



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**ALINE MARIA FREITAS DE SOUZA**

**O PROCESSO DE ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA  
AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE**

**FORTALEZA  
2014**

**ALINE MARIA FREITAS DE SOUZA**

**O PROCESSO DE ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA  
AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa.

**FORTALEZA  
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências Humanas

---

S713p

Souza, Aline Maria Freitas de.

O processo de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes na atenção primária em saúde: uma avaliação em profundidade / Aline Maria Freitas de Souza. – 2014.

257 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza (CE), 2014.

Orientação: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Saúde da família. 3. Crianças e violência. 4. Adolescentes e violência. I. Título.

---

CDD 362.12

**ALINE MARIA FREITAS DE SOUZA**

**O PROCESSO DE ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA  
AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE**

DATA DE APROVAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa - Orientador  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof. Dr. Marcelo Tavares Natividade - Examinador  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ângela de Alencar Araripe Pinheiro - Examinador  
Membro Externo

---

Prof. Dr. Alcides Fernandes Gussi - Suplente  
Universidade Federal do Ceará

Aos meus filhos, Roberto Freitas e Marcelo Freitas por fazerem parte de mim, serem um motivo para que eu prossiga a caminhada e representam a adolescência e a infância com a maioria dos direitos garantidos, a quem foram dadas as condições para crescerem saudáveis e desenvolverem os seus potenciais.

À minha mãe, Arlinete Freitas, que ficou órfã muito cedo e teve várias famílias substitutas que a trataram com muito amor e respeito, mas por ter sobrevivido à infância com dificuldades.

A meu pai, Francisco Alves, por me conduzir na infância e na adolescência e por estar sempre presente nos momentos bons e difíceis da minha vida.

Ao meu namorado, Rogério Manuel que, apesar de viver em outro país, trabalhou nos campos desde criança com o irmão Orlando Antônio, fazendo parte do trabalho em família, tendo parte das suas infâncias sacrificadas.

À minha avó paterna, Maria Alves (*in memoriam*) que teve uma infância sofrida (só veio a andar com 5 anos de idade), destituída da maioria dos seus direitos, nunca teve um brinquedo (boneca).

Ao meu avô paterno, Antônio Abreu (*in memoriam*), que na sua adolescência foi trabalhar extraindo borracha dos seringais da Amazônia, época que trabalhar desde a infância era uma obrigação.

Aos avós maternos, Zilda e Arlindo (*in memoriam*), a quem gostaria de ter conhecido, mas de quem ouvi falar por toda minha infância... dos seus exemplos de trabalho, dedicação e bom humor.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai criador de todos os seres vivos, inclusive dos humanos, a quem devo minha vida.

Aos amigos e professores do MAPP, em especial a Orlana Raquel, que me incentivou e compartilhou vários momentos da construção dessa pesquisa.

Ao professor Fernando José Pires de Sousa, meu orientador, pela sua colaboração e apoio em todos os momentos da pesquisa.

Ao amigo e colega de trabalho, Cleyton Magalhães, que me apresentou o MAPP e me fez enfrentar esse novo desafio.

À coordenação do MAPP e aos funcionários, por nos oferecerem as condições necessárias a uma boa aprendizagem.

À CAPS pelo apoio financeiro durante todo o curso.

Aos professores Marcelo Tavares Natividade e Rejane Batista Vasconcelos, pelo acréscimo de seus conhecimentos na qualificação da pesquisa.

À Vilma Ferreira e Heloisa Gurgel, da Célula Municipal de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI), pelo empenho no fornecimento e organização dos dados.

À Ednéia Quinto e Lana, da Secretaria Municipal de Direitos Humanos/FUNCI, pela autorização para o prosseguimento da pesquisa no Conselho Tutelar.

À Supervisão dos Conselhos e ao Conselho Tutelar da SER V, que me confiaram o acesso a documentos valiosos e fundamentais para a pesquisa e por ter compartilhado sobre seus trabalhos e suas expectativas.

À Dr.<sup>a</sup> Antônia Lima de Sousa, coordenadora do CAOPIJ, órgão do Ministério Público, que sempre esteve à disposição de participar da pesquisa com sua valiosa contribuição.

À Valdênia de Moraes, Assistente social do CAOPIJ, pelas consultas e assessorias sobre assuntos jurídicos e institucionais dadas durante a pesquisa, bem como pelo prazer de revê-la após alguns anos.

À Cinthia e Patrícia Suassuna e Ayla, Técnicas da Célula de Vigilância

Epidemiológica CEVEPI da Secretaria Executiva Regional V, pelo compromisso e orientações no acesso aos dados da SER V.

À coordenação do UAPS Argeu Herbster e Agentes Comunitários de Saúde que me apoiaram e me estimularam durante a pesquisa.

Às secretárias Vânia e Katiana, pela disponibilidade e acesso aos documentos durante o curso.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Aos profissionais de saúde da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos Contra Crianças e Adolescentes da UAPS Graciliano Muniz, Dr. Eugênio, Dr.<sup>a</sup> Cybele, Dr.<sup>a</sup> Marcicleide, Dr.<sup>a</sup> Lucivânia, Dr.<sup>a</sup> Karine, Dr.<sup>a</sup> Raquel e a Venina, a dedicada secretária da equipe.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, Chagas, Vera, Neide, Fanca, Grazi, Jean e outros que não participam da referida comissão, mas trouxeram casos à discussão: Liduína, Silvania, Marília, Welton, Joelma, Jaqueline, Cléia, Patrícia, que permanecem na luta para garantir o cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes, independente da raça, cor, gênero, classe social, religião, opção sexual, pois, fundamentalmente, todos são humanos embora, muitas vezes, sobrevivam em condições desumanas.

Às famílias que são acompanhadas pela referida equipe e concordaram em participar da pesquisa, falando de situações, por vezes, muito íntimas e até constrangedoras.

Às crianças e adolescentes, que através dos seus desenhos, puderam nos mostrar o que os deixam tristes ou felizes nessa fase da vida, passagem decisiva para a fase adulta.

“Do rio que tudo arrasta se diz que é violento. Mas  
ninguém diz violentos margens que o comprimem”

Bertolt Brecht

## RESUMO

Neste estudo buscou-se compreender o processo de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes na atenção primária em saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com tendência a uma avaliação em profundidade. Inicialmente apresentou-se uma análise dos casos notificados de violência doméstica nos serviços de saúde em Fortaleza, no período de 2008 a 2013, em relação ao sexo, raça, escolaridade, tipo de violência, meio de agressão, local de ocorrência e provável agressor. Em seguida foram analisados os casos da SER V, região mais densa e um dos mais baixos IDH de Fortaleza. A pesquisa teve abordagem quanti-qualitativa e uma análise crítico-reflexiva a partir de técnicas utilizadas como pesquisa documental, observação participante, grupo focal e entrevistas em profundidade com os profissionais e familiares da referida comissão. Verificou-se que os profissionais e familiares utilizam a notificação como um ato punitivo, não como quebra da cadeia de violência, como sugere o discurso oficial da política de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. Na visão dos familiares, a violência está associada ao preconceito, a falta de políticas que assistam as crianças com dependência química e a falta de acesso aos serviços públicos de qualidade. Houve um desconhecimento significativo entre profissionais e familiares bem como sobre os órgãos da rede de proteção as vítimas de violência. A Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos na atenção primária mostrou ser um espaço de discussão sobre os direitos e deveres de crianças e adolescentes, porém as instituições da rede de proteção a vítima de violências não conseguem dar uma resposta aos casos mais complexos. O Conselho tutelar avalia que a descontinuidade das políticas de proteção às crianças e adolescentes e a interferência política dificultam a autonomia dos profissionais em relação à abordagem e encaminhamento dos casos.

**Palavras-chave:** Violência. Cidadania. Criança e adolescente. Saúde da família. Políticas públicas.

## **ABSTRACT**

In this study we sought to understand the coping process to violence against children and adolescents in primary health care. It is an evaluation research with a trend towards in-depth evaluation. Initially presented an analysis of reported cases of domestic violence in health services in Fortaleza, in the period 2008-2013, in relation to sex, race, education, type of violence, through aggression, place of occurrence and likely aggressor. Then the cases were analyzed SER V, denser region and one of the lowest HDI of Fortaleza. The research was quantitative and qualitative approach and a critical and reflective analysis from technology used and documentary research, participant observation, focus group and in-depth interviews with professionals and family members of the committee. It was found that professionals and family members use the notification as a punitive act, not as breaking the chain of violence, as suggested by the official discourse of morbidity and mortality reduction policy due to violence. In the view of family, violence is associated with prejudice, lack of policies that assist children with substance abuse and the lack of access to quality public services. There was a significant lack of knowledge between work and family as well as the bodies of the safety net victims of violence. The Prevention Commission to Abuse in primary care proved to be a forum for discussion on the rights and duties of children and adolescents, but the institutions of the safety net the victim of violence can't give an answer to the most complex cases. The tutelary Council estimates that the discontinuity of protection policies for children and adolescents and political interference hamper the autonomy of professionals regarding the approach and referral of cases.

**Keywords:** Violence. Citizenship. Children and adolescents. Family health. Public policy.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Extrema pobreza por regionais – 2010.....	54
Tabela 2 -	Distribuição dos casos notificados de violências doméstica e/ou sexual e outras violências por regional em Fortaleza, no período de 2008 a 2013.....	100
Tabela 3 -	Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, por unidade de notificação, de Fortaleza e da SER V, em 2008-2013.....	101
Tabela 4 -	Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, por sexo, em Fortaleza e na SER V, no período 2008-2013.....	105
Tabela 5 -	Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes por raça, em Fortaleza e na SER V, 2008-2013....	108
Tabela 6 -	Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes por faixa etária, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.....	112
Tabela 7 -	Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, em estado de gestação, em Fortaleza e SER V, 2008-2013.....	114
Tabela 8 -	Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e/ou sexual e outras violências, por ocupação, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.....	117
Tabela 9 -	Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, por escolaridade, do município de Fortaleza e SER V, no período de 2008 a 2013.....	120
Tabela 10 -	Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e/ou sexual e outras violências contra crianças e adolescentes pelo tipo de violência, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.....	122
Tabela 11 -	Distribuição dos casos notificados de violência sexual, contra crianças e adolescentes, em Fortaleza e da SER V, no período de 2008 a 2013.....	126

Tabela 12 -	Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e/ou sexual e outras violências, por parte do corpo atingida, no município de Fortaleza e da SER V, 2008 a 2013.....	131
Tabela 13 -	Distribuição dos casos notificados de violência sexual, quanto ao tipo de penetração no município de Fortaleza e SER V, no período de 2008 a 2013.....	133
Tabela 14 -	Distribuição dos casos notificados de violência sexual, na faixa etária de 0-19 anos, que realizaram profilaxia para HIV e HEP B, no município de Fortaleza, no período de 2008 a 2013.....	134
Tabela 15 -	Distribuição dos casos notificados de violência por lesão autoprovocada em crianças e adolescentes, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.....	136
Tabela 16 -	Distribuição dos casos notificados de violência por lesão autoprovocada em crianças e adolescentes segundo o tipo, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.....	137
Tabela 17 -	Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e ou sexual e outras violências contra crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência ou transtorno, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.....	140
Tabela 18 -	Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e/ou sexual e outras violências contra crianças e adolescentes pelo meio de agressão, em Fortaleza, no período de 2008 a 2013.....	148
Tabela 19 -	Distribuição dos casos notificados de violências doméstica e/ou sexual e outras violências, por local de ocorrência, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.....	150
Tabela 20 -	Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e/ou sexual e outras violências quanto ao parentesco com o agressor, no município de Fortaleza e SER V, no período de 2008 a 2013..	154
Tabela 21 -	Distribuição dos casos acompanhados pela equipe da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos contra crianças e adolescentes na UAPS Graciliano Muniz/SER V, no período de 2010 a 2013, município de Fortaleza.....	159

Tabela 22 -	Distribuição dos casos atendidos nos conselhos tutelares de Fortaleza, por Regional, Fortaleza, janeiro a junho de 2013.....	198
Tabela 23 -	Distribuição dos procedimentos adotados e solução dos casos, no período de janeiro a julho de 2013 .....	200

