, no caso citado pela profissional **E-Eb** revela a realização de visitas domiciliares, a observação da família e a busca de informações através do diálogo; concomitantemente, o profissional destaca que, diante da identificação dos casos e de suas características, o Conselho Tutelar é chamado para auxiliar na intervenção, e nesse momento os profissionais realizam o acompanhamento do caso.

Esta forma de abordar a violência familiar contra crianças e adolescentes evidencia possibilidades mais amplas de contensão do problema, principalmente porque as ações não ficam restritas a uma primeira abordagem, mas constituem-se em um trabalho contínuo, onde o acompanhamento fortalece a família e inibe a violência. Além disso, demonstra o comprometimento da ESF com a resolução do

problema, problema este que faz parte da realidade da família sob sua responsabilidade e dessa forma faz parte também da realidade da equipe.

O encaminhamento também foi uma ação citada na entrevista. Conforme **AE3-Eb** o procedimento se dá da seguinte maneira: *“As ACS trazem para os problemas para nós, daí a gente vai atrás, vai lá procurar resolver. Vê o fato, o que aconteceu e daí, se for caso de estupro, de surra, queimadura, essas coisas, a gente procura encaminhar para o hospital”*.

O encaminhamento evidencia o princípio de hierarquização do atendimento, expresso no PSF. Nesse sentido, o Programa situa-se “[...] como parte de um sistema de saúde, que precisa de apoio de níveis mais complexos em muitas ocasiões”; sendo necessário “[...] um sólido e eficaz mecanismo de referência e contra-referência que seja capaz de mediar essa inter-relação”. (BELLUSCI, 2003, p.21).

Enquanto componente mais próximo da população, o PSF pode, ao identificar um caso de violência e sua gravidade, agir acionando os setores de saúde que melhor poderão atender a esse caso. Da mesma forma, os encaminhamentos podem ser realizados a outros setores das políticas públicas e ao órgão responsável pelo atendimento dos casos de violência, ou seja, ao Conselho Tutelar.

Nesse sentido, o Programa tem a possibilidade de identificar os níveis de atenção necessários para abordar os casos de violência dessa natureza. Cabe ainda ressaltar que o encaminhamento não deve ser adotado apenas para atender as crianças e os adolescentes vitimizados, mas é imprescindível que a família também receba apoio de grupos sociais ou instituições governamentais, pois ela também precisa de ajuda.

Podemos perceber, até o momento, que as estratégias apresentadas pelas duas equipes entrevistadas apresentam-se semelhantes, pois a maioria das ações destacadas são realizadas por ambas. Porém, um dos aspectos que nos chamou a atenção foi o fato que elas apresentaram também ações específicas, sendo estas o trabalho intersetorial, desenvolvido pela **Equipe b**; e a educação continuada, desenvolvida pela **Equipe a**.

Em se tratando da primeira equipe citada, a experiência de trabalho intersetorial foi relatada pelo profissional **AS-Eb**. Segundo este profissional, o trabalho é realizado junto com as escolas e com a creche do bairro, sendo estas *“entidades que vieram para favorecer e para a gente fazer um trabalho em conjunto, porque não é só você trabalhar aqui na Unidade de Saúde, a gente pode somar” (AS-Eb)*.

A partir do exposto, podemos afirmar que o trabalho intersetorial concebe a integração das intervenções da área da saúde com outros setores da sociedade. Segundo Mendes (1996, p.277), os “[...] problemas de saúde, por serem complexos e maldefinidos, convocam, para sua solução, outros setores, fora do âmbito dos serviços de saúde”. Nesses casos, a atuação com instituições presentes na comunidade capazes de enfrentar de forma adequada as diversas situações, torna a intervenção mais ampla.

Sobre a experiência de aproximação com a escola, após a implantação da ESF no bairro, relata este profissional: *“a gente chegou aqui e a gente foi fazer contato com as escolas para contar porque a gente veio, porque a gente está aqui e tentar fazer trabalhos com as crianças e adolescentes ali, nas escolas do bairro. Então,*

eles conheciam, tinham essa vivência com a criança, eles vinham e: ‘olha, a gente tem uma família que está acontecendo assim...’ Aí a gente passou a dar mais atenção, a fazer mais visitas, fazer um acompanhamento [...] são coisas que a gente começou a observar e a trabalhar junto com a escola. Na creche tem muitos casos, assim, quem recebe a criança cedo já vê que a criança está com alguma alteração, então a diretora já chega ‘olha, vou precisar de uma consulta’” (AS-Eb).

A área da educação e a área da saúde são as mais próximas do atendimento das necessidades das crianças e dos adolescentes; por este fato, desenvolver um trabalho intersetorial entre elas proporciona ampliar as linhas de ação no combate à violência familiar.

No caso relatado, a apresentação da equipe e dos objetivos do PSF foi importante para que as escolas e a creche vissem na ESF um importante aliado na intervenção desse fenômeno, abrindo espaço para que os profissionais das instituições buscassem o apoio da equipe para desenvolver atividades e atender os casos constatados.

Como pudemos perceber na fala do profissional **AS-Eb** (profissional anteriormente citado), a convivência diária das crianças com os profissionais de educação possibilitou a identificação de casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, pois nesta convivência estes profissionais, especialmente o professor, têm maior facilidade de conhecer suas características e as possíveis alterações causadas pela violência.

Nesse sentido, a formação de uma rede de apoio às crianças e aos adolescentes vitimizados se apresentou como uma saída para o combate da violência, onde, por um lado, as escolas poderiam abordar os pais e acompanhar as

crianças e os adolescentes no dia-a-dia e, por outro, a ESF poderia acompanhar a família através das visitas e demais ações desenvolvidas.

As escolas e a creche contribuem no sentido de que muitas vezes, mesmo que o profissional da ESF esteja acompanhando as famílias, algumas coisas podem não ser notadas, num primeiro momento, e, no caso da violência familiar contra crianças e adolescentes, os pais/responsáveis, na grande maioria das vezes, fazem tudo que é possível para esconder. A troca de informações entre estas instituições possibilitou que casos fossem identificados e também o desenvolvimento de ações em conjunto possibilitou o atendimento desses casos.

Em se tratando da **Equipe a**, um dos aspectos destacados foi o processo de educação continuada. Conforme relata o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p.11), a educação continuada

[...] implica na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Assim, deve ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo. Em suma, saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades, de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade.

Segundo **AS-Ea**, *“tem um momento que a gente pára, faz um diagnóstico da situação, o que a gente precisa trabalhar mais, o que é que está bom e o que é que não está, o que tem que mudar. Dentro desse planejamento a gente previu que ia ter que trabalhar a saúde da criança [...] foram feitos módulos para estudar. Dentro desse atendimento à criança a gente decidiu que deveria parar um pouco e discutir a questão violência familiar, dentro da educação continuada”*.

Em sua fala o profissional destaca que, partindo do diagnóstico da realidade apresentada pela população atendida e também da avaliação das ações realizadas,

os profissionais da **Equipe a** se propuseram a desenvolver uma atividade de educação continuada, abordando assuntos relacionados à saúde nas diferentes fases da vida, entre elas a saúde da criança, onde a violência familiar constituía-se como um dos elementos abordados.

Podemos ressaltar que esta forma de educação deve levantar assuntos que façam parte da realidade vivida pela população, a qual passa a ser a realidade trabalhada pela equipe, proporcionando alterações nas práticas cotidianas dos profissionais envolvidos. Esse processo, deve proporcionar a criação e a recriação da prática da equipe, buscando melhorar a qualidade das ações empregadas pela ESF.

Para tanto, a troca de informações e experiências profissionais torna-se de fundamental importância para a construção de uma prática criativa, crítica e capaz de responder aos anseios da população. Porém, deve-se respeitar as particularidades de cada área profissional, pois além da necessária atuação interdisciplinar, cada profissional possui responsabilidades específicas que contribuem para o bom desenvolvimento das ações.

Consideramos que, ao propor e desenvolver a educação continuada, a equipe em questão avança no sentido de repensar suas ações diante dos problemas apresentados pela comunidade sob sua responsabilidade, incluindo a violência familiar contra crianças e adolescentes.

A educação continuada, nesse sentido, capacita os profissionais a atuarem nos casos dessa natureza, pois possibilita a eles trabalharem seus conceitos, refletindo a partir das experiências vivenciadas e de conteúdos teóricos relacionados ao fenômeno, e criarem formas mais eficazes de intervenção, tornando os resultados mais concretos e satisfatórios.

3.6 ATUAÇÃO E DISCUSSÃO DO TEMA NA INTERDISCIPLINARIDADE

Após constatarmos que a maioria dos profissionais do PSF de Ponta Grossa considera que a violência familiar causa danos à saúde das crianças e dos adolescentes (como expresso no gráfico 1) e também consideram a necessária intervenção das ESF nesses casos (dado apresentado no gráfico 5), podemos perceber que estes profissionais assumem como responsabilidade das equipes em que atuam a intervenção na problemática.

Ao perguntarmos, às 15 ESF abordadas através do questionário, sobre a participação dos profissionais de suas equipes no atendimento dos casos de violência contra a infância e adolescência, obtivemos os seguintes dados:

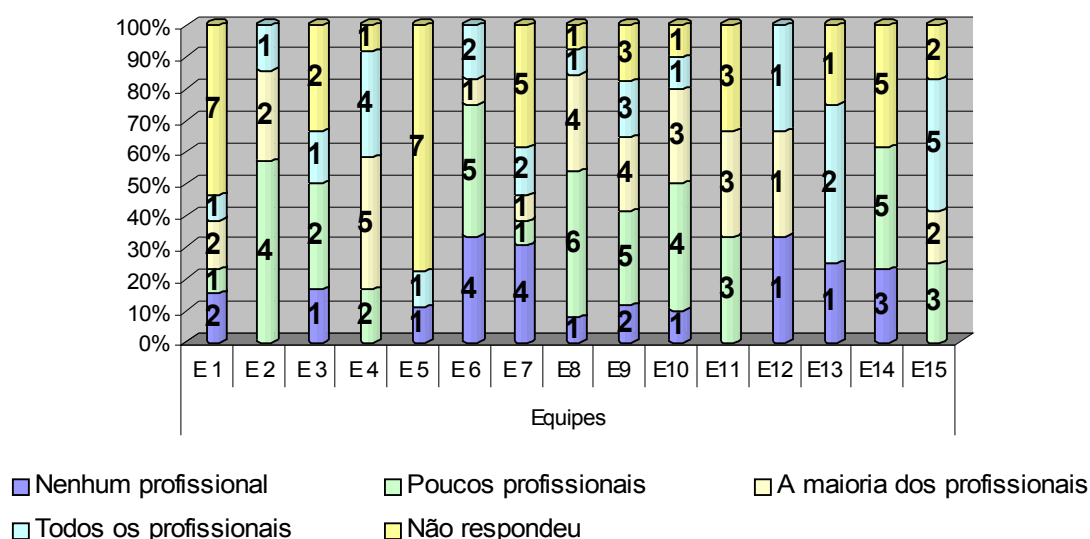


GRÁFICO 9 – Participação dos profissionais das Equipes no atendimento dos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes.

O que podemos notar no gráfico é que, em grande parte das equipes, os profissionais apontaram que a participação dos membros das mesmas no

atendimento dessa natureza ainda é pouco expressiva, ou seja, poucos profissionais participam do atendimento dos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes presentes nas comunidades adstritas.

Contudo, devemos destacar que ao assumir que esta é uma problemática presente na realidade das famílias atendidas, as equipes assumem também que ela é parte do contexto de atuação profissional.

Além disso, partindo do pressuposto de que as ações desenvolvidas pelo Programa devem tomar por base a perspectiva de totalidade no atendimento, ou seja, de atendimento integral e humanizado, torna-se imprescindível que os profissionais dessas equipes se coloquem à disposição da realidade que lhes é apresentada e assim contribuam para a sua modificação e para a promoção da qualidade de vida da população atendida através da sua prática, tendo como compreensão que a intervenção nesta realidade – nos diferentes elementos que a compõem, entre eles a violência – não é responsabilidade apenas de alguns profissionais, mas da equipe de forma geral.

Nesse sentido, Teixeira e Nunes (2004, p.128-129) dizem que o PSF,

[...] ao trabalhar com a concepção ampliada de saúde, com o modelo assistencial de atenção integrada em saúde, privilegiando a atenção primária, entende que todos os conhecimentos/saberes, acumulados na interpretação desta visão, necessitam articular-se de forma horizontal, sem se sobrepor.

Por esse motivo, um dos diferenciais apresentados pelo PSF é a afirmação da necessidade de ações interdisciplinares, ou seja, da formação de uma equipe interdisciplinar, capaz de estabelecer “[...] uma inter-relação e cooperação entre os conhecimentos adquiridos, habilidades e competências, isto é, o fazer profissional, baseado na reciprocidade, solidariedade e interdependência disciplinar”. (TEIXEIRA; NUNES, 2004, p.122).

Tomando por base a importância do trabalho interdisciplinar e, assim, da participação dos profissionais de diversas áreas do conhecimento no atendimento dos casos dessa natureza, buscamos, através das duas ESF entrevistadas, identificar como se dava a participação de seus profissionais.

Entre os dados apresentados por estes profissionais, o fato de discutir o assunto na equipe foi um dos elementos mais abordados, como podemos destacar na fala de **AS-Eb**, ao relatar que em sua equipe os profissionais trabalham junto: *“às vezes um profissional não observa e o outro observa. Às vezes, a coisa já vem, quando a criança não está bem de saúde, já vem consultar com o médico, vai estar conversando, esse diálogo que ele vai ter com os outros profissionais, com a enfermeira, com a Assistente Social. Aqui a gente percebe como é importante a interdisciplinaridade”*. **ACS6-Eb** também diz que, *“Durante a semana, se for muito necessário, a gente vai ali para a salinha e discute isso com a enfermeira, com a Assistente Social”*.

Da mesma forma, afirmam os profissionais da **Equipe a**: *“No dia-a-dia, na rotina mesmo, nas situações que apareceram; às vezes vem a mãe na consulta, a mãe comentou com a médica, a médica encaminhou, ou alguém, algum dos auxiliares ou enfermeira percebeu alguma coisa e a gente discute ali e encaminha, dependendo da situação”* (**AS-Ea**); *“A gente está sempre discutindo essa questão, principalmente quando aparece um caso, que nem da menina infestada de piolho, da criança etilista. A gente acaba discutindo isso, a gente coloca todas as nossas dificuldades, as dúvidas, as*

angústias” (F-Ea); “Sempre a gente está comentando, porque às vezes surge o assunto, aí um começa a puxar, daí um já fala uma opinião, outro fala outra” (ACS5-Ea).

Podemos perceber, por essas falas, que os profissionais costumam trocar informações sobre os casos de violência de que tomam conhecimento. Isso, segundo os profissionais, possibilita realizar um diagnóstico mais elaborado sobre os casos, tendo em vista que os profissionais apresentam suas observações, cruzam informações, buscam criar formas de intervir nessa realidade.

Nesse sentido, as ESF destacam a proposta de um trabalho interdisciplinar, que exige transcender a atuação multiprofissional, ir além da simples convivência pacífica entre profissionais de diferentes áreas, na Unidade de Saúde; o trabalho interdisciplinar implica formar uma nova linha de ação fundada no compartilhamento das experiências e conhecimentos. Por esse fato, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p.09) afirma que a interdisciplinaridade

[...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim se faz mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

Podemos apontar ainda que, para alguns profissionais, esse momento de discussão proporciona a divisão das dúvidas, das angústias, mas também a união das competências, o que fortalece o profissional para que ele se sinta seguro para desenvolver ações frente aos casos que se lhe apresentam. E, além disso, especialmente em se tratando do PSF, a equipe passa a ser referência para a comunidade adscrita. Acreditamos, mesmo, que, no processo interdisciplinar, conforme Teixeira e Nunes (2004, p.129), o profissional passa por um “[...] constante refazer-se como profissional e cidadão”.

Podemos perceber que, para os profissionais citados, o diálogo estabelecido entre a equipe aponta que o conhecimento de todos é importante e a troca desses conhecimentos contribui para o fortalecimento dos próprios profissionais e do grupo como um todo.

Além das discussões realizadas no cotidiano, grande parte dos profissionais apontou as reuniões realizadas pelas equipes semanalmente como espaço de discussão interdisciplinar. Dessa forma, profissionais da **Equipe a** destacam: “*Nós temos nossas reuniões semanais. Todo mundo participa, cada um dá sua opinião, o que deve ser feito. É discutido isso pela equipe, a gente troca experiências*” (**ACS6-Ea**); “*Nas reuniões discute-se de tudo um pouco. Tudo que a gente tem dúvida é para tirar dúvida*” (**ACS4-Ea**); “*as reuniões que a gente tem; são trocas de informações*” (**ACS1-Ea**).

Ainda, conforme relatam os profissionais da **Equipe b**: “*Na reunião é falado sobre tudo e, lógico, se tem um caso de violência ..., acontece lá, com a ‘Dona Joana’ que agrediu o filho..., lógico, vem essa informação, a gente debate, vê o que aconteceu*” (**M-Eb**); “*A gente faz a reunião, tudo que acontece durante a semana a gente discute na reunião. Todo mundo participa, todo mundo dá opinião, porque não adianta ficar só eu e a enfermeira, eu e a assistente social, porque depende de todo mundo. Todos nós temos que ficar sabendo para mais tarde servir ainda mais. Porque o médico vê a menina e vê uma coisa, a enfermeira vê outra, eu vou ver na casa e vejo outra, então a equipe toda tem que participar. É um conjunto*” (**ACS2-Eb**).

Através da fala dos profissionais entrevistados, podemos perceber a importância das reuniões realizadas na USF, no que se refere à construção do conhecimento em equipe. Isto porque, como afirmaram, essas reuniões constituem um espaço próprio de discussão sobre questões referentes à comunidade e à atuação da ESF; são momentos de reflexão e troca de experiências.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a reunião é parte fundamental da atuação da ESF, pois os profissionais do Programa têm a possibilidade de construir um ambiente de constante informação e reflexão, de construção de ações criativas para o enfrentamento da realidade.

Além disso, devemos lembrar a fala de **ACS2-Eb**, exposta anteriormente, quando relata que nas reuniões existe a possibilidade de alertar os profissionais que em princípio não estivessem informados sobre os casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, para que estes profissionais possam contribuir com a formulação de estratégias de intervenção e, ainda, para que estejam prontos para auxiliarem na abordagem dessas crianças e adolescentes e de suas famílias.

Por meio desta afirmativa, o profissional evidencia a necessidade e a importância do trabalho em equipe revelando que as ações desenvolvidas por determinadas categorias de profissionais tornam-se insuficientes diante da amplitude de possibilidades que garante um trabalho em equipe.

Assim, Garcia (2002, p.148) relata que

[...] a criação de um modelo de atendimento dos casos de violência sugere, antes de mais nada, a formação de uma equipe de profissionais de várias disciplinas que [...] possam criar mecanismos adequados em suas práticas para atendimento de crianças e adolescentes vitimizados, assim como para os adultos que convivem com a situação de abuso.

Com relação às ações desenvolvidas, os profissionais da **Equipe b** afirmaram: *“Todo mundo está envolvido. O Agente Comunitário traz o problema e a*

enfermeira procura resolver, a gente vê com quem tem que falar. A assistente social já vê o que tem que ver com o Conselho” (AE3-Eb). Ainda, conforme **ACS4-Eb**: *“Se tem algum caso de violência, a gente vai procurar a enfermeira, a Assistente Social ou até mesmo o médico e vai encaminhar”.*

Em se tratando da **Equipe a, AE1-Ea** destaca: *“a gente desenvolve com todos os profissionais, até nossa Dentista, todos os trabalhos que a gente desenvolve ela participa junto, às vezes não tem nada a ver com dente e ela está lá junto. Acho interessante porque toda equipe conhece. Tudo que a gente faz, a gente faz em equipe, cada um na sua área, mas não faz trabalhos isolados”.* E o profissional **E-Ea** relata que informa a pessoa que está sendo atendida ou visitada sobre a natureza conjunta do trabalho da equipe: *“Eu não guardo para mim esse problema de jeito nenhum. Eu digo que vou conversar com a Assistente Social, que vou dar uma conversada com o médico, tem que contar a história porque a gente está aqui para te ajudar”.*

Segundo as falas apresentadas, a participação conjunta dos profissionais nas atividades da Unidade de Saúde e a troca de informações apresentam-se como fatores presentes no cotidiano dos profissionais, incluindo os momentos em que são constatados casos de violência familiar contra crianças e adolescentes.

Nesses momentos, os profissionais demonstraram buscar apoio na própria equipe, para que possam contribuir na resolução dos casos, tornando possível a melhoria da qualidade de vida das crianças e dos adolescentes.

Dentre as falas apresentadas, podemos destacar a de **AE1-Ea**, quando afirma que na sua equipe todos os profissionais participam das ações, inclusive

quando se trata da intervenção nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes. Porém, o entrevistado não deixa de valorizar a especificidade de atuação de cada profissional que compõe a ESF; as decisões são tomadas em conjunto, mas com a contribuição de diferentes áreas de saber.

Cabe-nos ressaltar que a interdisciplinaridade busca trabalhar com a pluralidade e não anular conhecimentos e práticas das áreas específicas. Assim, a

perspectiva interdisciplinar não fere a especificidade das profissionais e tampouco seus campos de especialidade. Muito pelo contrário, requer a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para a compreensão mais consistente deste mesmo objeto, desta mesma prática. (RODRIGUES, 1998, p.156).

Percebe-se nas falas a troca e a complementaridade de conhecimentos entre os profissionais das equipes, o que é de suma importância na análise dos casos de violência familiar e na atuação sobre eles. Garcia (2002, p.151) observa que o

[...] importante não é desprezar qualquer informação ou detalhe. O compromisso dos profissionais envolvidos [...] representa, na maioria das ocorrências, a criação de um modelo funcional em que cada um se apropria de uma parte na responsabilidade de atuação de sua prática específica e todos estão juntos no combate a esse tipo tão injusto de violência contra crianças e adolescentes.

Contudo, mesmo apontando para uma perspectiva interdisciplinar, as equipes entrevistadas destacaram a atuação de um profissional na intervenção dos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, sendo este profissional o Assistente Social. Assim, **ACS5-Ea** relata que as ações, em sua equipe, são realizadas através de *“um trabalho em equipe, mas, claro, acho que quem se envolve mais nos casos é a Assistente Social. As auxiliares, o médico também, mas é mais na*

parte de se precisar de consulta médica, até para conversar, às vezes, o médico chama a família, mas eu acho que cai mais é para a Assistente Social⁶.

Outros profissionais dessa equipe (**Equipe a**) também evidenciaram a importância e o papel do assistente social, como podemos perceber nas falas que se seguem: “*Eu como enfermeira já tentei conversar com algumas pessoas, tentei abordar e tentando explicar que não é bem assim; às vezes a gente pede conselho, geralmente eu recorro à Assistente Social⁶*” (**E-Ea**); “*Os casos que a gente tem, encaminha para a Assistente Social. É a Assistente Social que fica com o final. A gente dá alguma idéia, mas a resolução fica com ela*” (**AE2-Ea**); “*eu passo para a Assistente Social os casos e discuto o caso com ela*” (**M-Ea**); “*às vezes a Assistente Social vai fazer uma outra visita, se precisa acionar alguma outra entidade*” (**ACS5-Ea**).

O profissional de Serviço Social foi destacado pela **Equipe b** nas seguintes falas: “*Nessa parte da violência, nessa parte mais social, a gente apresenta para a Assistente Social que tenta resolver da melhor forma possível, mas todo mundo participa*” (**D-Eb**); “*quando chegam contando certas coisas, a gente encaminha primeiro para a Assistente Social, ela é que vai tomar as devidas providências*” (**AE1-Eb**); “*Nessa parte da violência é mais a Assistente Social. A Assistente Social está fazendo as visitas, procura sempre outros profissionais para estarem auxiliando e são feitas as visitas*” (**ACS6-Eb**); “*na minha profissão é uma coisa nova, normalmente*

quando acontece isso, eu já recorro à Assistente Social porque eu acho que ela está mais preparada para isso, para essa intervenção” (F-Eb).

O assistente social é referido, nas falas, como profissional que auxilia os demais profissionais das ESF e também como principal responsável pela resolução desse problema.

Conforme afirma Rodrigues (1998, p.154), o Serviço Social caracteriza-se como uma profissão que busca

[...] empreender uma prática – social, educativa e política – de enfrentamento da ‘questão social’ [...]. A atuação do Serviço Social não se limita à esfera macro-social (conjuntural, estrutural), mas é na esteira das relações também micro-socais que concretiza ou cumpre sua ‘vocação’ profissional. É uma profissão vigorosa, combatente que, no plano ‘macro’, constantemente se confronta com o binômio ‘solidariedade e barbárie social’ e que se defronta também, no cotidiano, com as necessidades e carências fundamentais do homem, não só na esfera do econômico e técnico, como também na do afeto.