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos casos notificados de violências doméstica e/ou sexual e outras violências por regional em Fortaleza .....	100
Gráfico 2 -	Porcentagem dos casos notificados em Fortaleza.....	101
Gráfico 3 -	Porcentagem dos casos notificados na SER V .....	101
Gráfico 4 -	Porcentagem dos casos notificados por sexo – Fortaleza .....	105
Gráfico 5 -	Porcentagem dos casos notificados por sexo - SER V.....	105
Gráfico 6 -	Porcentagem dos casos notificados por raça– Fortaleza.....	108
Gráfico 7 -	Porcentagem dos casos notificados por raça - SER V .....	108
Gráfico 8 -	Porcentagem de casos notificados por faixa etária– Fortaleza....	113
Gráfico 9 -	Porcentagem dos casos notificados por faixa etária- SER V .....	113
Gráfico 10 -	Porcentagem dos casos notificados em estado de gestação – Fortaleza .....	115
Gráfico 11 -	Porcentagem dos casos notificados em estado de gestação - SER V.....	115
Gráfico 12 -	Porcentagem dos casos notificados por ocupação– Fortaleza .....	118
Gráfico 13 -	Porcentagem dos casos notificados por ocupação – SER .....	118
Gráfico 14 -	Porcentagem dos casos notificados por escolaridade Fortaleza ...	121
Gráfico 15 -	Porcentagem dos casos notificados por escolaridade - SER V.....	121
Gráfico 16 -	Porcentagem de casos notificados por tipo de violência– Fortaleza .....	123
Gráfico 17 -	Porcentagem dos casos notificados por tipo de violência - SER V.....	123
Gráfico 18 -	Porcentagem dos casos notificados por violência sexual na faixa etária de 0 - 19 anos – Fortaleza .....	127
Gráfico 19 -	Porcentagem dos casos notificados por violência sexual na faixa etária 0 - 19 anos - SER V .....	127
Gráfico 20 -	Porcentagem dos casos notificados por parte do corpo atingido– Fortaleza .....	132
Gráfico 21 -	Porcentagem dos casos notificados por parte do corpo atingido– SER V .....	132
Gráfico 22 -	Porcentagem dos casos notificados por tipo de penetração– Fortaleza .....	133
Gráfico 23 -	Porcentagem dos casos notificados por tipo de penetração - SER V.....	133

Gráfico 24 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de profilaxia – Fortaleza .....	135
Gráfico 25 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de profilaxia - SER V.....	135
Gráfico 26 - Porcentagem dos casos notificados por lesão autoprovocada – Fortaleza .....	136
Gráfico 27 - Porcentagem dos casos notificados por lesão autoprovocada – SER V.....	136
Gráfico 28 - Porcentagem dos casos notificados por lesão autoprovocada segundo o tipo – Fortaleza.....	138
Gráfico 29 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de deficiência – Fortaleza .....	141
Gráfico 30 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de deficiência - SER V.....	141
Gráfico 31 - Número de crianças e adolescentes notificados que apresentam alguma deficiência neurosensorial ou transtorno em Fortaleza 2008 a 2013.....	142
Gráfico 32 - Número de crianças e adolescentes notificados que apresentam alguma deficiência neurosensorial ou transtorno na SER V, 2008 a 2013 .....	142
Gráfico 33 - Porcentagem dos casos notificados por meio de agressão – Fortaleza .....	149
Gráfico 34 - Porcentagem dos casos notificados por meio de agressão - SER V.....	149
Gráfico 35 - Porcentagem dos casos notificados por local de ocorrência – Fortaleza .....	151
Gráfico 36 - Porcentagem dos casos notificados por local de ocorrência – SER V.....	151
Gráfico 37 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de agressor– Fortaleza .....	155
Gráfico 38 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de agressor – SER V.....	155

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Simulação: roda com bebê abandonado.....	83
Figura 2 -	Palmatória.....	86

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Casos suspeitos de violência física acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz, da SER V.....	159
Quadro 2 -	Casos suspeitos de violência física e negligência, acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz, da SER V.....	160
Quadro 3 -	Casos suspeitos de negligência e abandono, acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz, da SER V.....	161
Quadro 4 -	Casos suspeitos de negligência, acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz, da SER V.....	162
Quadro 5 -	Casos suspeitos de cárcere privado, acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz, da SER V.....	163
Quadro 6 -	Casos suspeitos de violência sexual, acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz, da SER V.....	164
Quadro 7 -	Casos suspeitos de exploração da mão de obra infantil, acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz, da SER V .....	
Quadro 8 -	A concepção de violência para os profissionais de saúde da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos .....	167
Quadro 9 -	A concepção de violência para os familiares das crianças e adolescentes acompanhadas .....	167
Quadro 10 -	As causas da violência contra crianças e adolescentes na visão de profissionais de saúde da equipe .....	172
Quadro 11 -	As causas da violência na visão dos familiares das crianças e adolescentes acompanhadas .....	173
Quadro 12 -	Percepção dos profissionais de saúde sobre a rede de apoio às crianças e adolescentes vítimas de violência .....	174
Quadro 13 -	Percepção dos familiares das crianças e adolescentes acompanhados sobre a rede de apoio as vítimas de violências .....	174
Quadro 14 -	Levantamento das vulnerabilidades, identificadas pela	

	pesquisadora, nos casos acompanhados pela equipe .....	179
Quadro 15 -	Levantamento das potencialidades, identificadas pela pesquisadora, nos casos acompanhados pela equipe .....	181
Quadro 16 -	Opinião dos profissionais e famílias sobre a notificação obrigatória dos casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes .....	182
Quadro 17 -	Opinião dos familiares sobre a notificação obrigatória dos casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes .....	183
Quadro 18 -	Sinais mais reconhecidos pelos profissionais da atenção primária a saúde como suspeitos de violência em crianças e adolescentes .....	184
Quadro 19 -	Sugestões dos profissionais das violências contra crianças e adolescentes .....	185
Quadro 20 -	Sugestões dos familiares para a redução das violências contra crianças e adolescentes .....	185
Quadro 21 -	Dificuldades ou limitações observadas pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento dos casos suspeitos de violência .....	189
Quadro 22 -	Dificuldades ou limitações observadas pelos familiares durante o acompanhamento dos casos suspeitos de violências .....	190
Quadro 23 -	Percepções da pesquisadora acerca do ambiente de trabalho, da dinâmica da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos e dos sentimentos de seus componentes na discussão dos casos de violência contra crianças e adolescentes na UAPS, na SER V .....	192
Quadro 24 -	Distribuição de Conselhos Tutelares, por Regionais, no município de Fortaleza .....	197
Quadro 25 -	Distribuição dos casos atendidos no conselho tutelar da SER V em relação ao tipo de violência, Fortaleza, janeiro a março de 2013.....	198
Quadro 26 -	Distribuição dos casos atendidos no conselho tutelar da SER V em relação ao tipo de violência, Fortaleza, janeiro a março de 2013.....	199

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS -	Atenção Primária à Saúde
BID -	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD -	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BO -	Boletim de Ocorrência
CAC -	Centro de Assistência à Criança
CAOPIJ -	Centro de Apoio Operacional às Promotorias da Infância e Adolescência
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD -	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi -	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CBO -	Classificação Brasileira de Ocupações
CEVEPI -	Célula de Vigilância Epidemiológica
CID -	Classificação Internacional de Doenças
CLS -	Conselhos Locais de Saúde
COMDICA -	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASS -	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASSEMS -	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CP -	Código Penal
CRAS -	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS -	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CSF -	Centro de Saúde da Família
CT -	Conselho Tutelar
CTA -	Centro de Testagem e Aconselhamento
DDH -	Disque Direitos Humanos
DECECA -	Delegacia de Combate a Exploração da Criança e do Adolescente
DPCA -	Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente
DST -	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DUDH -	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECA -	Estatuto da Criança e do Adolescente

EMC -	Emenda Constitucional
ENSP -	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF -	Estratégia Saúde da Família
ESMP -	Escola Superior do Ministério Público
EUA -	Estados Unidos da América
FUNAI -	Fundação Nacional do Índio
FUNASA -	Fundação Nacional de Saúde
HDNSC -	Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição
HGF -	Hospital Geral de Fortaleza
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana / <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM -	Índice de Desenvolvimento Humano do Município
IJF -	Instituto Dr. José Frota
IML -	Instituto Médico Legal
IPECE -	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
LACEN -	Laboratório Central
LGBT -	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LILACS -	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPP -	Mestrado Profissionalizante em Avaliação de Políticas Públicas
MP -	Ministério Público
MS -	Ministério da Saúde
NAIA -	Núcleo de Atenção à Infância e à Adolescência
NASF -	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OIT -	Organização Internacional do Trabalho
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONG -	Organização Não Governamental
ONU -	Organização das Nações Unidas
OPAS -	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PAIF -	Proteção e Atendimento Integral a Família
PAIR -	Programa de Ações Integradas e Referências de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil
PEC -	Proposta de Emenda à Constituição

PIB -	Produto Interno Bruto
PMF -	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PNAB -	Política Nacional da Atenção Básica
PNEVS -	Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil
PNPS -	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNRMAV -	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PR -	Paraná
PRONASCI -	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PSE -	Programa de Saúde na Escola
PSF -	Programa Saúde da Família
RMF -	Região Metropolitana de Fortaleza
SAM -	Serviço de Assistência ao Menor
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCDH -	Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos
SDH -	Secretaria de Direitos Humanos
SENAC -	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI -	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SER -	Secretaria Executiva Regional
SESA -	Secretaria Estadual de Saúde
SESC -	Serviço Social do Comércio
SIM -	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN -	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SIPIA -	Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE -	Sistema Municipal de Saúde Escola
SP -	São Paulo
SUS -	Sistema Único de Saúde
UAPS -	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNICEF -	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA -	Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS COMO INSTRUMENTO DE AMPLIAÇÃO DA CIDADANIA</b> .....	30
2.1 Avaliação de políticas públicas como contribuição para a prevenção e redução das violências contra crianças e adolescentes .....	30
2.2 Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências e sua aplicação no setor saúde: a política em estudo .....	35
<b>3 PERCURSO DA PESQUISA E SEUS CONTRATEMPOS, OS ESFORÇOS EMPREENNIDOS E AS TÉCNICAS UTILIZADAS</b> .....	51
3.1 Metodologia utilizada na pesquisa avaliativa: o caráter da pesquisa .....	51
3.2 Uma contextualização e a justificativa para esse recorte .....	52
3.3 O recorte empírico .....	55
3.4 Sujeitos participantes da pesquisa .....	56
3.5 Técnicas utilizadas e a triangulação dos dados: os diversos olhares sobre a política em estudo .....	57
3.6 Uma análise das idas ao campo: os resultados da observação participante .....	60
3.7 Organização e análise dos dados .....	62
<b>4 PROCESSO DE ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ENTRE O DISCURSO DA POLÍTICA EM ESTUDO E A PRÁTICA DO COTIDIANO</b> .....	64
4.1 Reconhecimento de distintas infâncias e adolescências e a difícil universalização dos direitos .....	64
4.2 Compreensão de infância e adolescência para as sociedades: séculos de maus-tratos .....	72
4.3 História das políticas públicas para a infância e adolescência no Brasil .....	78
4.4 Violência doméstica (familiar) e seus impactos sobre a saúde das crianças e adolescentes .....	86
<b>5 QUEM SÃO AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS?</b> .....	99
5.1 Análise das notificações de violências contra crianças e adolescentes: Fortaleza e na SER V .....	99

5.2 Apresentando os casos acompanhadas por uma Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos de uma Unidade de Atenção Primária da SER V .....	158
<b>6. PROCESSO DE ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FAMILIARES E CONSELHEIROS TUTELARES .....</b>	<b>166</b>
6.1 Uma análise do processo de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes na visão de profissionais de saúde e familiares das vítimas de violências.....	166
6.2 visão dos conselheiros tutelares sobre a política de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes e o desfecho dos casos encaminhados .	196
6.3 Perseguindo a trajetória da política: o papel do Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude (CAOPIJ) .....	214
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>219</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>227</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>243</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>246</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### Até quando?

“Você tenta ser feliz, não vê que é deprimente,  
seu filho sem escola, seu velho tá sem dente  
Cê tenta ser contente e não vê que é revoltante,  
você tá sem emprego e a sua filha tá gestante  
Você se faz de surdo, não vê que é absurdo, você  
que é inocente foi preso em flagrante!  
É tudo flagrante! É tudo flagrante!”

(Gabriel o Pensador)

A pesquisa teve por objetivo compreender a trajetória percorrida pelas políticas de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes, em nível local, após a notificação pelos serviços de saúde, com ênfase nos casos acompanhados na atenção primária a saúde.

Inicialmente, é apresentada a situação do município e das unidades notificadoras, traçando-se um paralelo com o cenário da Secretaria Executiva Regional V (SER V) em relação aos casos registrados como violências doméstica, sexual e/ou outras para visualização do contexto local.

Desta forma, fez-se necessário identificar as crianças e adolescentes vítimas, optando-se em conhecer o caso através da visão dos profissionais de saúde, familiares e Conselheiros Tutelares<sup>1</sup> (CT), tendo em vista que esses últimos devem ser comunicados logo após a lavratura do registro.

Para atingir esses objetivos apresentou-se o contexto onde estas crianças e estes profissionais de saúde estão inseridos, que concepções de violências eles utilizam, como os serviços de saúde atendem os casos e se articulam com alguns setores responsáveis pela proteção das crianças e dos adolescentes, componentes da Rede de Proteção Integral as Crianças e Adolescentes e os possíveis desfechos dos casos.

---

<sup>1</sup> Conselho Tutelar: conforme o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), em seu Art. 131- “O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não-jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei” (BRASIL,1990, *on line*).

Apesar de alguns avanços na expectativa de vida<sup>2</sup> e nas quedas das taxas de mortalidade infantil<sup>3</sup>, observa-se uma mudança no perfil dos óbitos, sendo as causas externas as primeiras responsáveis pelos óbitos na faixa etária de 0 a 19 anos<sup>4</sup>, no Brasil.

As avaliações mais frequentes da situação da violência em nosso país têm como parâmetros os dados estatísticos registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), registrados como Causas Externas<sup>5</sup> (violências e acidentes) que remetem a fatores que provocam lesões ou agravos à saúde que levam a morte do indivíduo e englobam um conjunto de circunstâncias, tidas como acidentais – mortes no trânsito, quedas, afogamentos, queimaduras etc. e outras como violentas – homicídios, suicídios etc.

A violência doméstica tema de nosso estudo, apresenta uma relação com a violência estrutural (violência entre classes sociais, inerente ao modo de produção das sociedades desiguais). No entanto, tem outros determinantes que não apenas os estruturais. “É um tipo de violência que permeia todas as classes sociais como violência de natureza interpessoal” (GUERRA, 2011, p 31). Segundo o autor:

[...] A violência doméstica contra criança e adolescentes representa 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, uma transgressão do poder /dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (GUERRA, 2011, p 33).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, no artigo 5º, estabelece que: “Nenhuma criança ou adolescente deve ser objeto de discriminação, negligência, exploração, violência, crueldade ou opressão, punindo na forma da lei

---

<sup>2</sup> Expectativa de vida: número médio de anos de vida esperados para uma pessoa. Número de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

<sup>3</sup> Mortalidade infantil: número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

<sup>4</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) contabiliza as crianças e adolescentes no intervalo de 0 a 19 anos, motivo pelo qual no sistema SINAN são registrados dessa forma.

<sup>5</sup> Causas externas: acidentes e violências estão presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID) desde a sua criação, sendo, seus tipos, repetidos e/ou aprimorados em cada uma de suas revisões. Hoje, em vigor no Brasil, desde 1996, a décima revisão da CID5 trata do assunto em dois de seus capítulos. O capítulo XIX (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas) refere traumatismos, queimaduras, envenenamentos ocasionados nas pessoas, por quaisquer tipos de acidentes, homicídios e suicídios.

qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.”

No entanto, essa não é a realidade vivenciada por parcela significativa da adolescência brasileira que se depara com as violações de direitos, violência doméstica, violência de gênero, acidentes de trânsito, violência sexual e, sobretudo, a violência letal que atinge os adolescentes na forma de homicídio.

Muitos casos nem chegam a ser notificados, como as violências psicológicas, torturas, ameaças, permanecendo, em sua maioria, veladas. A violência, em suas diversas expressões, tem se pulverizado na sociedade através de estigmas sociais: preconceito, machismo, discriminação, estereótipos, racismo, homofobia, *bullying*<sup>6</sup>, *cyberbullying*<sup>7</sup> e outras novas denominações expressam um “novo” velho modo de se comunicar, de se relacionar, onde não há espaço para o diálogo, nem respeito aos direitos do outro.

Como bem aponta Alba Zaluar (apud WAISELFISZ, 2012, p.7): “Ela está em toda parte, ela não tem nem atores sociais permanentes reconhecíveis nem ‘causas’ facilmente delimitáveis e inteligíveis.” O que assusta é a tolerância e a aceitação da sociedade e das instituições como a família, a escola, o Estado, encarregadas de protegê-los dessas situações.

Após serem consideradas, na década de 90, um problema de saúde pública, as violências passaram a ser percebidas e recebidas pelo profissional de saúde com outro olhar. Houve, então, necessidade da reorganização dos serviços de saúde e da articulação com outros setores, fundamental na abordagem dos casos devido à sua complexidade, para proporcionar melhor atendimento.

A implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), Política Nacional de Promoção à Saúde (2006) e Política Nacional da Atenção Básica (2006), alinharam-se aos eixos temáticos de violências (BRASIL, 2012), destinando alguns documentos com orientações e fluxogramas de atendimento para gestores e profissionais de saúde.

---

<sup>6</sup> “*Bullying*: ocorre com frequência nas escolas. É caracterizado pela agressão, dominação e prepotência entre pares. Envolve comportamento intencionalmente nocivo e repetitivo de submissão e humilhação. Colocar apelidos, humilhar, discriminar, bater, roubar, aterrorizar, excluir e divulgar comentários maldosos são alguns exemplos” (BRASIL, 2010, p. 32).

<sup>7</sup> “*Cyberbullying*: é um fenômeno mais recente, caracterizado pela ocorrência de *e-mails*, mensagens por *paggers* ou celulares, telefonemas, fotos digitais, *sites* pessoais difamatórios, ações difamatórias *on-line* como recursos para a adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis” (BRASIL, 2010, p. 32).

Ainda em 2001, após a implantação da Ficha de Notificação dos Casos de Violências Doméstica e/ou Sexual e Outras Violências, os profissionais de saúde e de educação intensificaram o registro dos casos, apesar de continuarem os altos índices de subnotificação (ANEXO A).

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) destaca como causas da subnotificação: o medo de represálias, a falta de estruturação de uma rede eficiente de proteção às crianças, o descrédito com as instituições públicas e outras como a falta de interesse pelo tema e o fato de alguns profissionais não quererem se envolver em audiências em fóruns. Acredita-se que dentre um caso notificado 10 ou 20 deixam de ser registrados (BRASIL, 2001).

Aliado a essa política, tem-se o Disque Denúncia da Secretaria de Direitos Humanos, o Disque 100<sup>8</sup> como é conhecido, um serviço de denúncias que assegura ao denunciante o anonimato e amplia o acesso às denúncias a todos os cidadãos.

Em 2003, foi implantado o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil (PAIR), da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, com intuito de articular os setores envolvidos em uma rede de atenção integral as vítimas de violência sexual e outras violências, sendo intensificado o processo de notificação.

Em Fortaleza, o PAIR foi implantando em 2005 e em 2008, houve uma capacitação para a formação da rede e do seu fluxograma com os órgãos envolvidos, diretamente, nas ações como a justiça, as delegacias, as escolas, os conselhos tutelares, os centros de assistência social, os profissionais das unidades hospitalares e da atenção primária à saúde. Foi implantada uma rede local de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes.

---

<sup>8</sup> Disque 100: O Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescente foi criado em 1997, sob a coordenação da Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção à Criança e ao Adolescente (ABRAPIA). É um serviço de utilidade pública da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), vinculado a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, destinado a receber demandas relativas a violações de Direitos Humanos, em especial as que atingem populações com vulnerabilidade acrescida, como: crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência, LGBT, pessoas em situação de rua e outros, como quilombolas, ciganos, índios, pessoas em privação de liberdade. O serviço inclui ainda a disseminação de informações sobre direitos humanos e orientações acerca de ações, programas, campanhas e de serviços de atendimento, proteção, defesa e responsabilização em Direitos Humanos disponíveis no âmbito Federal, Estadual e Municipal. É um serviço de atendimento telefônico gratuito, que funciona 24 horas por dia, nos 7 dias da semana. As denúncias recebidas na Ouvidoria e no Disque 100 são analisadas, tratadas e encaminhadas aos órgãos responsáveis. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/disque100>> Acesso em: 06 jan. 2014.

Com a intenção de avaliar o processo de enfrentamento às violências, foi necessário traçar o perfil das crianças e adolescentes notificados nos serviços de saúde, como casos suspeitos de violências, no período de 2008 a 2013. Como objetivos mais específicos, analisou-se sobre o referido processo na visão de profissionais de saúde, familiares e conselheiros tutelares, perseguindo a trajetória da política em estudo investigou-se sobre os possíveis desfechos dos casos.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, a partir de uma visão crítico-reflexiva, com tendência a avaliação em profundidade, buscando os vários olhares sobre a referida política. Inicia-se com uma apresentação do cenário atual do município e da SER V em um *locus* mais próximo à realidade da pesquisadora.

Para conhecer a referida política em nível local, foi selecionada uma Unidade de Atendimento Primária à Saúde (UAPS) que implantou uma Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, nos moldes das comissões hospitalares<sup>9</sup> já existentes. Buscou-se conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre as concepções de violência utilizadas, causas, dificuldades, notificação, os limites e potencialidades dentro da rede de apoio às vítimas de violência.

Algumas vulnerabilidades ou fatores associados à violência são citados, como a pobreza, os aglomerados populacionais urbanos, a saída da mulher para trabalhar fora, o uso de álcool e outras drogas, o tráfico de armas e a desigualdade social, condicionantes mais presentes nos locais de taxas elevadas de violências (BRICEÑO LEÓN, 2002).

A partir da experiência profissional como enfermeira de uma UAPS e de uma unidade hospitalar de atendimento à criança, ambas da rede municipal de saúde de Fortaleza, atendi crianças vítimas de violências (agressões físicas visíveis, marcas de espancamento com objeto contundente, queimaduras de ferro de passar roupa, acidentes domésticos como quedas, ingestão de venenos), o que mais chama a atenção é o desconhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da prioridade no atendimento e nas políticas públicas de proteção à criança. Verificou-se a convivência com velhas tradições, além da culpabilidade intensa de negligência materna, desprezando-se o contexto em que estão inseridos, os conflitos existentes na família, o ambiente, as relações, o machismo, a falta de condições financeiras e a

---

<sup>9</sup> Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos hospitalares: criada pela Lei nº 12.242, de 29/12/93.

precariedade das instituições da rede de apoio às crianças vítimas de violência.

As comissões de prevenção aos maus-tratos nas UAPS foram recentemente criadas para a notificação e o acompanhamento de casos suspeitos de violências e as situações que necessitam da intervenção do Estado e de políticas que atendam essa demanda, ações que são, praticamente, inexistentes na rede pública.

As questões norteadoras da pesquisa foram: a) como ocorre a abordagem dos casos suspeitos de violência a crianças e adolescentes nos serviços de saúde em Fortaleza? b) Quem são as crianças e adolescentes notificados nos serviços de saúde? c) Qual a percepção dos profissionais e dos familiares acerca do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violências? d) Quais as instituições da rede de proteção às crianças e adolescentes conhecidos pelos profissionais e familiares? e) Quais os desfechos dos casos encaminhados ao Conselho Tutelar?

Para atender aos requisitos de uma avaliação em profundidade, o primeiro capítulo aborda o desafio de avaliar a execução de uma política pública social, a partir da análise de ações realizadas em nível local, considerando os atores e instituições envolvidos.

Na primeira parte do estudo, revisita-se a história das políticas de proteção às crianças e adolescentes e verifica-se o desafio do setor saúde como componente dessa rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de violência para considerar o que já se avançou ou retrocedeu, além de compreender o momento atual da análise.

Em seguida, discorre-se sobre o percurso da pesquisa, seus contratemplos, os esforços empreendidos e as idas e vindas ao campo, bem como as técnicas utilizadas para obtenção de diversos olhares dos profissionais de saúde, dos familiares e dos conselheiros tutelares.