Dessa forma, o assistente social tem, na questão social, sua fonte de atuação, ou seja, ele atua frente às problemáticas socioeconômicas – como a violência – que afetam o cotidiano e as relações sociais do indivíduo, da família, de grupos sociais e da comunidade de forma geral.

Em sua atuação, o assistente social assume o compromisso de promover e garantir os direitos de seus usuários, assim como de construir estratégias que possibilitem a emancipação dos mesmos, ou seja, que estes possam interferir sobre suas vidas, que estes possam se perceber com cidadãos de direitos e deveres, capazes de mudar sua realidade; por este fato a característica educativa e política.

Podemos perceber, nas falas apresentadas, as diversas formas de atuação do assistente social frente à problemática da violência familiar contra crianças e adolescentes, como, por exemplo, o encaminhamento a outras instituições e

serviços, a abordagem e o acompanhamento das famílias onde ocorrem os abusos, o que contribui para o enfrentamento dos casos identificados, com ações resolutivas.

Também podemos perceber a referência que se torna, para a equipe, o assistente social, sendo ele, na maioria das vezes, o primeiro profissional a ser abordado por seus colegas quando são identificados casos de violência familiar contra crianças e adolescentes.

Consideramos importante o reconhecimento do assistente social pelas ESF, percebendo-o como um profissional capaz de atuar com diferentes áreas profissionais, contribuindo para a ampliação dos conhecimentos e das ações. Além disso, para o Serviço Social, estabelecer o contato com outras áreas é fundamental, tendo em vista que o profissional não atua sozinho, está sempre ligado a profissionais de outras áreas, projetando e desenvolvendo ações.

Contudo, o que podemos perceber em algumas falas é o entendimento de que cabe a ele a resolução dos problemas ocasionados por esta forma de violência. Nesse sentido, os profissionais da ESF podem inverter a confiança que possuem pelo assistente social em desresponsabilização sobre os casos constatados, criando, sobre o assistente social, uma expectativa e uma carga de responsabilidade que, na verdade, não é somente dele, mas sim de toda a equipe.

Por outro lado, esta confiança apresentada pelas ESF, no profissional de Serviço Social, pode representar para este a possibilidade de unir as várias áreas profissionais presentes na equipe, articulando o trabalho interdisciplinar. A esse respeito Rodrigues (1998, p.157) destaca:

Entendendo-se a interdisciplinaridade como 'postura profissional' e 'princípio constituinte da diferença e da criação' compreender-se-á que o Serviço Social – uma vez que articula diferentes conhecimentos de modo próprio, num movimento crítico entre prática-teoria e teoria-prática – é uma profissão interdisciplinar por excelência.

Por essas características, o Serviço Social pode transformar as limitações e expectativas em desafios a serem enfrentados na Unidade de Saúde, através do fortalecimento do seu vínculo com os demais profissionais e também buscando incentivar e promover o trabalho interdisciplinar nas equipes, contribuindo decisivamente para a eficácia dos resultados das ações frente à problemática.

3.7 REALIDADE DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF: COMO OS PROFISSIONAIS FICAM SABENDO

Em se tratando dos casos abordados pelas ESF no Município de Ponta Grossa, buscamos conhecer como as equipes tiveram conhecimento dos casos. Assim, perguntamos aos profissionais das 15 ESF que responderam ao questionário, qual era a fonte de informações sobre a existência de casos de violência familiar contra crianças e adolescentes nas comunidades sob sua responsabilidade. As equipes nos apontaram as seguintes referências:

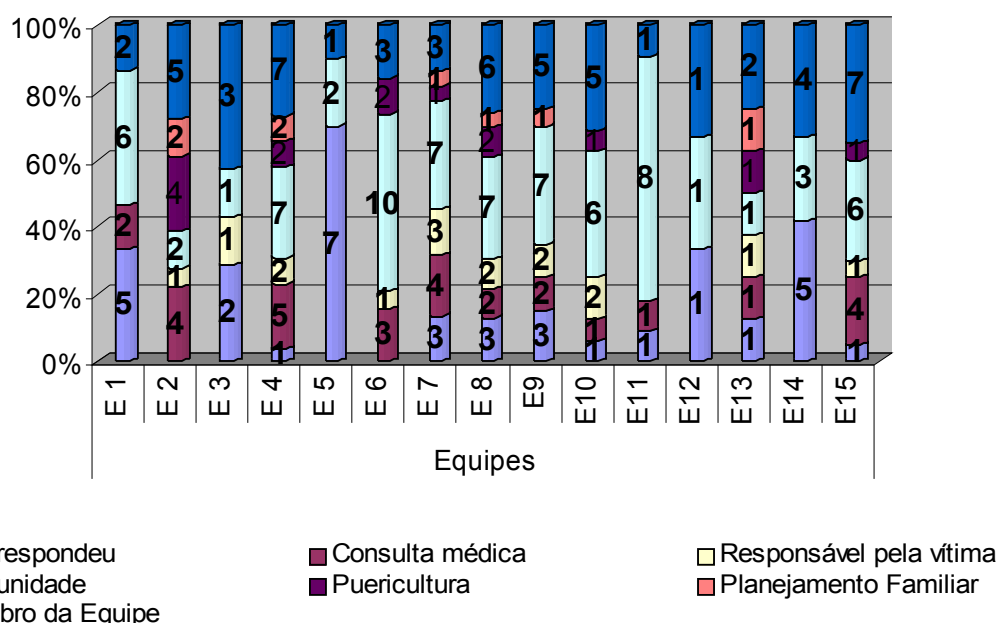


GRÁFICO 10 – Forma como os profissionais das ESF tomaram conhecimento dos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes atendidos em 2003.

Como podemos perceber através do gráfico, as maiores referências em se tratando da identificação e informação dos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes no PSF são a comunidade e os próprios membros da equipe.

Ao entrevistarmos os profissionais de duas dessas equipes, a comunidade também foi destacada como fonte de informações. Assim, **AE1-Eb** revela que toma conhecimento dos casos “*pela própria população, os vizinhos que trazem para a Unidade, as próprias pessoas da comunidade é que contam*”. Da mesma forma, outros profissionais afirmaram: “*Geralmente fico sabendo por denúncia de vizinhos, os vigilantes são os vizinhos. [...] vejo bastante o pessoal reclamar, até ouvi um caso de uma mãe que tinha espancado a filha, tiveram que socorrer a criança, trouxeram aqui*

na Unidade” (AE2-Ea); “O vizinho fala. A gente sabe mais, na realidade, é por terceiros” (ACS5-Ea); “a gente sabe assim da boca dos vizinhos” (ACD-Ea).

A comunidade representa para esses profissionais um importante aliado no combate da violência familiar contra crianças e adolescentes, pois se estabelece entre eles (profissionais e comunidade) uma parceria, onde a população atendida pode prestar suporte à ESF, contribuindo para o diagnóstico da situação e acompanhando o cotidiano das famílias agressoras.

Nesse sentido, a medida em que o PSF torna-se referência de atendimento aos problemas da população, a comunidade passa a contribuir para a identificação dos casos de violência familiar cometida contra crianças e adolescentes.

Entre as pessoas que participam da comunidade, os vizinhos das famílias agressoras foram os mais destacados pelos profissionais. Isto se deve à proximidade de convívio que estes possuem com as famílias agressoras, podendo ser, por vezes, confidentes de membros dessas famílias ou ainda, expectadores da violência ocorrida.

É devido a esta proximidade entre PSF e comunidade que Sousa (2003) relata que o Programa possibilita a construção de uma rede social, mobilizando e motivando os indivíduos a contribuírem para uma real mudança do cotidiano vivido, lutando pela paz, que é garantida através de condições dignas de sobrevivência, e assim para uma melhor qualidade de vida. Consideramos que a partir do momento em que a comunidade se coloca à disposição da ESF, para lutar junto com a equipe contra a violência, ela cumpre seu papel nessa luta, principalmente, para proteger as crianças e os adolescentes e o grupo familiar de forma geral.

A família também foi apontada como denunciante por **F-Ea** ao dizer: “*Às vezes a agente fica sabendo por uma pessoa da família*”, e por **AS-Ea**, que destacou: “*Teve uma situação que a própria mãe veio falar, que era uma situação que envolvia o padrasto*”.

Como afirma Ferreira (2002), as denúncias da vitimização de crianças e adolescentes dificilmente são realizadas por membros da família, tendo em vista o pacto de silêncio que se estabelece. Entretanto, quando esse fato ocorre, na maioria das vezes, ele traz consigo casos que já possuem longa duração e estão cronificados, sendo assim, os familiares denunciam apenas quando percebem que a situação não vai mudar e que a cada dia ela se torna mais intensa.

A restrição das notificações realizadas por familiares é reafirmada nas informações passadas pelos profissionais através das entrevistas, pois apenas dois deles citaram o grupo familiar. Esta informação reafirma o quanto a violência afeta a dinâmica familiar, tornando seus membros reféns dos agressores e do medo que eles impõem.

O profissional **ACS5-Eb** revelou que “*Já teve casos que veio da escola*”, e **E-Eb** apontou que “*a creche traz bastante informação para a gente*”.

Através das falas desses profissionais podemos perceber a importância da ligação entre instituições da comunidade para o enfrentamento dos casos de violência familiar praticada contra crianças e adolescentes. Especialmente pode colaborar a área da educação, que, como já afirmamos, tem uma proximidade muito grande com os meninos e as meninas, conhecendo suas características, reconhecendo as alterações de comportamento.

Vale ressaltar que os profissionais aqui citados (**ACS5-Eb** e **E-Eb**) fazem parte da equipe que desenvolveu um trabalho intersetorial com as instituições de ensino de sua comunidade, revelando assim, a importância desse trabalho (tanto para os profissionais quanto para a população atendida) que proporcionou desde a identificação até a abordagem e resolução dos casos.

Em se tratando dos profissionais que identificaram e notificaram os casos de violência praticada contra crianças e adolescentes, a maioria das equipes que responderam ao questionário destacaram o Agente Comunitário de Saúde, como podemos perceber no gráfico que segue:

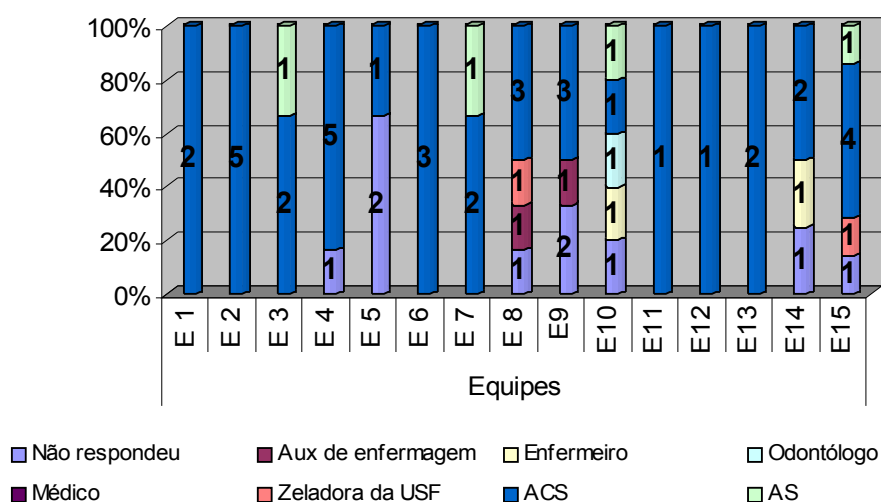


GRÁFICO 11 – Profissionais que informaram os casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes atendidos pelas Equipes em 2003.

Da mesma forma, nas falas dos profissionais das ESF entrevistadas, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi o profissional mais destacado quando se referiam a identificação e informação dos casos às equipes, como podemos perceber nas seguintes falas: “*A gente detecta a violência pelos Agentes*

Comunitários, porque eles passam nas casas, eles ficam conhecendo tudo, ficam conhecendo a família e com o passar do tempo a família acaba criando um vínculo com os Agentes Comunitários que eles acabam fazendo amizade e acabam contando mais coisas, deixando transparecer” (AE1-Ea); “a gente fica informado pelo Agente Comunitário” (M-Eb); “o Agente Comunitário traz para a gente, porque eles vêm da rua, das visitas. Eu valorizo as Agentes Comunitárias porque eles é que estão no dia-a-dia mesmo das famílias” (AS-Eb); “Os Agentes Comunitários são importantes, porque eles têm bem melhor conhecimento, conhecem a família, então, eles trazem dados que ajudam a gente, então é um profissional fundamental” (F-Ea).