Em um terceiro momento, fala-se das diferentes infâncias e adolescências; as diferentes concepções de violências, as questões de racismo, discriminação, preconceito, envolvidas nas expressões de múltiplas violências e o cenário atual de discussões acerca da garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

Na quarta parte, descreve-se o setor saúde e como se insere na rede de proteção às crianças em Fortaleza e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na identificação das vulnerabilidades e na prevenção da violência doméstica

ou intrafamiliar.

Por fim, no quinto capítulo, faz-se uma análise dos casos notificados pelos serviços de saúde do município de Fortaleza e da SR V . Como complemento são avaliadas as falas dos familiares e profissionais sobre a temática em estudo. Encerra-se com uma análise dos desfechos dos casos encaminhados ao Conselho Tutelar da SER V.

Apesar de uma política pública ser elaborada com diretrizes definidas, sabe-se que durante seu percurso pelas instituições, em diferentes níveis (federal, estadual, municipal), depende de vários fatores como: orçamento, vontade política, pressões sociais, lutas de interesses.

Prosseguindo, faço uma análise das falas dos profissionais de saúde, familiares e conselheiros tutelares sobre a política existente e os desfechos dos casos, ressaltando a importância da avaliação na contribuição para o aperfeiçoamento das políticas existentes e para o atendimento de novas demandas.

Acredita-se assim, colaborar para a compreensão do papel do setor saúde na prevenção e redução das múltiplas violências contra crianças e adolescentes neste município, enquanto componente de uma rede complexa de atendimento integral, expondo seus limites e suas potencialidades, tendo em vista sua recente entrada neste campo de atuação.

Até poucas décadas, o setor saúde sempre contribuiu com o processo assistencial e curativo às vítimas de violências. Após a mudança do modelo de atenção à saúde primária, o profissional de saúde teve que ampliar sua visão para além dos danos físico se entender não só o contexto, mas as políticas e as instituições envolvidas na produção e reprodução das violências, influenciando ou sendo influenciadas por suas concepções e experiências particulares.

Espera-se que a avaliação de uma política pública possa contribuir para a redução das violências. Nesse sentido, pretende-se colaborar para o aprimoramento da execução da política e para a construção de instrumentos ou mecanismos que favoreçam o monitoramento e avaliação dos casos acompanhados nos serviços de saúde em articulação com a rede de proteção a criança e ao adolescente.

## **2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTO DE AMPLIAÇÃO DA CIDADANIA**

“Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda pela sua religião. Para odiar as pessoas precisam aprender e, se podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar.”

(Nelson Mandela)

### **2.1 Avaliação de políticas públicas como contribuição para a prevenção e redução das violências contra crianças e adolescentes**

Estima-se, neste estudo, construir uma reflexão sobre políticas públicas no sentido de pensá-las como um desafio, diante dos dados das violências no cenário atual. Parte-se do pressuposto de que as políticas públicas de intervenção na sociedade tenham a participação popular nas ações. Para tanto, é necessária a publicização de dados e avaliações da aplicação do dinheiro público em projetos em execução.

As políticas públicas são planos e ações que envolvem formulação, implementação e avaliação de programas e projetos direcionados ao atendimento das demandas sociais. Tais ações, também, envolvem processos decisórios de gestores públicos, e ocorrem, geralmente, como desdobramento de demandas e reivindicações dos mais diversos e diferentes grupos sociais da sociedade civil. É na arena entre grupos sociais e gestores públicos que se situam as decisões sobre “‘o que fazer’ ou ‘não fazer’ e, sobretudo, ‘como fazer’, ou seja, a orientação política que deverá nortear a ação pública e regular as formas de interação entre agentes promotores, parceiros e segmentos-alvo da política” (BELLUZZOI; VICTORINO, 2004, p. 10).

Acredita-se que quando as políticas públicas levam em consideração, além dos estudos estruturais, as demandas sociais que se destacam, as percepções dos sujeitos envolvidos e sua forma de viver, suas formas de resistência e de autoafirmação, seus modos próprios de lidar com o cotidiano é possível fortalecer, efetivamente, a sua participação na formulação e desenvolvimento destas políticas públicas.

O questionamento que me surgiu diante do início da avaliação de uma política pública. Logo, foi questionado, a quem se destinam? Como se efetivam políticas públicas? Como tem sido são avaliadas? Quem as executa em nível local?

Perecebe-se que em meio a uma variedade de interesses e disputas de poder, a problemática das violências tem sido utilizada de forma a criminalizar e, ao mesmo tempo, vitimizar de um modo mais específico, crianças e adolescentes, ressaltando que as taxas de vítimas e vitimizadores se concentram nesse período etário.

Nesse sentido, a ação pública, além de pública é política e como beneficiário das políticas é necessário que a população participe e interaja, forme parcerias, que se avaliem constantemente as práticas, culminando com a participação efetiva das partes do processo.

Considerando essa faixa etária duplamente prejudicada, quando necessita de defensores adultos da sua causa. O Estado demonstra e pratica sua ideologia, através de suas intuições como escolas , creches que interferem e regulam o fluxo da vida cotidiana de famílias inteiras.

É sabido que há um choque de interesses, evidentemente pelo embate entre mercado e sociedade civil, uma vez que o Estado tem priorizado os interesses do capital financeiro, deixando a alocação de recursos para atender as demandas da sociedade civil que fica prejudicada ou restringida.

Como a demanda social é grande, afinal o País tem uma grande parcela de pobres que necessitam dos serviços públicos, o resultado tem sido a queda da qualidade dos serviços públicos, que passam a ser insuficientes e de má qualidade. A persistência desse quadro afeta com maior intensidade as camadas mais pobres da população que não tem acesso às instituições privadas.

Dados preliminares do Censo de 2010,do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam que quatro em cada dez brasileiros (40%) que vivem na miséria são meninas e meninos de até 14 anos...O número de adolescentes brasileiros

de 12 a 17 anos de idade que vivem em famílias com renda inferior a ½ salário mínimo per capita é 7,9 milhões. Isso significa dizer que 38% dos adolescentes brasileiros estão em condição de pobreza (UNICEF, 2001, p 29).

Através das condições de vida de uma população ou de um segmento dela mantém ligação direta com as políticas públicas implementadas pelo Estado em seus diferentes níveis de gestão. No caso da população infanto-juvenil se torna mais apurada essa correlação, pois estes são dependentes de pais, irmãos, professores, médicos, responsáveis, cujas condições de vida retratam a situação das políticas públicas existentes. Ou seja, as condições de vida podem ser usadas então como forma de avaliação das políticas públicas, na maneira que elas intervêm na vida dos cidadãos e as reações que provocam (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

A efetivação dessas políticas deve atingir os problemas públicos mais expressivos da sociedade, tanto nos níveis macro como microeconômicos. Os setores da saúde e da educação, que têm papel fundamental, podem permitir ou reproduzir as violações de direitos, contribuindo para a manutenção de um sistema excludente.

Por articularem os processos biológicos e cognitivos indispensáveis não apenas à preservação da vida, mas a elevação de sua qualidade, consagram-se como direitos básicos do cidadão, os direitos à educação e à saúde, e por consequência, deveres do Estado, conforme estabelecem os artigos 196, 205 e 206 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

DAGNINO, discorre sobre a perversidade e o dilema que atravessa hoje a dinâmica do avanço democrático no Brasil. Por um lado, a constituição dos espaços públicos representa o saldo positivo das décadas de luta pela democratização, expresso especialmente –mas não só– pela Constituição de 1988, que foi fundamental na implementação destes espaços de participação da sociedade civil na gestão da sociedade. Por outro lado, o processo de encolhimento do Estado e da progressiva transferência de suas responsabilidades sociais para a sociedade civil, que tem caracterizado os últimos anos, estaria conferindo uma dimensão perversa a essas jovens experiências, acentuada pela nebulosidade que cerca as diferentes intenções que orientam a participação (DAGNINO, 2002)

Com a ousadia de realizar uma pesquisa avaliativa de uma política pública nos moldes inovadores disseminados pelo corpo docente do Mestrado

Profissionalizante em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP), que questiona a utilização de modelos inspirados em avaliações técnico-operativas, pretende-se a partir de uma perspectiva crítico-reflexiva, não institucional, comprometida com a execução por : profissionais de saúde, familiares e conselheiros tutelares envolvidos no enfrentamento às violências que se materializa em nível e contexto particulares do setor saúde.

Com relação a história sobre a avaliação de políticas públicas no país RODRIGUES,2008 diz que “A origem dos estudos sobre avaliação se deu no pós-guerra, com modelos metodológicos, na área militar, com focos (estratégias), daí o paradigma gerencialista, onde há uma concepção instrumental, para medir acompanhar e avaliar o êxito das referências administrativas norteadas pelos princípios e valores neoliberais, essa é uma mensuração exclusivamente econômica de relação custo/benefício. Nesta concepção perde-se a oportunidade de perceber o imprevisto, e as inconsistências na sua formulação, tendo pouco espaço para crítica” (RODRIGUES, 2008).

Na avaliação em profundidade, pode-se compreender a política a partir de óticas diferentes, não pressupõe fazer julgamento, tomar partido, defender ou não um plano ou programa, ela expõe as condições da política, compreendendo como é executada e identificar os seus limites e potencialidades.

“A proposta de uma avaliação em profundidade implica, ainda, considerá-la como extensa, detalhada, densa, ampla, multidimensional, o que, por si só, coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa” (RODRIGUES, 2008, p. 12).

A proposta da avaliação em profundidade traz a clareza da concepção de avaliação como “compreensão”, a perspectiva multi e interdisciplinar com acesso a múltiplas técnicas de pesquisa como os *surveys*, observação de campo, entrevista, grupo focal, foto, filmagem, análise de conteúdo. O paradigma interpretativo nega a existência de uma verdade absoluta e refere que toda explicação de sucessos e fracassos das políticas públicas é parcial e não acabado (RODRIGUES, 2008).

Nesta pesquisa, expõe-se a estrutura de funcionamento, as instituições envolvidas na elaboração e implementação da política. Há, portanto, uma necessidade de conhecer as leis, portarias, atas, relatórios, os objetivos e critérios

envolvidos na formulação da política, a sua base conceitual, a noção central da política e os entraves para avaliação.

Numa abordagem processual e contextualizada, os métodos e técnicas da pesquisa qualitativa tem foco na utilização dos seguintes instrumentais metodológicos como: a etnografia, o estudo das redes sociais, o estudo das situações sociais, recursos e técnicas de observação de campo, realização de entrevista aprofundada com grupos focais e os recursos às técnicas, como a triangulação de dados, modelos experienciais, percepção dos significados das políticas por diferentes audiências, diferentes tipos de conhecimento, caráter dialógico de avaliação com necessidade de espaços de participação (RODRIGUES, 2008).

A compreensão do contexto socioeconômico e cultural local permite ao avaliador captar a materialização da política pública em um local específico, seus possíveis conflitos e a trajetória seguida, o papel dos indivíduos e as instituições envolvidas com os desfechos dos casos.

Os dados quantitativos foram necessários, porém, devido à complexidade da problemática, fui instigada a buscar o que está oculto nos dados estatísticos, considerando-se de suma importância para a compreensão da política, a complementaridade dos dados quantitativos e qualitativos.

A escolha da metodologia em uma avaliação de aspecto compreensiva é defendida por Carvalho e Gussi como um processo sócio-político que não se admite uma visão unidimensional.

O desenho metodológico exige abordagens qualitativas que podem articular-se com aportes quantitativos. A articulação quali-quantitativa é uma tensão permanente nos processos da avaliação em profundidade, uma construção processual do avaliador, numa perspectiva interdisciplinar e multidimensional (CARVALHO; GUISSI, 2011).

Desta forma, a avaliação de políticas públicas pode ser utilizada como uma forma de exercício de controle social, a partir da exposição dos resultados das ações realizadas. Para assumir esse caráter social é necessário, no entanto, autonomia e independência dos órgãos avaliadores, na perspectiva do exercício da análise e da crítica estar preso as esferas institucionais. Uma forma de garantir esse “olhar de fora” para efetivar exercícios de crítica, é o não envolvimento com quem concebe as políticas públicas.