As falas apresentadas reafirmam, assim, o ACS como o principal profissional responsável por informar as equipes sobre casos de violência contra crianças e adolescentes praticadas no meio familiar.

Este fato ocorre porque entre as atribuições do ACS estão:

- identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- identificar áreas de risco;
- realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites. (BRASIL, 2001, p.78).

As atribuições previstas ao ACS permitem que ele seja o profissional mais próximo da comunidade, e por este motivo, mais informado sobre a realidade vivida pelas famílias, os problemas e conflitos existentes nelas e os indivíduos expostos a situação de risco.

Assim, esta categoria profissional se destaca, segundo **AE2-Eb**, porque “os *Agentes Comunitários são a porta de entrada na casa deles, porque é eles que vão, que detectam o problema*”. Assim, afirma **F-Eb**: “O *Agente Comunitário é muito importante, é um elo importante; ele traz os problemas e ele trazendo, a gente pode interferir*”.

Conhecendo cada família, sua dinâmica, o ACS pode identificar indicadores de violência praticada contra crianças e adolescentes, assim como, por participar do meio em que estas famílias estão inseridas, pode obter informações com pessoas próximas de seu convívio – como vizinhos e familiares.

A proximidade existente entre os ACS e as famílias sob sua responsabilidade, e assim a aproximação desses profissionais com os casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, pode ser confirmada em suas próprias falas: “*nós que vamos nas casas que nós vemos que tem algum tipo de agressão, a gente dá aqueles conselhinhos básicos*” (**ACS1-Ea**); “*nós é que estamos lá no meio, nós estamos convivendo, estamos sabendo e é mais fácil nós trazermos para eles [outros profissionais da equipe], porque eles não podem estar largando uma Unidade e estar indo lá*” (**ACS2-Ea**); “*Você já tem mais liberdade, ou a mãe ou algum parente chega e comenta que está acontecendo isso*” (**ACS5-Ea**); “*Tem casos que somos nós que passamos, trazemos da rua para a Unidade [...] quando esses casos ocorrem, nós trazemos para a enfermeira e para a Assistente Social*” (**ACS5-Eb**).

Conforme as falas apresentadas, o ACS, através dessa ligação com a comunidade/família, pode apresentar as informações obtidas à equipe de que faz

parte, decodificando a realidade e contribuindo para a construção de estratégias de intervenção frente aos casos constatados.

Ao mesmo tempo em que leva informação para a ESF, o profissional em questão levar informações para as famílias em que o risco de violência seja um potencial – desenvolvendo ações educativas – e pode concretizar uma ligação entre estas famílias e os demais profissionais da equipe para o enfrentamento do fenômeno, afirmando-se, então, como um elo de ligação entre ESF e famílias.

Com relação aos meios de identificação, os profissionais citaram a observação, como podemos perceber nas seguintes falas: *“Às vezes, a gente nota nas crianças, a gente sabe, às vezes, qual o pai que bate nas crianças, às vezes sai aqui da Unidade dando ‘pé-de-ouvido’ na criança, só xingando. Eu já peguei casos assim, é mãe que sai com a criança erguendo pela orelha, mãe que bate na criança só porque a criança foi ali no outro banco e sentou” (E-Ea); “A gente percebe também dentro da Unidade, às vezes, certos tipos de violência contra crianças e contra adolescentes” (D-Ea).*

Através da afirmativa dos profissionais podemos perceber que algumas formas de violência, especialmente as que se tornam mais naturalizadas foram presenciadas por estes na própria Unidade de Saúde, o que revela que a violência contra esses sujeitos é algo bastante disseminado em nossa sociedade e que suas manifestações podem ocorrer em qualquer local, muito embora as formas de violência mais graves ocorram, em sua maioria, no espaço doméstico/privado.

Por este fato, consideramos importante que os profissionais estejam sempre de olhos abertos para as situações desencadeadas, tanto na Unidade de Saúde quanto fora dela, assim como se mostraram estar esses profissionais.

Também foi destacado que os profissionais tiveram proximidade com alguns casos dessa natureza através de seus atendimentos rotineiros. Assim, **D-Ea** relata: *“Na sala do dentista, especificamente, a gente já presenciou casos de queimadura por cigarro, traumas em lábio”*; e **M-Ea** revela: *“Peguei uma criança que suja o bumbum de fezes, porque o pai está desempregado e ele chega nervoso em casa. O pai bate nele porque a mãe está trabalhando. Por medo ele fica soltando aquelas fezes aos pouquinhos porque o psicológico já está afetado”*.

Podemos perceber o quanto as ações cotidianas desenvolvidas pelos profissionais, segundo suas especificidades, podem se mostrar importantes para a identificação da violência em questão. Isso porque a busca de atendimento de uma determinada categoria profissional, por uma criança ou um adolescente, pode, em um primeiro momento, representar uma necessidade específica – curativo, medicamento, tratamento – porém, por traz dessas necessidades, podem se revelar conseqüências da violência.

Nesse sentido, os profissionais precisam estar preparados e acima de tudo atentos para reconhecer indicadores dessa violência, que podem ser bastante sutis em alguns casos ou bastante evidentes em outros.

3.8 DIFICULDADES ENFRENTADAS

Após identificarmos a relação entre a violência familiar contra crianças e adolescentes e a intervenção das ESF do Município de Ponta Grossa, buscamos indagar aos profissionais sobre a possível existência de dificuldades para atuar

nesses casos. As respostas destes profissionais podem ser observadas no gráfico a seguir:

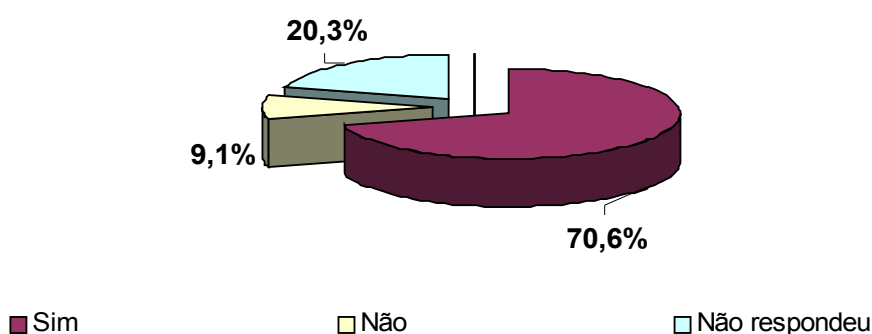


GRÁFICO 12 – Existência de dificuldade/problemas para a atuação dos profissionais nos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes.

Podemos observar que a grande maioria dos profissionais, ou seja, 104 deles (70,6%), relataram sentir alguma dificuldade para intervir nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes; apenas 10 profissionais afirmaram não sentir dificuldade para intervir nesses casos. O quadro, com relação à natureza das dificuldades, apresenta como resultados:

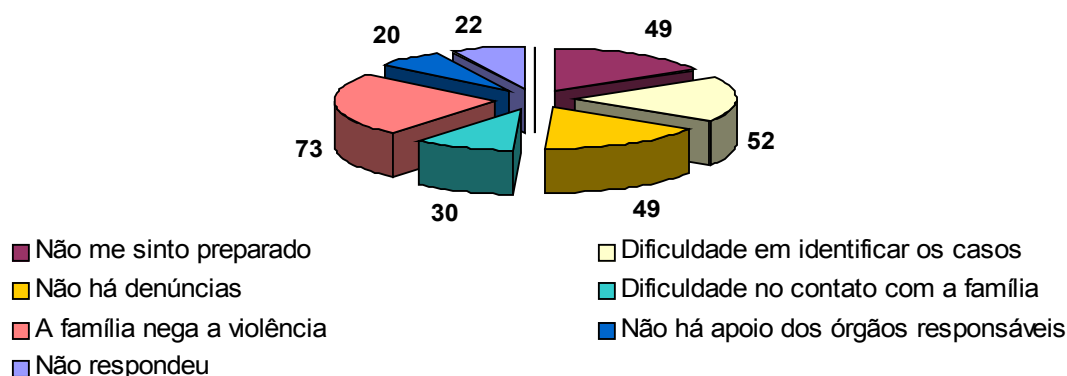


GRÁFICO 13 – Dificuldades elencadas pelos profissionais para atuação nos casos de Violência Familiar contra Crianças e Adolescentes (por número de profissionais).

Podemos perceber, através do gráfico acima, como são significativas as dificuldades sentidas pelos profissionais do PSF, para abordagem da problemática da violência familiar contra crianças e adolescentes. Segundo estes profissionais, as dificuldades vão desde o fato da família negar a violência ocorrida (citado por 73 profissionais), passam pelas dificuldades de identificar os casos (destacado por 52 profissionais), pelos fatos de não haver denúncia e dos profissionais não se sentirem preparados para tal atividade (apontado por 49 profissionais), até a falta de apoio dos órgãos competentes (apresentado por 20 profissionais).

É importante destacar também que, das dificuldades citadas, nenhuma teve menos de 20 profissionais que a apontaram, o que evidencia que são sentidas por diversos profissionais. Buscaremos, agora, discutir essas dificuldades, segundo as falas dos profissionais entrevistados.

3.8.1 Dificuldades de diferentes naturezas: pacto de silêncio, medo, estrutura insuficiente, falta de parcerias

Entre as dificuldades citadas pelos profissionais entrevistados a que mais teve destaque foi o fato das famílias esconderem ou negarem a violência praticada em seu meio. Esse elemento pode ser percebido nas seguintes falas: *“É difícil eles assumirem, é muito difícil, eles se fecham, têm medo de falar as coisas. Ele tem medo de contar essas coisas, medo que alguém denuncie porque geralmente é gente da família, um parente próximo. Acho que eles têm medo de contar, com medo do que vai acontecer depois” (M-Ea)*; *“Tem muito caso de omissão. Se o agressor é o pai, a mulher defende. Então eles omitem, eles negam, não querem denunciar. Eles preferem viver naquela situação de violência por uma questão financeira, de dependência” (E-Eb)*;

“As pessoas têm medo de expor seus problemas, têm medo de ser denunciadas, do que os outros vão achar; a criança quando apanha, ela tem medo de voltar a apanhar ou sofrer outros tipos de agressões. A maior dificuldade é o silêncio, porque as pessoas têm medo de se expor” (ACS4-Eb).

O pacto de silêncio, como havíamos destacado em nosso estudo, tem forte influência sobre a continuidade da violência familiar contra crianças e adolescentes, pois ele permeia, muitas vezes, a família, de forma geral, isso porque a realidade da violência

[...] é vivida por todos os membros da família, porém os fatos, em geral, são muitas vezes camuflados como não-violentos, justificados como atitudes pedagógicas ou mesmo de responsabilidade da própria criança que é culpabilizada. Ameaças e seduções ocorrem na busca de manutenção do silêncio, aprisionando todos em relações complementares patológicas, evitando, assim, a quebra da homeostase do sistema familiar. (SILVA e SILVA, 2002, p.77).

O que determina que esses familiares que tomam conhecimento da violência praticada contra crianças e adolescentes se calem é uma combinação de vários fatores. Em se tratando dos parceiros/cônjuges dos agressores, estes fatores podem ser:

- Medo do agente da agressão
- Ataque às próprias percepções⁸⁶
- Não querer romper o equilíbrio ou a unidade familiar mantida de forma precária
- Não querer lidar com as perdas, já que tomar uma atitude pode implicar ter de perder o companheiro ou a filha [ou o filho]
- Cumplicidade inconsciente – identificada com o agente da agressão
- Papel de protetora extremamente fragilizado (SCODELARIO, 2002, 101 – colchetes nossos).

Sobre os demais membros da família que, convivendo ou não no mesmo ambiente, não denunciam os casos de violência dessa natureza, podemos

⁸⁶ Torna-se comum nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes o fato de que o agressor manipula a percepção de seu cônjuge sobre os atos desencadeados, ou ainda, em outros casos, o próprio cônjuge nega-se a acreditar no que acontece.

considerar que o medo, as ameaças, a falta de conhecimento sobre o que fazer, a acomodação, a cumplicidade, entre outros, se tornam fatores que poderiam explicar esta atitude.

A criança e o adolescente, assim como afirmou o profissional **ACS4-Eb**, também pode ser aprisionado nesse pacto de silêncio, principalmente por

- Achar que ninguém pode protegê-la apoiada muitas vezes em seu sentimento, por exemplo, de que a mãe sabe e não consegue fazer nada para interromper a agressão
- Temor de perder o afeto do agente da agressão – quanto mais próximo, por exemplo, o pai biológico, mais se cala
- Receio de que os outros não acreditem nela ou ainda a julguem culpada, sobretudo se estiver sofrendo abuso sexual
- Medo de represálias – pode sofrer agressões ou ser retirada da família. (SCODELARIO, 2002, 101).

O medo também faz parte dos sentimentos vividos pelos profissionais. Isso pode ser percebido na fala de **M-Eb**: *“a gente tem aquele medo de se envolver, porque é de fora, também tem todo esse receio”*. Outros profissionais, da mesma forma, citam o medo que sentem, como podemos observar: *“Às vezes assusta um pouco, o pessoal tem medo. É um assunto que é meio difícil de ser trabalhado” (AS-Ea)*; *“é o medo que a gente tem. De você se envolver, às vezes, em uma família em que está acontecendo várias coisas. Que família é família, ninguém denuncia ninguém. Como é que a gente vai entrar? A gente tem filhos, você não sabe o que pode acontecer” (ACS2-Ea)*; *“Eu acho que o grande problema é você chegar na situação, é você agir naquela família, nos todos continuamos na comunidade e você não pode esquecer que dentro dessa família o vizinho é amigo dele, é compadre do outro” (D-Eb)*.

Como podemos perceber nas falas dos profissionais, estes relatam ter receio de trabalhar com as crianças e adolescentes vitimizados e com suas famílias,

principalmente pelo medo que se instala sobre as reações dos membros da família, em especial as reações do agressor ao ver-se denunciado. Esse medo se estende às conseqüências imaginadas sobre sua vida profissional, dentro ou fora da USF, quanto sobre sua vida pessoal, principalmente dos ACSs que, na sua maioria, moram e fazem parte da própria comunidade.

Compreendemos as limitações sentidas por estes profissionais quando se deparam com o medo das reações familiares, porém, para que a violência cesse é imprescindível que ela seja abordada pelos profissionais e denunciada aos órgãos competentes.

Omitir os casos de violência proporciona condições para a sua continuidade e também para a sua reprodução, haja vista que reforça as atitudes do agressor, faz com que este sinta-se inatingível pelas conseqüências de seus atos; reforça também a percepção do agressor de sentir-se certo no que faz, além de propagar a idéia de que as crianças e os adolescentes são inferiores aos adultos, e como tal constituem-se cidadãos apenas no papel.

Alguns fatos destacados pelos profissionais estão relacionados a aspectos presentes no cotidiano de atuação, como o fato da equipe não conseguir desenvolver atividades de diagnóstico da violência e de conseqüente combate a esses procedimentos, devido ao andamento das atividades na USF, conforme revela

F-Ea: *“No dia-a-dia, pegar uma família, fazer um estudo dessa família, uma discussão profunda, a agente ainda não conseguiu”,* e também **D-Ea:** *“O que a gente sente é que por mais que a gente saiba que deve trabalhar com isso, os primeiros anos do PSF fica muito difícil, porque você se atem mais às prioridades de saúde, mesmo”.*

A falta de tempo e o excesso de atividades desenvolvidas pela equipe em questão (**Equipe a**) já havia sido destacada pelos profissionais, anteriormente em nossa análise. Dessa forma, podemos perceber que, mesmo com a proposta de atendimento diferenciado do PSF, a realidade dessa equipe, e acreditamos que de muitas outras, é a centralidade das ações nos aspectos emergenciais. O fato de não conseguirem desenvolver estudos específicos sobre cada família, em certa parte, limita a atuação das equipes, não permite que elas possam construir ações que contribuam efetivamente para a melhoria da qualidade de vida dos seus indivíduos e do grupo familiar em geral.

Além da falta de tempo ocasionada pelo acúmulo de atividades, os profissionais apontaram que a estrutura da USF interfere no atendimento, pois “*a Unidade é pequena, abrange 9.000 pessoas, tem poucos profissionais, a violência é mais uma coisa para se preocupar*” (**ACS1-Ea**). Este problema também foi destacado por **AS-Eb** ao relatar: “*preciso fazer um telefonema e que eu não posso fazer na frente de todo mundo e aí a gente não tem privacidade para fazer um telefonema, tem que esperar o momento certo, às vezes eu tenho que ir para a casa para ter mais privacidade, para fazer uma ligação. Às vezes a pessoa vem chorando, de vez em quando eu tenho que ficar aqui no fundo*”.

As limitações ocasionadas pelas condições físicas das USF também representam, para esses profissionais, um aspecto que dificulta a realização de trabalhos voltados ao atendimento dos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes. Até porque, lidar com situações delicadas, como é, de fato, a violência familiar, exige que os profissionais busquem formas de ação diferenciadas e

adaptadas a cada situação particular, o que exige ir muito além da rotina e implica uso de tempo significativo.

E embora a equipe seja composta, em média, de 15 profissionais, este número se torna pequeno diante da amplitude de questões a serem trabalhadas. Por isso, trabalhar com a violência familiar, ou com qualquer outro problema apresentado pela comunidade, torna-se um desafio constante.

Outro elemento apresentado foi a falta de apoio das entidades na intervenção da violência familiar contra crianças e adolescentes, assim como afirmou **ACS7-Eb**: *“A gente conversa, coloca o assunto, mas, de repente, você se sente impotente porque nem todos os órgãos estão fazendo as coisas”*; e como destacou **ACS1-Eb**: *“Por mais que a gente tente, pouco a gente pode fazer, porque não depende só da gente, depende do geral, depende de um círculo que não dá apoio. Então eu acho que, para resolver o problema, só o PSF não resolve. Falta apoio do município, casas que acolham e que dêem realmente atendimento para esses casos para que possam ter solução mesmo”*.

Somado aos fatores anteriormente apresentados, a falta de instituições para onde se possa encaminhar os casos de violência familiar contra crianças e adolescentes e com as quais se possa desenvolver ações em conjunto, assim como a falta de apoio das instituições existentes e do próprio Município, tornam muito mais difícil intervir na realidade das crianças e dos adolescentes vitimizados e de suas famílias.

De fato, Ponta Grossa não possui um grupo de instituições que possam atender as crianças e os adolescentes que foram vítimas de violência no meio

familiar – salvo os Conselhos Tutelares, as instituições de abrigo e o Programa Sentinela.

Porém, consideramos que estas são insuficientes para garantir um trabalho adequado de enfrentamento da violência. Primeiro, porque o Conselho Tutelar, além desses casos deve atender outros problemas relacionados à infância e à adolescência pontagrossense; segundo, porque o Programa Sentinela não pode, sozinho, assumir a responsabilidade de atender todas as crianças e os adolescentes vitimizados; terceiro, porque as instituições de abrigo devem representar a última instância de atendimento desses casos, donde a importância de se realizar trabalhos preventivos.

Dessa forma, é necessária e urgente a formação de uma rede de atendimento às crianças e aos adolescentes vitimizados, bem como às suas famílias, que devem ser trabalhadas também, devem ser amparadas – econômica e/ou psicologicamente –, pois pouco adiantará se as ações se destinarem ao atendimento único das vítimas.

3.8.2 Falta de Treinamento para as ações em PSF

Entre as dificuldades sentidas, um dos aspectos mais destacados pelos profissionais foi a falta de preparo para atuarem nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, conforme podemos observar na fala a seguir: *“a principal dificuldade é do profissional que não está preparado para estar se envolvendo e fazendo algum trabalho preventivo, qualquer trabalho que seja nessa área. Se estivesse mais preparado, acho que até podia trabalhar com ações preventivas”*

(F-Ea). Segundo **D-Eb** seria importante realizar um treinamento dos profissionais,

para discutir “*a condição de você entrar nessa violência, como agir, eu acho que é isso que falta, um treinamento para a gente*”.

As afirmações dos profissionais revelam uma insegurança quanto à forma de atuar nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, o que consideramos normal, tendo em vista que envolve um problema de extrema complexidade, que implica grande responsabilidade dos profissionais, exigindo muito deles. As diferentes manifestações dessa forma de violência requerem também distintas formas de abordagem, diferentes conhecimentos.

Conforme afirmam Larencini, Ferrari e Garcia (2002, p.301), a

[...] atuação dos profissionais envolvidos deve estar imbuída de um referencial teórico específico e atualizado, mediante a busca de teorias e experiências práticas, concebidas pelas várias equipes institucionais dos diversos setores da sociedade civil (saúde, educação, entidades sociais e jurídicas, entre outros).

Nesse sentido, conhecer os aspectos teóricos que envolvem a violência familiar contra crianças e adolescentes é de extrema importância para que o profissional saiba, exatamente, com o que está ou estará trabalhando, os detalhes que envolvem aspectos relacionados a diversas áreas.

Ao se referirem ao treinamento inicial do PSF, o chamado introdutório, os profissionais relataram que a violência foi discutida de forma “*muito geral, para você enxergar que isso faz parte da saúde também, mas como interferir, não. Tem que ser mais aprofundado até para a gente saber como agir*” **(F-Ea)**; foi “*muito pouco falado, a violência ficou em segundo plano*”. **(ACS2-Eb)**.

Ao contrário dos outros profissionais, o profissional **AE3-Eb** destaca que no treinamento introdutório *“foi feito bastante trabalho sobre isso, só que já faz dois anos”*.

O treinamento chamado introdutório, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.82), “[...] ajuda os profissionais a compreenderem e aprenderem os indicadores de saúde, em especial os pactuados para a Atenção Básica e produzidos pelo Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas”.

Conforme depoimento de profissional ligado ao Programa no início de sua implantação no Município⁸⁷, o treinamento direcionado aos profissionais não abordava diretamente o tema violência; eram destacados mais os aspectos relacionados à sensibilização dos profissionais para a nova proposta. Posteriormente, os conteúdos passados nesse treinamento foram revistos e a violência passou a ser um tema abordado com maior ênfase nas discussões.

Tivemos relatos de profissionais que afirmaram a dificuldade de trabalhar com esta forma de violência devido, na sua formação acadêmica, a falta de se abordar o tema nos conteúdos das disciplinas dos cursos. Assim, **F-Ea** relata: *“a minha formação profissional não trabalha. A gente não trabalha de jeito nenhum [...] falando do outro lado, da família, a gente não tem esse preparo. Vai muito assim, no senso comum, na sensibilidade”*, e, como afirma **D-Ea**, *“A questão social é uma questão muito delicada, muito complexa e eu acredito que o médico, o dentista, a*

⁸⁷ Informações relacionadas ao PSF em Ponta Grossa que se encontram no início deste capítulo, no tópico 1.

própria enfermeira têm uma formação muito mais técnica do que outra coisa. A gente tem dificuldade de saber como agir, como, quando, por onde. Não existe um preparo”.

Ainda, o profissional **AS-Ea** relata: *“Acredito que a formação contribuiu muito para a gente estar sensibilizado para essas questões, mas não tinha uma disciplina específica, a gente vê é na prática mesmo”.*

Como pudemos constatar, os cursos superiores, em princípio, não trabalhavam/trabalham a questão da violência familiar contra crianças e adolescentes, muito embora trabalhassem/trabalhem questões relacionadas à família ou a outros assuntos que pudessem/possam contribuir para a atuação com os indivíduos. Mesmo o profissional de Serviço Social, tão destacado, pelas equipes, como base para a atuação nos casos de violência, afirmou que, muito embora sua formação acadêmica contribua para a atuação nesses casos, por tornar o profissional sensível à questão, a problemática não foi abordada diretamente no seu curso de graduação.

Contudo, devemos destacar que, como o fenômeno passou a ter maior visibilidade durante a década de 1990, as modificações curriculares podem estar ocorrendo no sentido de melhor preparar os profissionais para uma atuação mais eficiente e eficaz sobre o fenômeno.

De forma geral, podemos afirmar que, para que os profissionais possam atuar junto à violência familiar contra crianças e adolescentes, é indispensável que estes sejam capacitados. Através da capacitação, os profissionais podem conhecer melhor o fenômeno, apreender conteúdos teóricos diversos sobre o assunto e visualizar possibilidades de intervenção na prática cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: FORMAS POSSÍVEIS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A realização deste estudo nos possibilitou uma aproximação com o fenômeno violência familiar contra crianças e adolescentes, e a percepção de que se trata de um problema histórico e reprodutivo, onde o valor adultocêntrico e, conseqüentemente, o abuso de poder, representam fatores significativos.

Pudemos constatar também que a violência, na conjuntura atual, constitui-se como problema a ser trabalhado por diversos setores governamentais e da sociedade civil, haja vista que ela interfere diretamente na dinâmica das relações interpessoais e na dinâmica das relações sociais mais amplas. Nesse sentido, a violência familiar contra crianças e adolescentes representa um problema de necessária intervenção, pois acarreta diversas conseqüências à vida das crianças e dos jovens vitimizados, repercutindo, de forma direta ou indireta, no meio social.