A adoção de um processo contínuo e concreto de avaliação de políticas públicas configura-se em um instrumento que se coloca a disposição dos governantes que mantenham um compromisso real com a melhoria das condições de vida da população. Sua capacidade de revelar os motivos que acarretam a ineficiência das ações e programas existentes, bem como os problemas públicos que permanecem inatacados e de apontar estratégias para superá-los, confere-lhe um caráter preventivo no campo da violência estrutural e que pode modificar a qualidade de vida e alterar de forma positiva a relação cidadão-Estado (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

Assim, desafia-se a apreender a desvendar a complexidade das políticas públicas como um processo de natureza sociopolítica a exigir a necessária contextualização analítica e o delineamento processual de desenhos metodológicos (CARVALHO; GUISSI, 2011).

O objetivo da avaliação foi analisar as políticas públicas como expressão das contradições que perpassam o Estado e que se ampliam na sociedade civil pela via dos processos políticos de conflitos e lutas. O objeto da avaliação são os programas, os projetos e as políticas na tessitura das relações sociais, considerando dimensões econômicas, políticas, culturais e ambientais. É preciso exercer o pensar relacional e a construção metodológica, sem modelos prontos.

Assim, considerou-se um modelo crítico, reflexivo a partir dos dados em contexto nacional, situando o momento em que se insere a política nacional de enfrentamento às violências, além de incluir a descrição da sua trajetória em nível local.

## **2.2 Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências e sua aplicação no setor saúde: a política em estudo**

Em 2002, em Genebra, o Relatório Mundial de Violência e Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a todos os países a trabalhar a questão da violência também como um problema de saúde pública, incluindo-se a violência doméstica, a violência sexual contra crianças e adolescentes (SILVA, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a Violência como:

O uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (KRUG et al., 2002, p. 3).

A definição dada pela OMS não trata do conceito acidentes, tais como a maioria dos ferimentos no trânsito e queimaduras em incêndio, afogamentos. No Brasil, o Programa Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, inclui os acidentes por acreditar que todos os tipos de violências, intencional ou não, são preveníveis e previsíveis (BRASIL, 2001).

A inserção do setor saúde fez-se em 2001, por meio da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências<sup>10</sup>, que reorienta os serviços de saúde e exige a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, interdisciplinar, dentro de uma perspectiva intersetorial e de formação de redes.

A política estabelece a seguinte classificação:

- Acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes (acidentes de trânsito e trabalho, afogamentos, intoxicações e extradomiciliares outras lesões).
- Violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violência extradomiciliares (exploração do trabalho infante-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências autoinfligidas (como a tentativa de suicídio). (BRASIL, 2001, *on line*).

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Os acidentes domésticos são passíveis de prevenção por intermédio de orientação familiar, de alterações físicas no espaço domiciliar e de normas e regras de casa.

A violência doméstica representa um grande desafio para o setor saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que tem receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como: o

---

<sup>10</sup> Os acidentes e violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência, o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprios ou a outros (BRASIL, 2001/ANEXO).

rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento.

A violência contra criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção (BRASIL, 2001).

De outra parte, acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam, sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre certo grau de imprecisão.

Segundo a Portaria GM/MS n.º 737/2001:

Esta política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis. (BRASIL, 2001, p 3).

Os acidentes e violências configuram assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) – sob a denominação de causas externas (BRASIL, 2008c).

Ainda segundo a Portaria GM/MS n.º 737/2001:

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a constituição federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro. (BRASIL, 2001, p3).

A violência doméstica tema de nosso estudo, apresenta uma relação com a violência estrutural (violência entre classes sociais, inerente ao modo de produção das sociedades desiguais). No entanto, tem outros determinantes que não apenas os estruturais. “É um tipo de violência que permeia todas as classes sociais como violência de natureza interpessoal” (GUERRA, 2011, p 31). Segundo o autor:

[...] A violência doméstica contra criança e adolescentes representa 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, uma transgressão do poder /dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (GUERRA, 2011, p 33).

Neste sentido esta política setorial prioriza as medidas preventivas, estendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes a 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 sequelas e as mortes devidas a estes eventos (BRASIL, 2001).

Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Acresce-se a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção (BRASIL, 2001).

Esta política nacional tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violência no país, mediante o conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

Para a consecução desta política foram estabelecidas diretrizes

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial as vítimas de acidentes e de violências estruturação e consolidação do atendimento voltado à

recuperação e a reabilitação;

- Capacitação de recursos humanos; e
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A principal diretriz da política em questão é a promoção de adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis. Diante do exposto, surgem as indagações: Será possível alcançar um ambiente seguro e saudável em um contexto de desigualdade? Como enfrentar problemas contemporâneos como a violência, o envelhecimento da população, a segurança alimentar, o desemprego, a falta de moradia, o uso abusivo de drogas, a falta de acesso à educação de qualidade, quando apenas uma pequena parcela da população tem as condições necessárias?

A equidade em saúde é vista por Sen (2014, *on line*) como integrante do conceito mais amplo de imparcialidade e justiça dos arranjos sociais, aí incluída a distribuição econômica, mas conferindo também a devida atenção ao papel da saúde na vida e na liberdade humanas, com considerações específicas desse campo, necessariamente integradas à avaliação da justiça social.

Concepções de justiça social que aceitem a necessidade de uma distribuição equitativa da renda, em combinação com o aprimoramento eficiente das capacidades humanas, não podem deixar de levar em conta a equidade em saúde, com seu caráter multidimensional, além do papel do acesso à saúde para a vida e as oportunidades das pessoas em alcançar uma vida sã, sem enfermidades e sofrimentos evitáveis, e sem riscos de mortalidade prematura, que dificultem o exercício de suas liberdades<sup>11</sup> (SEN, 2014, *on line*).

Em 2005, o Ministério da Saúde junto com a representação brasileira da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Centro Latino-Americano de Estudos e Violências e Saúde Jorge Careli e Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES-FIOCRUZ), produziram e divulgaram um relatório, seguindo a linha do relatório internacional, intitulado “Impacto da violência na saúde dos brasileiros” (MINAYO, 2006).

---

<sup>11</sup> Para Sen (2014, *on line*) o principal pressuposto é a igualdade básica de capacidade: “uma pessoa capaz de realizar algumas coisas básicas”. Capacidade pessoal é igual à liberdade pessoal, sendo um conceito que se define pela ideia de potencialidade. O resultado é que toda forma de privação de capacidade é considerada como uma perda da amplitude da liberdade pessoal. Como exemplos de privação de capacidades básicas destacam-se: fome, invalidez física e mental, doença crônica, analfabetismo etc.

No referido relatório, constata-se que no país ainda predomina o modelo médico-curativo, “hospitalocêntrico”, a promoção e a prevenção ainda dependem de um investimento maior que possa garantir a efetivação de políticas de saúde.

Deste modo, foram produzidos manuais e material de orientação para lidar com o tema que, a partir daquele momento, ganhara maior visibilidade e exigência do setor. Devido a algumas metas em comuns, a Programa Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências(PNRMAV), Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) (2003) e Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (2001) alinharam os seus eixos temáticos de enfrentamento as violências e destinaram alguns documentos com orientações e fluxogramas de atendimento para gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

O papel do setor saúde e dos trabalhadores da saúde assume extrema importância na luta pela garantia dos direitos humanos básicos, proporcionando uma melhor qualidade de vida e uma ampliação da cidadania. Ao avaliar a PNPS, Campos et al. (2004, p. 746) afirmam que:

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania.

A violência familiar tem atingido todas as classes sociais, porém a abordagem dos casos suspeitos de violência tem sido diferente, dependendo da classe social a qual o sujeito pertence. Os casos notificados, em sua maioria, são da classe “subalterna”, a classe mais vigiada e mais controlada por oferecer um risco maior de “revolta” a ordem vigente, a quem são destinadas a maioria das políticas públicas para que se mantenha dominadas (PINHEIRO, 2006).

O papel dos profissionais de saúde na abordagem dos casos tem sido incipiente, pesquisa apontam para as causas da subnotificação como o medo de represálias bem como ao próprio preconceito do profissional em relação às “questões sociais”.

Ainda segundo a Portaria GM/MS n.º 737/2001:

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infraestrutura. (BRASIL, 2001, p18).

As condições oferecidas aos profissionais pela referida política, não serão as únicas a captar profissionais para sua execução, pois o tema envolve habilidades e aptidões pessoais para lidar com situações específicas. Todavia, todos devem ser capacitados para identificar e dar os encaminhamentos devidos.

A assistência às vítimas de acidentes e de violências 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, 2001, p.18).

Dentro do setor saúde, destacamos o atendimento, porque o profissional de saúde, no pronto-socorro ou na unidade básica, quando atendia uma criança que sofreu violência física, violência sexual, não tinha preocupação com a notificação, pois não havia o fluxo de encaminhamento a rede de proteção. A referida Portaria GM/MS n.º 737/2001:

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito a assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias. (BRASIL, 2001, p. 19).

“O acompanhamento e avaliação poderão valer-se dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos, ou atividades que serão operacionalizados a partir desta política” (BRASIL, 2001, p 27).

Em 2004, a Portaria GM/MS n.º 2.406 disseminou a notificação compulsória da violência contra mulher, de acordo com a Lei n.º 10.778/2003 que estabelece essa forma de registro. Em 2005, o Ministério da Saúde lançou várias normas técnicas como as que tratam sobre atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual e sobre a anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes, sobre a atenção humanizada as situações de interrupção da gravidez prevista em lei.

Outro momento importante foi a formulação do Plano de ação, iniciado em 2003, e implantado e implementado em 2005, oficializado pela Portaria n.º 936, do Ministério da Saúde, de 18/5/2004, dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção a Violência em Estados e Municípios.

Essas ações e diretrizes são articuladas com as políticas sociais e de direitos humanos e são pactuadas entre as instâncias colegiadas da gestão do SUS, nas três esferas de governo, por intermédio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS) e no âmbito estadual, municipal e do Distrito Federal nos conselhos locais.

Desde 2006, o Ministério da Saúde, com a finalidade de conhecer a magnitude dos casos de acidentes e violências no País que não levam ao óbito ou a internação, estruturou o Sistema de Vigilância de violências e acidentes (VIVA), o qual se constitui por dois componentes: vigilância de violência doméstica e/ou sexual e outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-contínuo), módulo incorporado ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-NET) e Vigilância de Violências e Acidentes em emergências hospitalares (VIVA-Sentinela), realizada por meio de pesquisa a cada dois anos (BRASIL, 2010, p. 10).

Um aspecto que converge à rede de cuidados a saúde e a rede de proteção social é o da garantia dos direitos da criança e do adolescente. Analisar a classificação utilizada em cada componente da rede de proteção integral a rede é necessária na perspectiva de compreender como se dá a linguagem entre os setores que necessitam se articular.

No país esse tipo de atuação é muito inicial, introduzida no Programa Saúde da Família (PSF)<sup>12</sup> e PACS, o propósito é proteger a criança, sustar a situação de

---

<sup>12</sup> O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE, 2005, p.1.027).

abusos, mudar comportamentos, manter a família unida e garantir os direitos da criança. Para isto os serviços necessitam se organizar em redes que por sua vez, agregam os serviços públicos e as Organizações não Governamentais.

A atenção primária à saúde é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Constitui-se na porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se incluem os cuidados essenciais de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população (BRASIL, 2007a).

Os princípios que orientam o desenvolvimento da atenção básica/primária são os mesmos princípios do SUS, da universalidade, da acessibilidade, do primeiro contato com o sistema de saúde, do registro da clientela, da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade da atenção, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Um dos problemas do atual modelo assistencial está no fato do processo de trabalho estar centrado na medicação e no médico, o que direciona o foco para a produção do cuidado e da cura, dando uma atenção menor a prevenção e promoção.

O país ainda tem uma baixa cobertura de cidades atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com uma cobertura populacional de 35,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 62,3 milhões de pessoas em 2003 (BRASIL, 2007b).

No Ceará, ao iniciar a implantação da ESF, foi realizada uma classificação por áreas de risco que priorizou áreas de maior risco para inserir as Equipe de Saúde da Família (ESF),<sup>13</sup> Fortaleza é considerada a terceira cidade do Brasil com maior cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), entre os municípios com mais de 1,5 milhão de habitantes, atingindo 35% da população da capital. A cidade fica atrás apenas de Belo Horizonte, com 75% da cobertura do PSF, e Recife, com 56%. Os dados são do DataSUS, banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, do Ministério da Saúde (PMF, 2012, *on line*).