Entre as áreas governamentais, a área da saúde é a que mais tem se destacado no combate à violência, tendo garantido, desde 2001, uma política voltada à atuação dos profissionais da área nessa problemática – a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Nesse universo, o Programa Saúde da Família vem sendo percebido como esfera da atenção à saúde capaz de desenvolver ações preventivas no combate à violência e, por trabalhar com o grupo familiar, capaz de intervir diretamente sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes.

No Município de Ponta Grossa, conforme revelaram os profissionais das Equipes de Saúde da Família que participaram desta pesquisa, a violência familiar contra crianças e adolescentes representa um dos problemas presentes nas

comunidades atendidas, sendo identificada no cotidiano de atuação profissional, através da proximidade estabelecida entre os profissionais das ESF e as famílias/comunidades.

Esta constatação vem exigindo, das equipes, a atenção e a atuação frente a esses casos, a formulação de diferentes estratégias de prevenção e de intervenção que proporcionem, a essa categoria de sujeitos – crianças e adolescentes – e a seus familiares, a eliminação/minimização dos riscos e a garantia de qualidade de vida. Nessa intervenção, todas as áreas profissionais se mostraram importantes, tanto na identificação, quanto na intervenção nos casos constatados.

Cabe ressaltar que os profissionais demonstraram valorizar a troca e a união dos conhecimentos e práticas profissionais exercida, segundo eles, no cotidiano, através da proposta interdisciplinar. Contudo, mesmo afirmando a importância do trabalho interdisciplinar em vários momentos, as equipes ainda se mostraram construindo essa prática.

Os profissionais também demonstraram ter conhecimento sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes, identificando as suas diferentes manifestações, as possíveis causas e conseqüências. Porém, alguns desses profissionais revelaram possuir conceitos fundamentados em valores culturais que afirmam certas formas de violência como prática eficaz de educação.

No que se refere às dificuldades encontradas para intervenção nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes, estes profissionais apontaram elementos diversos, desde o pacto de silêncio estabelecido na família, o medo que os profissionais sentem por terem dúvidas sobre o alcance de sua autoridade profissional para interferir em ocorrências dessa natureza – e mesmo o temor de represálias –, o excesso de atividades no cotidiano da Unidade de Saúde, que lhes

difícil disponibilizar o tempo necessário para agir nesses casos, a por vezes precária estrutura das unidades, a falta de apoio institucional e governamental para trabalhar com o fenômeno, até o despreparo sentido para realizar as intervenções, devido à falta de treinamento dos profissionais para atuar frente a essa complexa problemática.

O que podemos concluir é que dificuldades existem e sempre existiram; cabe, então, aos profissionais e à própria sociedade reivindicar por melhorias na estrutura de atendimento, na formação e capacitação dos profissionais e na construção de uma rede que dê conta de atender ao problema de forma adequada e eficaz.

Consideramos que a intervenção nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes necessita ser ampla, pois apenas um setor ou uma instituição não conseguem dar conta de combater o problema. Por representar um fenômeno complexo e que ultrapassa o setor saúde, a violência familiar contra crianças e adolescentes exige uma abordagem ampliada. A ação interdisciplinar e o trabalho intersetorial representam, dessa forma, um caminho necessário para enfrentar tal realidade.

Existe, por parte do PSF, a necessidade de se estabelecer uma parceria, uma colaboração intersetorial com as demais instituições presentes nas comunidades atendidas, e também fora delas, para que estas instituições possam contribuir na intervenção através da prevenção e da recuperação, e, de forma geral, na promoção da saúde – entendida em seu aspecto mais amplo – das crianças e adolescentes e de seus familiares.

Para isso, a família deve ser o foco da atuação, e esse grupo precisa ser trabalhado através da ampliação dos espaços institucionais, ou seja, é necessário,

como observa GARCIA (2002), trabalhar no sentido de construção de uma “rede de recursos” para acompanhar as famílias em diferentes aspectos. Tendo em vista os diversos fatores que podem determinar a violência – sócio-culturais, econômicos e subjetivos – torna-se importante formular ações que atendam a família de forma integral, desenvolvendo atividades de promoção de renda, de inclusão social, e de acompanhamento psicológico, entre outras.

A abordagem do fenômeno violência exige dos profissionais estratégias que dêem conta não apenas de intervir nos agravos à saúde; elas devem, como já afirmamos, prevenir a violência. A prevenção representa a estratégia privilegiada para o combate mais eficaz da produção e/ou reprodução da violência familiar contra crianças e adolescentes, pois inibe a propagação dos atos de violência e, assim, o ciclo de violência. Ela deve se dar através de ações contínuas, que desnaturalizem a percepção da violência como forma de resolver conflitos.

Estas ações podem ser desenvolvidas pelos profissionais do PSF através do diálogo com as famílias, tendo em vista a convivência que os profissionais possuem com estas. Destaca-se, nesse sentido, a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que está mais diretamente ligado à comunidade e representa o elo entre esta e a ESF, podendo, no exercício dessa sua função de mediador, repassar informações e orientações de forma continuada.

Também podem ser desenvolvidos, dentro da perspectiva interdisciplinar e intersetorial, trabalhos com os pais/responsáveis – em instituições da comunidade e também através dos programas levados a efeito na própria Unidade de Saúde. Tendo em vista que muitas vezes a violência ocorre por falta de informação e de orientação dos pais, discutir a problemática com esse grupo é fundamental para se formar um espaço de reflexão sobre as ações adotadas no meio familiar.

Além disso, mais importante que trabalhar o grupo de pais, é construir e trabalhar com um grupo formado por pais/responsáveis e seus filhos, proporcionando uma aproximação entre estes e a abertura ou o fortalecimento do diálogo entre essas duas categorias de sujeitos. Diante de uma abordagem como essa é possível desnaturalizar a violência, “[...] tratando-a como um problema a ser resolvido, buscando formas ‘civilizadas’ de trabalhar com os conflitos”. (BRASIL, 2002).

A realização de campanhas sobre a temática, junto às comunidades atendidas pelo PSF em Ponta Grossa, também se mostra como relevante, pois essas campanhas podem trazer a público a discussão de questões importantes, sem abordar especificamente realidades particulares, ou seja, sem provocar necessariamente constrangimento para os profissionais e/ou para as famílias.

Podem repassar informações sobre o fenômeno de modo geral, despertar para o direito das crianças e dos adolescentes, discutir valores culturais naturalizados e cristalizados no imaginário de diferentes grupos, encorajar denúncias. E, trazendo à tona a análise do fenômeno enquanto determinado por múltiplos fatores, sem a necessária relação direta culpado-vítima, essas campanhas podem incentivar indiretamente a mudança de comportamento frente ao adultocentrismo e concorrer, conseqüentemente, para alteração do panorama da violência na realidade de muitas famílias. Contudo, se não houver uma continuidade das ações – através das abordagens que anteriormente citamos – o trabalho desenvolvido corre o risco de cair no esquecimento e de representar apenas mais uma ação pontual isolada.

Outro fato importante e fundamental é a denúncia dos casos confirmados ou das suspeitas de violência familiar contra crianças e adolescentes, o que possibilita

chamar à responsabilidade as instituições que atendem a esses sujeitos, bem como ao Estado, pois, tornando-se pública a violência privada, este terá que assumir o dever de garantir a segurança das crianças e dos adolescentes e também de garantir o atendimento das famílias agressoras.

Para que estas ações sejam realizadas é fundamental que os profissionais estejam e se sintam preparados para atuar. Dessa forma, capacitação é uma atividade imprescindível, pois eles devem conhecer e reconhecer o problema, seus potenciais determinantes, suas distintas manifestações e suas possíveis conseqüências.

A capacitação profissional não deve ocorrer apenas em um momento; ela deve ser contínua e não depende apenas de instituições, mas, principalmente, de cada profissional, de seu interesse, de seu comprometimento. Ela pode se dar também no cotidiano de atuação, através da troca de informações e experiências entre os profissionais, na reflexão e no aprimoramento das ações desenvolvidas em um processo interdisciplinar.

Obviamente que os profissionais precisam de um suporte que lhes dê apoio profissional e pessoal, pois as atividades exigidas para intervir em um caso podem apresentar-se bastante complexas, assim como, ao se deparar com a problemática, o profissional pode se sentir inseguro, até mesmo por ter vivenciado, como sujeito ativo ou passivo, em sua realidade particular de pessoa, situações semelhantes de violência. Diante de tal realidade é fundamental que este profissional receba o apoio de seus colegas e também de seus superiores para que ele possa trabalhar seus sentimentos e, posteriormente, possa desenvolver suas atividades com maior segurança.

Queremos destacar que estas ações devem obedecer a um único propósito, o da construção de uma cultura de direitos para a infância e a adolescência, e sua valorização enquanto pessoas, com opiniões e sentimentos.

Este estudo constitui uma aproximação à problemática da violência familiar contra crianças e adolescentes e ao que tem sido realizado em termos de intervenção sobre esse fenômeno, por parte das Equipes de Saúde da Família do Município de Ponta Grossa. Nesse sentido, está aberto a novas discussões e propostas que possam contribuir para estratégias de ação com vistas a minimizar/combater a ocorrência do problema e para a valorização desses sujeitos.

REFERÊNCIAS

ABREU, M.; MARTINEZ, A. F. Olhares sobre a criança no Brasil: perspectivas históricas. In: RIZZINI, I. (org). **Olhares sobre a criança no Brasil: séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Petrobrás-BR: Ministério da Cultura: USU Ed. Universitária: Amais, 1997. (p.19-36).

ADORNO, S. **Exclusão Sócio-Econômica e Violência Urbana**. Departamento de Sociologia, FFLCH/USP. Núcleo de Estudos da Violência/USP. s/d.

AMARAL, L. R. O. G. do. **Em busca dos significados dos acidentes infantis: um encontro com a casualidade, a negligência, a violência e a depressão**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Assis, 2003.

ANDRADE, F. M. O. **O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. Fortaleza, 1998.

ARENDT, H. **A condição humana**. (Tradução: Roberto Raposo). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **Sobre a violência**. (Tradução: André Duarte). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2º edição (Tradução: Dora Flaksman). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

ARPINI, D. M. **Violência e Exclusão: adolescência em grupos populares**. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2003. (Coleção Educar).

ASSIS, S. G. Aspectos conceituais da violência na infância e na adolescência. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.39-45).

_____; DESLANTES, S. F. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.47-57).

_____; AVANCI, J. Q. Abuso Psicológico e Desenvolvimento Infantil. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.59-67).

_____; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (orgs). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. (p.163-198).

_____. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Caderno de Saúde Pública**, vol.10 supl.1, 1994. (p.126-134).

AZEVEDO, M. A. Notas para uma teoria crítica da violência familiar contra crianças e adolescentes. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000. (p.25-47).

_____; GUERRA, V. N. A. **Instituto de Psicologia. LACRI – Laboratório de Estudos da Criança – USP** – Telecurso de especialização Infância e Violência Doméstica. módulos 1/AB, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

_____; _____. **Instituto de Psicologia. LACRI – Laboratório de Estudos da Criança – USP** – Telecurso de especialização Infância e Violência Doméstica. módulos 3/AB, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002a.

_____; _____. **Palmada já era!** São Paulo: M.A Azevedo: V.N de A Guerra, 2002b

_____; _____. **Mania de Bater: A punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil**. São Paulo: Iglu, 2001.

_____; _____. As políticas sociais e a violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio recusado em São Paulo?. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000. (p.228- 304).

_____; _____. Vitimação e Vitimização: questões conceituais. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. 2 ed. São Paulo: Iglu, 2000a. (p.25-47).

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** (Tradução: Waltensir Dutra). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAPTISTA, M. A. N. Violência Doméstica: as contribuições da terapia familiar como uma possibilidade de tratamento. In: SILVA, L. M. P. da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife: EDUPE, 2002. (p.183-238).

BARROS, S. A. B. de M. **Inserção do Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, como estratégia de implementação da atenção básica à saúde.** Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2003.

BARROS, M. C. M. M. de. **Piso da Atenção Básica: Um Estudo de Caso da Descentralização da Saúde no Brasil.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas: Instituto de Economia, 2003.

BARROSO, L. M. de S. **As idéias das crianças e dos adolescentes sobre seus direitos: um estudo evolutivo à luz da teoria piagetiana.** Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. Dissertação de Mestrado em Educação, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2000.

BECKER, D. **No Seio da Família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família.** Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Ministério Público; Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

BELLUSCI, D. G. de P. **Programa Saúde da Família: manual de implantação para gestores municipais, médicos e equipes.** São Paulo: Lawbook Editora, 2003.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. do S.M. de; LIMA, J. V. C. de. A Unidade Básica no Contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (orgs). **Bases da Saúde Coletiva.** Londrina: Ed. UEL, 2001. (p.133-143).

BEZERRA, M. A.; CORRÊA, M. S. M.; GUIMARÃES, K. N.. Negligência contra a criança: um olhar do profissional de saúde. In: SILVA, L. M. P. da. (org). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes.** Recife: EDUPE, 2002. (p.62-81).

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em um grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da família.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, USP: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica.** SIAB: Indicadores 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora MS, 2003.

_____. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde:** um passo a mais na cidadania em saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Violência Intrafamiliar:** orientações para prática em serviço. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências:** Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01, publicada no DOU, nº 96, seção 1e, de 18/05/01. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. (Série E, Legislação de Saúde; nº 8).

_____. **Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Programa Saúde da Família - PSF.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. **Portaria nº 1.968/GM,** de 25/10/01, publicada na DOU, nº 206, de 26/10/01, seção 1 – página 86. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

_____. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família - PSF.** Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Portaria nº 1.886/GM,** de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

_____. Lei 8069, de 13 de julho de 1990. In: PARANÁ. **Estatuto da Criança e do Adolescente,** Secretaria de Estado da Criança e Assuntos da Família, 1998.

_____. **Portaria nº 1.742,** de 30 de agosto de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS. NOB-SUS 01/96.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil,** promulgada em 05 de outubro de 1988. Obra coletiva de autores da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto e Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt. 22º ed. Atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 1999. (Coleção Saraiva de legislação).

BUENO, Á. R. Vitimização física: identificando o fenômeno. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. 2º ed. São Paulo: Iglu, 2000. (p.105-113).

CAMARGO, C. N. M. F. de. Agressor ou vítima: a falta básica e as duas faces da mesma moeda. In: FERRARI, D. C. de A.; VECINA, T. C. C. (orgs). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002. (p.131-140).

CARTA DE OTTAWA SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf> - Acesso: 21/04/2004.

CARVALHO, B. G; MARTIN, G. B; CORDONI JÚNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (orgs). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. (p.27-59).

CAVALCANTE, L. I. C. Violência contra Crianças e Adolescentes: números, discursos e imagens. In: CAVALCANTE, L. I. C. **O afeto e seu Averso: um estudo sobre o abandono e a violência na família**. Curso de Mestrado em Serviço Social. GEPIA, 1999. (p.89-159).

COHEN, C. O incesto. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000. (p.211-225).

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5º ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003. (p.13-57).

COMEL, D. **Do poder familiar**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

CONVENÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/dca/convdir.htm> - Acesso: 21/04/2004.

CORRÊA, R. A. Cultura, educação para, sobre e na paz. In: MILANI, F. M; JESUS, R. de C. D. P.de. (orgs). **Cultura da Paz: estratégias, mapas e bússolas**. Salvador: INPAZ, 2003. (p.97-141).

COSTA. J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

CRUZ, R. M. B. da. Negligência contra crianças e adolescentes. **Revista da ABRAMINJ – Associação Brasileira dos Magistrados da Infância e da**

Juventude. XIX Congresso Nacional da ABRAMINJ: Proteção Integral – práticas atuais e perspectivas inovadoras. Ano 2, nº 2, 2004. (p.79-115).

DADOON, R. **A violência: ensaio acerca do “homo violens”.** (Tradução: Pilar Ferreira de Carvalho, Carmem de Carvalho Ferreira). Rio de Janeiro: DIFEL, 1998.

DAY, V. P. et al. **Violência doméstica e suas diferentes manifestações.** *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* [online]. abr. 2003, vol.25 supl.1 [citado 24 Abril 2005], p.9-21. Disponível na World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400003&lng=pt&nrm=iso.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> - Acesso: 21/04/2004.

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA. Disponível em <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/conanda/declara.htm> - Acesso: 21/04/2004.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/declaracao/declaracao_univ.html - Acesso: 21/04/2004.

DESLANTES, S.; GOMES, R. Atuação dos serviços de saúde: dois modelos como inspiração. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.197-203).

DOMINGUEZ, B. N. R. **O Programa de Saúde da Família: como fazer.** São Paulo: CGE, 1997.

FALEIROS, E. S.; CAMPOS, J. de O. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes.** Brasil, Ministério da Justiça; CECRIA; UNICEF: Brasília, 2000.

FALEIROS, V. de P. **A questão da violência.** Disponível em: www.faleiros.com.br, 1998.

FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.69-80).

FERRARI, D. C. de A. Visão histórica da infância e a questão da violência. In: FERRARI, D. C. de A; VECINA, T. C. C. **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática.** São Paulo: Ágora, 2002. (p.23-56).

_____. Definição de abuso na infância e na adolescência. In: FERRARI, D. C. de A.; VECINA, T. C. C. (orgs). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002. (p.81-94).

FERREIRA, K. M. M. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: nossa realidade. In: SILVA, L. M. P. da. (org). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002. (p.18-43).

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3º ed. Totalmente revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

_____. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3º ed. Totalmente revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003.

FRAGA, P. D. Violência: forma de dilaceramento do ser social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XXIII. Nº 70. São Paulo: Cortez, julho 2002. (p.44-58).

FREYRE, G. **Casa-Grande e Senzala**. 25º ed. Rio de Janeiro: Olymppio, 1987.

GARCIA, M. R. C. Teorias e técnicas do atendimento social em casos de violência intrafamiliar na infância e na adolescência. In: FERRARI, D. C. de A.; VECINA, T. C. C. (orgs). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002. (p.143-152).

GIRARD, R. **A violência e o Sagrado**. (Tradução: Martha Conceição Gambini). São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1990.

GOMES, J. V. Família: cotidiano e luta pela sobrevivência. In: BRANT de CARVALHO, M. do C. (org.). **A família contemporânea em debate**. 5º ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2003. (p.61-72).

GUERRA, V. N. de A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4º ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 2001.

GUIMARÃES, N. de A.; FARIAS, E. P. de; BARBOSA, A. M. F. de C. O Incesto como problema de violência: atendimento e estratégias de intervenção. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.81-86).

GUIMARÃES, I. Violência de gênero. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.105-109).

HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. W. Família. In: HORKHEIMER; M. ADORNO, T. W. **Temas da Sociologia**. (Tradução Álvaro Cabral). São Paulo: Cultrix, 1956. (p.132-150).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2003**. Estudos e pesquisas. Informações demográficas. Nº 12. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Radar Social**. Brasília: IPEA, 2005.

JORGE, M. H. P. de M. (et al). Crianças, Adolescentes e Jovens do Brasil no Fim do Século XX. In: WESTPHAL, M. F. (org). **Violência e a Criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. (p.47-72).

JOSÉ FILHO, M. **A família como espaço privilegiado para a construção da cidadania**. Franca: UNESP-FHDSS, 2002. (Dissertações e Teses, n. 5).

JULIÃO, C. H. **O enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Orlândia – SP**: o papel do Conselho Tutelar. Tese de Doutorado. Faculdade de História, Direito e Serviço Social. UNESP. Franca, 2004.

LARENCINI, B. D. B.; FERRARI, D. C. de A.; GARCIA, M. R. C. Oficinas de prevenção. In: FERRARI, D. C. de A.; VECINA, T. C. C.(orgs). **O fim do silêncio na violência familiar**: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. (p.228-260).

LESCHER, A. D. **Crianças em situação de risco social**: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde. Resultado da Fase I do Projeto de pesquisa apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Programa de Políticas Públicas, 03/06405-0. São Paulo, 2004.

MARCÍLIO, M. L. **A lenta construção dos direitos da criança brasileira – Século XX**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Biblio/txt/mluiza.html> - Acesso: 20/03/2004.

_____. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In: FREITAS, M. C. de (org). **História Social da Infância no Brasil**. 3º ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 1997. (p.53-79).

MATTOS, G. O. de. A questão do disciplinamento corporal. In: FERRARI, D. C. de A.; VECINA, T. C. C.(orgs). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002. (p.122-130).

MEDEIROS, M. **Olhando a lua pelo mundo da rua**: representações sociais da experiência de vida de meninos em situação de rua. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 1999.

MEDINA, M. G; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA, M. F. de. (org.). **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002. (p.135-151).

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

_____. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 1995. (p.19-91).

MICHAUD, Y. **A violência** (Tradução de L. Garcia). 1º ed. São Paulo: Editora Ática, 2001.

MILANI, F. M. Cultura da Paz x Violências: papel e desafios da escola. In: MILANI, F. M; JESUS, R. de C. D. P. de. (orgs). **Cultura da Paz: estratégias, mapas e bússolas**. Salvador: INPAZ, 2003. (p.31-60).

_____; JESUS, R. de C. D. P. de. A apresentação In: MILANI, F. M; JESUS, R. de C. D. P. de. (orgs). **Cultura da Paz: estratégias, mapas e bússolas**. Salvador: INPAZ, 2003. (p.13-21).

MIMAYO, M. C. de S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (orgs). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. (p.23-47).

_____. **Ciências, Técnicas e Arte: o desafio da pesquisa social.** In: MIMAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 10º ed. Petrópolis, R.J: Vozes, 1994. (p.09-29).

_____; LIMA, C. A. Filosofia e práxis da proteção integral: o feito e o por fazer sob o olhar da saúde. In: LIMA, C. A de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.250-255).

_____; SOUZA, E. R. de. Apresentação. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (orgs). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. (p.13-19).

_____; _____. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M. F. (org). **Violência e a Criança.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. (p.95-114).

_____; _____. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, IV(3):513-531, nov. 1997-fev. 1998. Disponível em:

http://www.coc.fiocruz.br/hscience/vol4n3/art_cecilia.html - Acesso: 15/11/2004.

MOTT, L. Pedofilia e Pederastia no Brasil Antigo. In: PRIORE, M. D. **História da Criança no Brasil.** 4º ed. São Paulo: Contexto, 1996. (Coleção Caminhos da História). (p.44-60).

MUNHOZ, D. E. N. Trabalho interdisciplinar: realidade e utopia. **Revista Serviço Social e Sociedade.** Nº 51. ano XVIII: Cortez, agosto de 1996. (p.167-171).

NASCIMENTO, C. A. D. do. A dor da violência. In: SILVA, L. M. P. da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife: EDUPE, 2002. (p.45-60).

NEPOMUCENO, V. O mau-trato infantil e o Estatuto da Criança e do Adolescente: os caminhos da prevenção, da proteção e da responsabilidade. In: SILVA, L. M. P. da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife: EDUPE, 2002. (p.116-174).

NJAINE, K.; SOUZA, E. R. de. Informação e comunicação sobre violência: instrumentos para a cidadania. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (orgs). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. (p.269-282).

ODÁLIA, N. **O que é violência**. São Paulo: Cultura e editora Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos).

OLIVEIRA, M. L. M. et al. Atenção a mulher, crianças e adolescentes em situação de violência - a experiência de Goiânia. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.151-161).

OLIVEIRA, A. B. de. Saúde e Vitimização. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. 2º ed. São Paulo: Iglu, 2000. (p.99-103).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS). **Informa mundial sobre la violencia y la salud**. (Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A Mercy, Anthony B. Zwi, Rafael Lozano) Washington, D.C.: OPS, 2003. (Publicación Científica y Técnica nº 588).

OUTHWAIRE, W.; BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento Social do século XX**. – com consultoria de Ernest Gellner, Robert Nisbet, Alain Touraine. (Editoria da versão brasileira Renato Lessa, Wanderley Guilherme dos Santos. Tradução de Eduardo Francisco Alves, Álvaro Cabral). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1996.

PARANÁ. **Plano Estadual de Enfrentamento à violência contra Crianças e Adolescentes**. Curitiba: Comissão Estadual Interinstitucional de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes. PR, 2005.

PRIORE, M. D. O papel branco, a infância e os jesuítas na colônia. In: PRIORE, M. D. **História da Criança no Brasil**. 4º edição. São Paulo: Contexto, 1996. (Coleção Caminhos da História). (p.10-27).

REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOÊNCIA. **Manual de Atendimento**. Volume I. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002.

RIBEIRO, E. M. **As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.12, no.4, jul./ago. 2004. (p.658-664).

RICOTTA, L. **Quem grita perde a razão: a educação começa em casa e a violência também**. 2 ed. São Paulo: Ágora, 2002.

RIZZINI, I; CASTRO, M. R. de; SARTOR, C. S. D. **Pesquisando...** : guia de metodologias de pesquisa para programas sociais. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 1999.