O enfoque do ESF se dá as visitas domiciliares realizadas pelos agentes

---

<sup>13</sup> Equipe de Saúde da Família é composta por um médico generalista, uma enfermeira e 6 a 8 agentes comunitários de saúde, podendo ter um dentista e técnico de higiene dental (BRASIL, 2004).

comunitários de saúde que devem percorrer o território insistentemente atuando sobre a proteção, promoção e prevenção aos danos a saúde bem como o estímulo da participação social dos usuários nos Conselhos Locais de Saúde (CLS).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica específica de organizar a prática e, como tal, dotada de particular complexidade, pois foca na prevenção de doenças e promoção a saúde. Aos críticos da Estratégia de Saúde da Família os grupos mais vulneráveis, atendidos prioritariamente, resultaram em uma política “pobre para os pobres” (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996).

Outro programa que se articula a esta política em estudo, é o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil (PAIR)<sup>14</sup>, implantado em 2005 e que teve como objetivo de organizar um fluxo de atendimento às vítimas de violência sexual e outra violências intensificando a notificação, tendo em vista que o município de Fortaleza possui uma das mais altas taxas de exploração sexual de crianças e adolescentes no País.

Em 2008, houve uma capacitação de profissionais da rede municipal, pelo Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) para o estabelecimento de um fluxograma para o funcionamento da rede de proteção às vítimas de violência com vários setores da sociedade envolvidos com a problemática.

As Unidades de Atenção Primária a Saúde tiveram implantadas após a capacitação, comissões de maus-tratos como a participação de profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) que contava com psicóloga, assistente social e educadora física, terapeutas ocupacionais compondo uma equipe multiprofissional.

Na Secretaria Executiva Regional V (SER V) foram implantadas onze (11) Comissões de Prevenção aos Maus-Tratos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), além de incluir a Comissão do Hospital Distrital Nossa Senhora da

---

<sup>14</sup> O PAIR, no território brasileiro, tem como marco teórico-conceitual o Art. 86 do ECA e como referência metodológica o PNEVS Infanto-Juvenil. A realidade brasileira, no que se refere ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes aponta para um necessário fortalecimento da rede de proteção e de integração de políticas. Disponível em: <[www.crianca.df.gov.br/.../230-programa-de-acoes-integradas-e-referenciais](http://www.crianca.df.gov.br/.../230-programa-de-acoes-integradas-e-referenciais)> Acesso em: 08 jan. 2014.

Conceição (HDNSC) que já estava em funcionamento.

No Ceará já havia sido implantado em 1993,<sup>15</sup> as comissões hospitalares em hospitais infantis. Em seu artigo 1º “Fica criada, nos Hospitais Pediátricos e nos Hospitais de Emergência da rede pública, conveniados - SUS e privada a Comissão de Atendimento e Prevenção aos Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes” (CEARÁ, 1993, p.12).

Em 2002 as Comissões de Prevenções aos Maus-Tratos haviam sido instituídas nas escolas municipais de Fortaleza, pela Secretaria de Educação (Anexo), que deve integrar com o setor saúde uma comissão integrada e articulada.

O grande desafio de articular a Rede de Atenção Integral e Proteção às Crianças e Adolescentes composta pelos centros de saúde, prontos-socorros, centro de referência, unidades especializadas, maternidades, escolas, conselhos tutelares, conselhos das garantias de direitos, Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)<sup>16</sup>, e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)<sup>17</sup>.

As Comissões de Prevenções aos Maus-Tratos são compostas por profissionais de saúde e se responsabiliza em identificar, notificar, monitorar e encaminhar os casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes as instituições da rede de proteção às vítimas de violências que deve ser acionada pelo Conselho Tutelar.

---

<sup>15</sup> Lei Nº 12.242, de 29.12.93 (D.O. DE 30.12.93) (Plei: Mário Mamede): Fica criada, nos Hospitais Pediátricos e nos Hospitais de Emergência da rede pública, conveniados - SUS e privada a Comissão de Atendimento e Prevenção aos Maus-tratos em Crianças e Adolescentes, e dá outras providências (CEARÁ, 1993).

<sup>16</sup> “O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública da política de assistência social, de base municipal, integrante do SUS, localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social.” Destina-se à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção básica às famílias e aos indivíduos, e à articulação desses serviços no seu território de abrangência à ação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social. Algumas ações da proteção social básica devem ser desenvolvidas necessariamente nos CRAS, como o Programa de Atenção Integral as Famílias (PAIF), entre outras ações (BRASIL, 2005b, p. 35).

<sup>17</sup> O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) constitui-se numa unidade pública e estatal onde se ofertam serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos nas diversas situações de violação de direitos. Como unidade de referência, deve promover a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar ações para os(as) usuários(as). O CREAS deve articular os serviços de média complexidade e operar a referência e a contrarreferência com a rede de serviços socioassistenciais da proteção social básica e especial, com as demais políticas públicas setoriais e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos ( BRASIL, 2005b, p.37).

O Conselho Tutelar (CT) “é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” e tem como atribuições, entre outras, requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e emprego, exercendo função importante na interlocução com a autoridade judiciária para o efetivo cumprimento destes direitos (BRASIL, 1990, *on line*).

Em alguns Estados existem Delegacias Especializadas para apurar crimes contra crianças e adolescentes, bem como Varas da Infância e da Juventude que atuam na proteção e defesa dos direitos de crianças, adolescentes e suas famílias.

Em Fortaleza, temos a Delegacia de Combate à Exploração de Crianças e Adolescentes (DECECA) que funciona de segunda a sexta-feira recebendo os casos de violação de direitos, esse horário é considerado um entrave para os casos ocorridos a noite e finais de semana.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu art. 145, dispõe que:

Art. 145 - Os Estados e o Distrito Federal poderão criar varas especializadas e exclusivas da infância e da juventude, cabendo ao Poder Judiciário estabelecer sua proporcionalidade por número de habitantes, dotá-las de infraestrutura e dispor sobre o atendimento, inclusive em plantões. (BRASIL, 1990, *on line*).

A situação ao ser denunciada pode fazer cessar a violência, porém o monitoramento dos casos é importante, assim como o acompanhamento psicológico, insuficiente principalmente em casos de abuso sexual.

As Equipes da Atenção Primária/Saúde da Família realizam o acolhimento, as ações educativas e preventivas sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas. Devem também, garantir acesso a exames complementares; fornecer medicamentos básicos; prestar o atendimento e orientar as mães/cuidadores a respeito da saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescentes.

O acompanhamento e a evolução de cada caso nas unidades de saúde, nos domicílios ou ainda mediante o encaminhamento para unidades de atenção especializada e acompanhamento do cuidado são atribuições das equipes, além de promoverem ações de prevenção da revitimização e reconhecimento dos seus direitos enquanto cidadãos junto à família, na escola, na comunidade e em outros espaços sociais.

Tais equipes possuem espaço privilegiado para a identificação dos casos de violência pelo grande leque de ações e pela criação de vínculos dos profissionais e as ações de saúde individual e coletiva desenvolvidas no território. Por estarem geograficamente muito próximos das famílias, os profissionais da atenção primária têm maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências em crianças e adolescentes.

Em geral, os serviços de saúde de atenção especializada para atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência estão vinculados a um estabelecimento de saúde, público ou conveniado com a Rede SUS (Hospital, Maternidade, Unidade de Urgência e Emergência e os Centros de Aconselhamento e Testagem - CTA), podendo ainda ser prestado por Organização Não Governamental (ONG). Todos devem dispor de equipes multidisciplinares e sua composição varia de acordo com a capacidade instalada e o tipo de organização dos serviços. Em geral, essas equipes são compostas por médicos (pediatras, ginecologistas, psiquiatras), enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, mas pode haver também odontólogos, nutricionistas, pedagogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, advogados, dentre outras categorias profissionais (BRASIL, 2010).

Sabe-se da dificuldade de articulação intersetorial e intrassetorial, bem como as filas de espera, o sucateamento dos hospitais, as greves dos funcionários que parece ter virado uma rotina, a luta pela aprovação de orçamento para a saúde e uma certa desinformação da população .

A necessidade de um trabalho em Rede nas ações de enfrentamento às violências para buscar melhores resultados nas condições de saúde resulta em vários projetos, programas, políticas que devem ter uma articulação contínua no acompanhamento dos casos. Dentre os projetos que atuam em parceria com as unidades de saúde há o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>18</sup> que busca uma perspectiva de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, no âmbito das escolas e/ou das Unidades Básicas de Saúde, realizadas com as Equipes de Saúde da Família.

O suporte no âmbito da saúde mental às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência pode ser um importante fator de cuidado e proteção, tanto no que diz respeito ao fortalecimento dos indivíduos e dos grupos familiares para o

---

<sup>18</sup> Programa de Saúde do Escolar (PSE) foi instituído pelo Decreto nº 6.286/2007, como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação (CONASS, 2014, *on line*).

rompimento da cadeia da violência quanto para o acompanhamento de possíveis sequelas psíquicas e emocionais resultantes das situações a que estão expostas.

Sabemos que muitos fatores psicossociais estão presentes e compõem os diferentes tipos de violência, seja pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, seja pela presença de algum tipo de transtorno mental, como a depressão (que pode ocasionar situações de negligência e abandono), seja pelos contextos de vulnerabilidade a que os grupos familiares estão submetidos. Nesse aspecto, é possível que a atenção à saúde mental deva se dar não somente às pessoas que sofreram algum tipo de violência, mas também aos seus agressores.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída por diversos dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial, segundo critérios populacionais e demandas locais dos municípios, entre outros. Para o atendimento de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência, bem como os/as autores de agressão destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com papel de regulação da porta de entrada da rede assistencial de saúde mental, lugares de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais e/ou que apresentam problemas devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, promovendo a inserção social de seus usuários por meio de ações intersetoriais e oferecendo atenção à saúde mental na rede básica de saúde.

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) é um serviço de atenção diária, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves, usuários de álcool e outras drogas e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2002b).

Os CAPS e CAPSi acompanham, indiretamente, casos de violência, quando esta situação é subjacente e não o motivo que desencadeou o atendimento e devem ser articulados com os serviços da atenção primária e os serviços de referência para violências. O Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) oferecem atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua (BRASIL, 2010b).

O trabalho junto à atenção primária pode se dar de duas maneiras: apoio matricial às ESF por intermédio de uma equipe mínima de Saúde Mental ou apoio pelos profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)<sup>19</sup>, criados com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção primária, mediante a assessoria e apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização.

Além dos serviços de saúde, devem existir outros serviços no território que atendem crianças e adolescentes em situação de violência que devem estabelecer um fluxo referenciado, dialógico e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município e, na ausência desses, recomenda-se buscar interlocução com serviços de municípios vizinhos para fazer parte da rede de cuidados e de proteção social (BRASIL, 2010b).

O espaço do território o Sistema Único de Saúde (SUS) deve dialogar com os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, entre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem as necessidades desse público.

Nos serviços de urgências, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h<sup>20</sup>, estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) 192, que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

O sistema de ensino deficitário, formado pela rede de educação federal, estadual, distrital e municipal complementada pelo sistema privado. São equipamentos desse sistema os Centros de Educação Infantil (creches e pré-escola), Escolas de Ensino Fundamental e Médio e Instituições de Ensino Superior, ainda deixa de fora uma grande parcela de crianças contribuindo para a desarticulação da

---

<sup>19</sup> Dentre as atribuições dos NASF estão previstas as capacitações de profissionais da saúde, da assistência social, da educação e demais profissionais afins, bem como das famílias, em relação aos cuidados diferenciados para crianças e adolescentes em situação de violência. As equipes dos NASF têm também um papel matricial às equipes da ESF, dando apoio técnico e garantindo suporte aos profissionais de saúde (cuidado do cuidador). Destaca-se o papel do psicólogo e do assistente social dentro da equipe do NASF no cuidado integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2010b, p. 86).

<sup>20</sup> UPA 24 HORAS são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, em conjunto com estas com- põem uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2010b, p. 83).

referida rede.

O Sistema Único de Segurança Pública (SUSP)<sup>21</sup> foi criado para articular as ações federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal na área da segurança pública e da justiça criminal, de forma a integrá-los na prática, sem interferir na autonomia dos órgãos de segurança no âmbito local. Tem sido exposto a falência dos centros educacionais de ressocialização para adolescentes demonstrando ainda que a grande parcela destes são pobres e negros.

A sociedade civil também deve compor a rede intersetorial. Essa participação se dá por meio dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA)<sup>22</sup>, presentes em todos os Estados da Federação, no Distrito Federal e na maioria dos municípios brasileiros.

O processo de estruturação dessa rede exige que se tenha uma visão sobre as características dos serviços ofertados no território e as especificidades das políticas sociais (saúde, educação, assistência entres outras) que possam atender as necessidades dessa faixa etária .

Para ativar a rede é necessária à discussão do caso, a formação de espaços públicos onde sejam debatidas as formas de enfrentamento da situação, quase sempre complexa. A responsabilidade também não recai apenas sobre o profissional de saúde, mas este tem o papel de agregar e fomentar o debate democrático e a participação no processo de saúde.

---

<sup>21</sup> São alguns dos órgãos que compõem este sistema no território: Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher, Delegacias de Polícia Civil e Militares, Postos da Polícia Rodoviária Federal, Guarda Municipal, Instituto Médico Legal (IML) (BRASIL, 2010).

<sup>22</sup> Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA) é um órgão colegiado, responsável pela promoção e defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. O Conselho foi criado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069/1990) (BRASIL, 2010).

### 3 O PERCURSO DA PESQUISA E SEUS CONTRATEMPOS, OS ESFORÇOS EMPREENDIDOS E AS TÉCNICAS UTILIZADAS

#### **Paz**

Como é que a gente faz,  
 Pra medir a violência  
 na emergência dos hospitais?  
 A dor e o sofrimento  
 Os filhos que não nascem  
 Os pais que morrem sem atendimento  
 Qual é a gravidade de um roubo milionário  
 praticado por alguma autoridade?  
 Que tem imunidade e compra a liberdade  
 Enquanto o cidadão honesto  
 vive atrás das grades  
 Com medo de um assalto à mão armada  
 Pagando imposto alto  
 e não recebendo nada  
 Qual é o grau do perigo?  
 Da falta de escola e de emprego  
 de prisão e de abrigo?  
 Qual é o pior inimigo?  
 Os pais da corrupção  
 Ou os filhos do mendigo?  
 Quem é o grande culpado?  
 O ladrão que tem cem anos de perdão  
 ou você que vota errado?"

**(Gabriel o Pensador)**

#### **3.1 Metodologia utilizada na pesquisa avaliativa: o caráter da pesquisa**

As tendências atuais da pesquisa avaliativa questionam o modelo técnico-operacional, que tem sido utilizado, com a concepção de medir, quantificar e relacionar as causas e efeitos, custoso-benefícios. A avaliação de políticas públicas é recente no país e alguns estudiosos sobre o tema propõem uma abordagem diferenciada dos modelos atualmente utilizados, que não deixam espaço para críticas com relação à formulação e as suas diretrizes, enfatizando os resultados.

Segundo Rodrigues (2008, p.8), que fala sobre a relevância dos estudos sobre avaliação:

Vale destacar, contudo que a relevância dada ao tema a partir dos anos de 1990, deveu-se, principalmente, a situação de dependência do país frente às agências financiadoras internacionais como o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que passaram a exigir com mais critério, a

elaboração de sistemas de monitoramento de avaliação dos projetos por eles financiados.

A avaliação exige uma análise com abordagens processuais, multidimensionais e interdisciplinares. Os dados quantitativos na proposta desta pesquisa são necessários, mas não são suficientes para dar conta da complexidade. Portanto optou-se por utilizar a proposta da avaliação em profundidade, onde o sentido de compreensão prevalece na pesquisa (RODRIGUES, 2008).

“A proposta de uma avaliação em profundidade implica, ainda, considerá-la como extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, que por si só, coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa” (RODRIGUES, 2008, p. 11).

A pesquisa utilizou o método crítico-reflexivo abordando os métodos quanti-qualitativo, que se complementam favorecendo a reflexão da temática em questão a partir de várias visões envolvidas na política, nesse estudo, executada em nível local.

### **3.2 Uma contextualização e a justificativa para esse recorte**

Essa pesquisa avaliativa foi realizada no município de Fortaleza, uma capital que se insere no contexto nacional como roteiro turístico dos mais procurados do país. Possui uma área de 314,930 km<sup>2</sup>, conta com uma população de aproximadamente 2.452.185 milhões de habitantes (IBGE, 2014, *on line*).

Segundo dados recentes divulgados no livro “Perfil Socioeconômico de Fortaleza” publicado pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), nossa cidade apresenta um conjunto de indicadores preocupantes, tomando como base o ano de 2010, Fortaleza é a capital brasileira com maior densidade demográfica com 7.700 hab/Km<sup>2</sup>; apresenta a 2<sup>a</sup> maior desigualdade de renda do Brasil e a 5<sup>a</sup> do mundo; tem a mais baixa renda salarial média do país e a maior informalidade entre as maiores capitais (MENEZES; MEDEIROS, 2012).

Ademais, nossa capital tem a menor proporção da população com empregos formais; a 2<sup>a</sup> maior taxa de analfabetos entre as grandes capitais; a menor remuneração média de pessoas empregadas formalmente; a 3<sup>a</sup> maior proporção de pessoas na classe baixa e o menor Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* entre as grandes cidades. Isso sem falar no péssimo sistema educacional, que colocou

Fortaleza no segundo pior desempenho da alfabetização do Estado, além do 5º pior sistema de saúde do país (MENEZES; MEDEIROS, 2012).

Em 1997, na administração do prefeito Juracy Magalhães a cidade foi subdividida em seis Secretarias Executivas Regionais, chamadas (I, II, III, IV, V, VI). Destaco algumas características da Regional onde foi realizada a pesquisa, a SER V. A população total da Regional V era de 530.175 habitantes em 2009, com população estimada em 2014 de 585.347. É a Regional mais populosa de Fortaleza, mas também a mais pobre da Capital, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos (MENEZES; MEDEIROS, 2012).

Destacada como uma das capitais com maior número de homicídios entre os adolescentes, Fortaleza tem sido considerada em algumas pesquisas como uma das capitais mais violentas do mundo.

A conclusão é do Mapa da Violência 2010 - Anatomia dos Homicídios no Brasil, que revela um aumento de 119,5% nos números de assassinatos de crianças e adolescentes na Grande Fortaleza. Os resultados da pesquisa, realizada pelo Instituto Sangari, entre 1997 e 2007 apontam que a problemática infanto-juvenil aparece em primeiro plano, quando o assunto é violência homicida (WAILSELFISZ, 2012).

A pesquisa revela que ter crianças e adolescentes morrendo por assassinatos é um fato extremamente anormal, se forem observados os mais diversos fenômenos de violência que acontecem no mundo.

Além disso, o estudo também aponta que a variação dos índices de assassinatos é explicada pela variação dos índices de concentração de renda, ou seja, os jovens, mais do que outras fatias da população, são os mais afetados pelos efeitos da desigualdade social (MOURA, 2011).

Assim, com uma exorbitante desigualdade, associada à baixíssima renda e elevada pobreza, Fortaleza dispõe dos ingredientes básicos para potencializar os índices de criminalidade, contribuindo assim para o agravamento permanente do problema.

A SER V, local da pesquisa, também é uma das regionais com perfil populacional dos mais jovens de Fortaleza: 44% da população têm até 20 anos. É ainda a área da cidade com maior índice de pobreza e segundo maior índice de analfabetismo (17,83%), inferior ao registrado pela Regional VI (MOURA, 2011).

**Tabela 1. Extrema pobreza por regionais - 2010.**

<b>Regionais</b>	<b>Nº de Bairros</b>	<b>População Total</b>	<b>Extrema Pobreza %</b>	<b>Nº</b>	<b>% Sobre o Nº Total de Extrema Pobreza</b>
Regional I	15	363.912	5,42	19.730	14,72
Regional II	21	363.406	3,48	12.634	9,43
Regional III	16	360.551	4,83	17.417	13,00
Regional IV	20	281.645	3,05	8.583	6,41
Regional V	18	541.511	7,12	38.554	28,77
Regional VI	29	541.160	6,85	37.074	27,77
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>2.452.185</b>		<b>133.992</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Censo Demográfico do IBGE (2010 apud MOURA, 2011).

A principal atividade econômica é o comércio. Na Regional estão concentrados apenas 2,89% dos empregos formais de Fortaleza. A taxa de acesso à rede de esgoto da Regional V é a pior entre as seis regionais, com 24,56% (MOURA, 2011).

No que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano do Município por Bairro (IDHM-B), a Maraponga aparece com a melhor média (0,572). Os piores IDHM-B da SER V são: Parque Presidente Vargas (0,377), Siqueira (0,377) e Genibaú (0,378) (MOURA, 2011).

A Regional V tem sido identificada pelas altas taxas de homicídios e, de modo mais específico, os 5 bairros (Bom Jardim, Siqueira, Canindezinho, Granja Portugal e Granja Lisboa) que integram o denominado Grande Bom Jardim. À semelhança das demais Regionais, os homicídios na Regional V são praticados, em sua maioria, por armas de fogo. Podemos dizer que em 2007, aproximadamente 81%(169) dos homicídios na SER V foram praticados à bala, contra 82% (162) em 2008, e 84% (200) em 2009. Outro fator impulsionador dos elevados índices de homicídios na Regional é a disseminação da prática do fazer justiça com as próprias mãos frente à impunidade, assim como a resolução de conflitos ou o ajuste de contas por meio da atuação de grupos criminosos e de milicianos, principalmente no bairro Bom Jardim (MOURA, 2011).

Chama atenção a existência de grande número de grupos organizados na Regional que luta por mudanças na área e na vida dos moradores. São inúmeras as Organizações Não Governamentais (ONGs), associações de moradores, grupos religiosos, ligas de futebol, grupos de capoeira, teatro e música que trabalham com os

jovens, assim como projetos, programas e ações governamentais. O maior exemplo é a implantação do denominado “Território de Paz” no Grande Bom Jardim, no final de 2009, mais especificamente, os projetos sociais financiados pelo Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI)<sup>23</sup> e voltados para populações vulneráveis à violência e à criminalidade (MOURA, 2011).

### **3.3 O recorte empírico**

O recorte empírico foi uma Unidade de Saúde da Atenção Primária da SER V que tem uma Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos atuando na discussão dos casos suspeitos de violências contra crianças e adolescentes, monitoramento e encaminhamento aos órgãos responsáveis pela garantia dos direitos estabelecidos no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). A referida Comissão é composta por uma equipe multiprofissional (pediatra, psicóloga, enfermeira, assistente social, educadora física, técnica de enfermagem e agentes de saúde).

O objeto da pesquisa foi o processo de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes na atenção primária e sua articulação com a rede de proteção as vítimas. Foi realizado o levantamento dos casos notificados pelos serviços de saúde do município e desta regional, para conhecer o cenário da situação no período de 2008 a 2013. Compreendeu-se o referido processo em nível local, a partir da ótica dos profissionais de saúde e familiares. A partir da ótica dos conselheiros tutelares conheceu-se a dinâmica do Conselho Tutelar e como ocorre o desfecho dos casos, órgão para onde são encaminhados todos os casos.

A referida Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos dessa Unidade foi implantada em 2010 e conta com 26 casos registrados até o dezembro de 2013, coletados no livro “Ata de Reunião”. A maioria dos casos registrados foi resultante de negligência. As famílias, em sua maioria, são uniparentais. A falta de notificação em casos de envolvimento com o tráfico de drogas foi significativo. Os casos são

---

<sup>23</sup> O Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) destina-se à prevenção, controle e repressão da criminalidade, atuando em suas raízes socioculturais, além de articular ações de segurança pública com políticas sociais por meio da integração entre União, Estados e municípios. As ações levarão em conta as diretrizes do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP). Foi lançado em julho de 2007, pelo Ministério da Justiça. Disponível em: <<http://www.observatoriodeseguranca.org/seguranca/pronasci>> Acesso em: 20 jul. 2013

monitorados e encaminhados a Rede de Proteção Integral as Crianças e Adolescentes levando em consideração o contexto social e econômico da família e as suas relações.

Todas as reuniões foram gravadas com autorização dos participantes, no período de julho de 2012 a dezembro de 2013, somando 12 reuniões realizadas da comissão, incluindo as reuniões formativas e capacitações realizadas pela Comissão em que a equipe esteve presente. Foi utilizada a observação participante e anotações de diário de campo, que geraram notas de percepção sobre a organização da equipe e sua forma de trabalho descritas mais adiante.