RODRIGUES, M. L. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M. L.; RODRIGUES, M. L.; MUCHAIL, S. T. (orgs). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998. (p.152-158).

ROURE, G. Q. de. **Vidas silenciadas: a violência com crianças e adolescentes**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1996. (Coleção Momentos).

ROUSSEAU, J. J. **O contrato social e outros escritos**. (Tradução: Rolando Roque da Silva). São Paulo: Cultrix, 1999.

SAFFIOTI, H. Introdução: A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. 2º ed. São Paulo: Iglu, 2000. (p.13-21).

_____. Exploração sexual de crianças. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. 2º ed. São Paulo: Iglu, 2000. (p.49-95).

_____. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: KUPSTAS, M (org.) **Violência em Debate**. São Paulo: Moderna, 1997. (Coleção Polêmica. Série debate na escola). (p.38-57).

SALOMOM, Z. Situação da Criança e do Adolescente em Israel: “Crescendo em Ambientes Violentos – Vulnerabilidade e Resistência”. In: WESTPHAL, M. F. (org). **Violência e a Criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. (p.73-91).

SANCHEZ, R. N.; MIMAYO, M. C. de S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.29-38).

SANTORO JÚNIOR, M. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: um fenômeno antigo e sempre atual**. Disponível em: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1955 - Acesso: 13/02/2004.

SANTOS, M. C. C. L. dos. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: WESTPHAL, M. F. (org). **Violência e a Criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. (p.189- 204).

SCODELARIO, A. S. A família abusiva. In: FERRARI, D. C. de A.; VECINA, T. C. C.(orgs). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002. (p.95-106).

SILVA, R. da. Violência Institucional: o difícil diagnóstico de saúde de suas vítimas. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.125-133).

SILVA, I. R. da; NÓBREGA, R. (colaboração) Feridas que não cicatrizam. In: SILVA, L. M. P. da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002. (p.84-98).

SILVA e SILVA, M. A. de S. e. Violência contra crianças – quebrando o pacto de silêncio. In: FERRARI, D. C. de A.; VECINA, T. C. C. (orgs). **O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática**. São Paulo: Ágora, 2002. (p.73-80).

SOBRINHO, E. J. M. A.; CHIESA, A. M.; SOUZA, M. F. de. **PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo**. In: **SOUZA, M. F. de (org). Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002. (p.37-44).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atenção frente a maus-tratos na infância e na adolescência**: orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde. 2º ed. Rio de Janeiro, março de 2001.

SOUSA, M. F. de. **A Cor-Agem do PSF**. 2º ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. Capital humano no PSF: revendo o passado e imaginando o futuro. In: SOUSA, M. F. de. (org.) **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002. (p.105-114).

SOUZA, E. R. de; JORGE, M. H. P. de M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileira: magnitude e morbimortalidade. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.23-28).

_____ et all. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (orgs). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. (p.83-107).

_____ et all. Avanços do Conhecimento sobre Causas Externas no Brasil e no Mundo: enfoque quanti e qualitativo. In: MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de

(orgs). **Violência sob o olhar da saúde:** a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. (p.131-160).

SOUZA e SILVA, M. A. de. Violência contra crianças: quebrando o pacto de silêncio. In: FERRARI, D. C. de A.; VECINA, T. C. C. (orgs). **O fim do silêncio na violência familiar:** teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. (p.73-80).

TAVARES, M. de L. Abordagem da violência intrafamiliar no programa saúde da família. In: LIMA, C. A. de (coord.) et al. **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (p.205-217).

TEIXEIRA, M. J. O.; NUNES, S. T. A. Interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: uma utopia? In: BRAVO, M. I. S [et al] (org.). **Saúde e Serviço Social.** Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2004. (p.117- 132).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução á Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** 2º ed. São Paulo: HUCITEC, Sobral: UVA, 2001.

VECINA, T. C. C.; CAIS, A. C. F. da S. Infância e adolescência: uma realidade que precisa de intervenção. In: FERRARI, D. C. de A. ; VECINA, T. C. C. (orgs). **O fim do silêncio na violência familiar:** teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002. (p.57-70).

VIANA, A. L. D'Á.; DAL POZ, M. R. (coord). **Reforma em saúde no Brasil:** Programa de Saúde da Família: informe final. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998 (Série estudos em saúde coletiva; nº 166).

VITIELLO, N. Vitimização sexual: conseqüências orgânicas. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. (orgs). **Crianças vitimizadas:** a síndrome do pequeno poder. 2º ed. São Paulo: Iglu, 2000. (p.123-141).

ZAGURY, T. **Limites sem traumas.** 18 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. (Construindo Cidadãos).

APÊNDICE A - Questionário

Questionário:

Unidade de saúde: _____
Equipe: _____ Nome: _____

1- Qual sua função na Equipe de Saúde da Família:

- | | |
|--|---|
| ☐ médico; | ☐ THD; |
| ☐ enfermeiro; | ☐ ACD; |
| ☐ auxiliar de enfermagem; | ☐ agente comunitário de saúde. |
| ☐ farmacêutico; | |
| ☐ assistente social; | |
| ☐ odontólogo; | |

2- Há quanto tempo faz parte da Equipe de Saúde da Família?

- ☐ desde sua criação (data: _____);
☐ outro. _____

3- Quais os tipos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas no meio familiar que você conhece?

4- Como você considera a realização, pelas Equipes de Saúde da Família, de ações voltadas aos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas no meio familiar?

- ☐ pouco importante;
☐ importante;
☐ não considero importante.

Justificar a resposta _____

5- Você acredita que a violência contra crianças e adolescentes desenvolvida por membros da família pode causar danos a saúde das vítimas?

- ☐ Sim.
☐ Não.

6- Se respondeu sim, quais são os problemas relacionados à saúde das crianças e/ou adolescentes que sofrem violência no ambiente familiar? _____

7- Você tem conhecimento de casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas nas famílias atendidas pela sua equipe?

- ☐ Sim.
☐ Não.

8- Você recebeu algum treinamento para identificar e/ou atender os casos de violência contra crianças e adolescentes desta natureza?

- ☐ Sim.
☐ Não.

-Em caso positivo, que órgão/equipe desenvolveu esse treinamento? _____

9- De quantos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas no ambiente familiar você tomou conhecimento durante o ano de 2003?

- ☐ nenhum caso;
☐ até 5 casos;
☐ até 10 casos;
☐ mais de 10 casos.

10- Quantos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas no ambiente familiar você atendeu durante o ano de 2003?

- ☐ nenhum casos;
☐ até 5 casos;

- () até 10 casos;
- () mais de 10 casos.

11- Quantos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas no ambiente familiar a equipe atendeu durante o ano de 2003?

- () nenhum caso;
- () até 5 casos;
- () até 10 casos;
- () mais de 10 casos.

12- A maioria das vítimas tem idade entre:

- () 0-2 anos;
- () 3-5 anos;
- () 6-10 anos;
- () 10-15 anos;
- () 16-18 anos.

13- Os casos de violência desta natureza atendidos pela sua Equipe de Saúde da Família, ocorrem na maioria das vezes com:

- () crianças;
- () adolescentes;
- () não sei responder.

14- As crianças e ou adolescentes vítimas de violência no meio familiar atendidas pela sua Equipe de Saúde da Família, são na maioria das vezes do sexo:

- () feminino;
- () masculino.
- () não sei responder.

15- Nos casos atendidos, na maioria das vezes o(a) agressor(a) é:

- | | | |
|---------------|------------|-------------------------|
| () pai; | () irmão; | () outros. Quem? _____ |
| () padrasto; | () irmã; | |
| () mãe; | () avô; | |
| () madrasta; | () avó; | |
| () tio; | () primo; | |
| () tia; | () prima; | |

16- A maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes praticados no meio familiar e atendidos pela Equipe, é:

- () Violência Física;
- () Violência Sexual;
- () Violência Psicológica;
- () Negligência;

17- Há reincidências de casos dessa natureza?

- () Sim.
- () Não.

18- Que fatores podem influenciar os casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas no ambiente familiar?

- () uso de drogas;
- () uso de álcool;
- () desemprego;
- () pouco tempo para a família;
- () educação recebida pelos pais e/ou parentes responsáveis;
- () insuficiente educação formal dos pais e/ou parentes responsáveis;
- () problemas psicológicos;
- () problemas mentais;
- () a provocação da criança/adolescente;
- () problemas sócio-econômicos;

() outros. Quais? _____

19- Os casos de violência dirigida a crianças e/ou adolescentes por parte de seus familiares na maioria das vezes ocorrem:

- () dentro de casa;
- () fora de casa.

20- Como você ficou ou fica sabendo dos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridos nas famílias atendidas pela sua equipe?

- () através das consultas médicas;
- () o responsável pela vítima relata;
- () através de alguém da comunidade;
- () através do trabalho de puericultura;
- () através do trabalho de planejamento familiar;
- () através de algum profissional da equipe. Qual? _____
- () Outros. _____

21- A equipe intervém nesses casos de violência?

- () Sim. Como? _____
- () Não.

22- Existe um acompanhamento das famílias em que a equipe tenha tipo oportunidade de identificar casos de violência sofrida por crianças e adolescentes em seu ambiente familiar?

- () Sim;
- () Não

-Em caso positivo, como se dá esse acompanhamento? _____

23- Nos atendimentos dos casos de violência contra crianças e adolescentes praticadas no meio familiar, como é a participação dos profissionais da equipe?

- () nenhum profissional realiza trabalhos na área da violência contra crianças e adolescentes sofrida no ambiente familiar;
- () poucos profissionais realizam um trabalho;
- () a maioria dos profissionais realizam trabalho;
- () todos os profissionais realizam trabalho.

24- A Equipe de Saúde da Família na qual atua realiza trabalhos preventivos sobre a violência contra crianças e adolescentes praticadas no meio familiar junto à população atendida?

- () Sim. Onde? _____
- () Não.

25- Participam dos trabalhos voltados ao atendimento dos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas no ambiente familiar, os profissionais de:

- () medicina;
- () enfermagem;
- () auxiliar de enfermagem;
- () serviço social;
- () farmácia;
- () agente comunitário de saúde;
- () odontologia;
- () todos os profissionais que compõe a Equipes de Saúde da Família.

26- Você e/ou a Equipe em que atua denunciam os casos de violência desta natureza que chegam ao conhecimento?

- () Sim.
- () Não.

27- Se denuncia, a que (quais) órgão(s):

28- Existe(m) problema(s) e/ou dificuldade(s) em se trabalhar os casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas no ambiente familiar?

- ☐ Sim.
☐ Não.

29- Se existe(m), esta(s) dificuldade(s) é (são):

- ☐ não me sinto preparado para trabalhar com os casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas no meio familiar;
☐ dificuldade em identificar os casos;
☐ não há denúncias;
☐ dificuldade em estabelecer contato com a família;
☐ a família nega a violência;
☐ não há apoio da equipe;
☐ não há apoio das instituições responsáveis pelo atendimento destes casos.
☐ outros. Quais? _____

30- Conhece o conteúdo do Estatuto da Criança e do Adolescente?

- ☐ Sim.
☐ Não.
☐ parcialmente.

31- Você sabe qual o procedimento adotado pelos órgãos legais responsáveis pelo atendimento dos casos de violência contra crianças e adolescentes no meio familiar no município?

- ☐ Sim.
☐ Não.
☐ parcialmente.

Observações:

APÊNDICE B - Entrevistas

QUESTÕES PARA A ENTREVISTA.

1. O que você entende por violência familiar contra crianças e adolescentes?
2. Quais são as conseqüências da violência familiar dirigida a crianças e adolescentes?
3. Você considera a violência uma questão que deve ser trabalhada pelos profissionais da saúde? Por quê?
4. Qual a contribuição do Programa Saúde da Família na intervenção da realidade da violência familiar contra crianças e adolescentes?
5. O Programa Saúde da Família prevê ações específicas na intervenção da realidade da violência nas famílias atendidas? De que forma?
6. A violência familiar contra crianças e adolescentes é uma realidade das famílias atendidas pela equipe de saúde da família em que você atua? Quais os casos mais freqüentes?
7. Como a equipe de saúde da família em que você atua fica sabendo dos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes?
8. Quais são as ações desenvolvidas (voltadas à questão da violência familiar contra crianças e adolescentes) pela equipe e como se dá a participação dos profissionais nelas?
9. Existem dificuldades em se trabalhar com os casos de violência familiar contra crianças e adolescentes? Quais são as dificuldades?
10. Você recebeu informações e/ou participou de treinamento para trabalhar com casos de violência familiar contra crianças e adolescentes?