A reunião mensal da equipe tem duração de aproximadamente 3 horas, no período da manhã, em sua maioria realizadas em uma igreja localizada na comunidade, pois a Unidade não tem sala disponível, para a discussão dos casos, que são sigilosos.

A maioria dos casos foi relatado pelos Agentes Comunitários de Saúde da referida Comissão, cuja atividade principal é a visita domiciliar e discutida por todos resultando em um plano de ação individual, com participação da equipe.

### **3.4 Sujeitos participantes da pesquisa**

Os profissionais que compõem a referida Comissão (um pediatra, um psicólogo, uma enfermeira, uma técnica de enfermeira e cinco agentes comunitários de saúde), todos concordaram em participar e assinaram um termo de consentimento para a pesquisa.

Além dos profissionais, cinco familiares que são ou foram acompanhados por esta Comissão, com prévia anuência, inclusive para a gravação da entrevista. Após análise dos casos registrados em Ata, incluindo os casos de violência predominante, no caso a negligência, violência sexual e discriminação, excluindo os que não tinham Agente Comunitário de Saúde, as casas de difícil acesso ou os que não ficavam em casa, pois trabalhavam o dia todo e familiares que mudaram de endereço. Não houve recusa a participação de familiares e profissionais.

Para seguir a trajetória da política, foram entrevistados os cinco conselheiros tutelares da referida regional. Posso aqui enumerar algumas dificuldades no agendamento das entrevistas: sobrecarga de trabalho, indagações sobre o resultado

efetivo da pesquisa “pra que ia servir”. No momento da entrevista era o momento de atendimento e ocorreram chamados para reuniões de urgência, visitas domiciliares de urgência. Um conselheiro autorizou a entrevista, porém não permitiu que fosse gravada, os demais concordaram em gravar a entrevista, todos assinaram o termo de anuência para a pesquisa.

Vale citar que antes ou após algumas entrevistas, houve pedidos dos conselheiros à pesquisadora conhecidos como “troca de favores”, pelo fato da pesquisadora trabalhar em uma Unidade de Saúde. Observou-se a velha relação clientelista presente fortemente em vários momentos das entrevistas.

### **3.5 Técnicas utilizadas e a triangulação dos dados: os diversos olhares sobre a política em estudo**

Para obter mais de um olhar sobre a referida política, insisti em utilizar a tendência atual em pesquisas avaliativas, de articular várias técnicas para apreender os significados de diferenciados pontos de vista.

De início foi realizado uma pesquisa bibliográfica, na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública(ENSP) Fiocruz, na base de dado Scielo, Lilacs e Medline selecionando artigos relacionados ao tema. Com base teórica em clássicos como Foucault e Bourdieu e estudiosos da área da saúde e Sociologia como Minayo, Mello Jorge, Zaluar, Tavares dos Santos, Adorno. Em seguida, em posse de portarias, leis e diretrizes persegui a trajetória institucional da política com todas as suas potencialidades e limitações, até alcançar o nível local.

Em uma segunda fase, realizei a pesquisa documental e a coleta de dados primários no Livro Ata. A leitura da ata foi utilizada para compreender a condução dos casos e a dinâmica de registros, bem como os procedimentos realizados.

Participei de doze reuniões da equipe multidisciplinar, no período de julho de 2012 a dezembro de 2013, que registraram, monitoraram e encaminharam os casos a Rede de Apoio as Vítimas de Violências. Foi utilizado o gravador em todas as reuniões e transcritas pela pesquisadora para análise, assim como as reuniões do grupo focal, na entrevista aos familiares e aos conselheiros tutelares.

Sobre o uso de gravador segundo Schraiber (1995, p.70):

É indicado o uso de gravador na realização de entrevistas para que seja ampliado o poder de registro e captação de elementos de comunicação de extrema importância, pausas de reflexão, dúvidas ou entonação da voz, aprimorando a compreensão da narrativa.

Durante as reuniões foi utilizada a observação participante e o diário de campo para fazer assim um exercício de comparação com os textos dos materiais já publicados sobre o tema e do que foi observado. O objetivo era de registrar detalhes que não podem ser esquecidos e que só são percebidos com a presença do pesquisador.

Observação participante é definida como

um processo pelo qual se mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto. (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1995, p.355 apud MINAYO, 2006, p.273-274).

Outra técnica utilizada foi o grupo focal, em dois momentos distintos com os profissionais de saúde do nível superior e com os profissionais do nível médio, que discutiram sobre a dinâmica da equipe, a condução dos casos, as concepções de violências e suas causas, a notificação obrigatório, os limites, as potencialidades e reflexões acerca da referida comissão e a execução da política em nível local.

Numa pesquisa qualitativa os pesquisados são sujeitos que possuem experiências e visão própria do mundo que os rodeia, é importante conhecer a compreensão do contexto em que eles vivem, assim como atitudes que, por vezes, não são ditas e precisam ser captadas. “O Grupo Focal é utilizado quando se querem compreender diferenças e divergências, contraposições e contradições” (GATTI, 2005, p.10).

Foram realizados dois grupos após ser observado pela pesquisadora que na maioria das reuniões os profissionais de nível médio apresentavam os casos e os profissionais do nível superior expunham mais suas sugestões e soluções, expondo mais suas opiniões do que os de nível médio. Além disso, o grupo focal é uma técnica qualitativa que permite colher diferentes pontos de vista, além da obtenção de quantidade substancial de material em um curto período de tempo.

Em relação à seleção dos participantes do grupo focal, privilegia-se a escolha segundo alguns critérios, conforme o problema em estudo, e desde que possuam características comuns que os qualifiquem para a discussão da questão focal (GATTI, 2005).

Com os familiares e conselheiros foi utilizado à técnica de entrevistas em profundidade com agendamento prévio, de acordo com sua disponibilidade em receber a pesquisadora. Em todos os casos o agente comunitário de saúde esteve presente.

Poupart (2008) afirma que a entrevista sempre foi considerada como um meio adequado para levar uma pessoa a dizer o que pensa, a descrever o que viveu ou o que viu, ou aquilo de que foi testemunha, de modo que uma boa entrevista deveria permitir que o entrevistado se reportasse satisfatoriamente, e que aquilo que ele diz seja considerado, segundo as posições epistemológicas dos pesquisadores, como uma história verdadeira, uma reconstrução da realidade ou uma mera encenação da mesma.

Como vantagens, a entrevista “em profundidade” classificada como não estruturada apresenta inicialmente, a de se basear adequadamente na realidade do entrevistado, permitindo que estes falem o mais livremente possível, dando-lhes a escolha dos assuntos que eles julgam pertinentes, reduzindo até certo ponto os riscos de pré-estruturação do discurso presentes na entrevista estruturada.

Outra vantagem, é que este tipo de entrevista é visto como uma forma de enriquecer o material de análise e o conteúdo da pesquisa, o que também está relacionado à flexibilidade do método que favorece a emergência de dimensões novas não imaginadas, de início, pelo pesquisador, as quais podem ser determinantes para a compreensão do universo do entrevistado e do objeto pesquisado (POUPART, 2008).

A terceira vantagem apresentada é que a entrevista não estruturada oferece a possibilidade de explorar mais “em profundidade” as diferentes facetas da experiência do entrevistado, o qual goza de mais tempo para se expressar. Ainda como vantagem, menos frequentemente mencionada, é que este tipo de entrevista possibilitaria uma melhor exposição da experiência do entrevistado, explorando “em profundidade” o contexto de vida e do meio de pertencimento do entrevistado, que permite situar e melhor compreender o seu discurso, bem como evidenciar a sua experiência e seu

ponto de vista (POUPART, 2008).

Essas vantagens se contrapõem à entrevista totalmente estruturada, na qual o conteúdo do material pesquisado é inteiramente ou parcialmente fixado de antemão, o entrevistado, não tem, então, a escolha das questões abordadas, bem como o próprio conteúdo de suas respostas já é fortemente estruturado, uma vez que estas devem necessariamente inserir-se nas categorias delimitadas de início (POUPART, 2008).

Na análise das falas captadas através dos depoimentos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo como uma forma de compreender os sentidos e os significados e suas variadas formas de expressão da realidade. Os resultados encontrados foram agrupados por temáticas para uma análise mais aprofundada.

Para compreender diferentes pontos de vista foram utilizadas diferentes técnicas de coletas de dados, a observação participante, o grupo focal e a entrevista em profundidade, e entrelaçando-as na perspectiva de compreender a execução da política em nível local sob a ótica dos envolvidos.

Acredito que a política vista de vários ângulos pode fornecer pistas para uma conhecer o processo de enfrentamento as violências contra crianças e adolescentes, contribuindo para o caráter dialógico da avaliação de políticas públicas, podendo esta avaliação servir tanto como instrumento de controle para o Estado, em suas verificações de resultados, como para informar o cidadão e servir para o exercício do controle social.

### **3.6 Uma análise das idas ao campo: os resultados da observação participante**

Na Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEPI) de Fortaleza tive acesso aos dados das notificações realizadas nos serviços de saúde de Fortaleza. Foi ressaltada pelas técnicas a quantidade insignificante de notificações para uma cidade com 2,5 milhões de habitantes e a dificuldade ainda presente no preenchimento, pelos profissionais, destas fichas. Comentou-se sobre a demora no sistema em computar os dados e os possíveis erros de digitação. Foi solicitado pelos técnicos que acrescentasse à pesquisa que os dados fornecidos estavam sujeitos a revisão.

A coleta de dados na CEVEPI da SER V foi realizada em agosto de 2013,

momento ainda de transição da gestão municipal e percebeu-se a falta de insumos e a recente admissão das técnicas. Outra falha encontrada foi que as fichas não estavam sendo encaminhadas ao Conselho Tutelar, como no fluxo definido em 2008, na capacitação para os profissionais de saúde, ou seja, com a mudança da gestão houve uma quebra da continuidade do trabalho anterior, e muitos dos dados se perderam.

No Conselho Tutelar houve uma demora na autorização oficial para a coleta de dados. Por diversas vezes foi citado nas reuniões da Comissão, o descrédito dos profissionais com as respostas dos casos encaminhados e a dificuldade de comunicação com o Conselho Tutelar.

Para a autorização da coleta de dados no Conselho Tutelar foi informado que necessitaria de autorização do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (COMDICA) para o acesso aos dados, pois tratavam de dados sigilosos. O projeto foi enviado para avaliação na Secretaria de Direitos Humanos (SDH), que autorizou a pesquisa com algumas condições: como a apresentação de dados parciais a SDH e a companhia da assistente social da supervisão dos conselhos as entrevistas, fato que não intimidou a pesquisadora.

Ao visitar o Conselho Tutelar, me informaram que, somente em colegiado decidiriam se concederiam a entrevista. Após várias visitas ao Conselho Tutelar com entrevistas agendadas, “imprevistos”, a entrevista foi adiada mais de três vezes, devido ao trabalho deles, diversas atividades, visitas de urgências e desfalque de conselheiros no plantão.

Sobre as dificuldades nas reuniões mensais da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos na Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS), houve uma maior facilidade no acesso, todos colaboraram, porém a reunião acontecia em uma igreja evangélica e o espaço por vezes era dividido com grupos de orações e louvores, o que dificultava as falas na reunião e as gravações.

A equipe de profissionais da referida comissão declarou que os insumos eram mantidos pela equipe e que havia uma dificuldade na liberação dos profissionais para a reunião. Segundo a equipe o transporte necessário, em alguns casos acompanhados, foi providenciado com a interferência de políticos.

Em janeiro de 2013 (transição da gestão municipal), a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi dispensada de suas atividades, pois o contrato

era temporário, causando prejuízo às famílias acompanhadas pela psicóloga e a assistente social. No mês de julho de 2013, a nova coordenação participou das reuniões mensais.

No percurso em direção à casa dos familiares, deslocamo-nos por áreas de invasão de terrenos, casas humildes e locais de acesso difícil, com falta de saneamento e coleta de lixo. Foi difícil para a pesquisadora conduzir a entrevista tendo em vista que os familiares relembavam os momentos vividos, relacionados à violência.

Em todas as situações presenciadas pela pesquisadora percebeu-se um envolvimento emocional intenso, tanto de alguns profissionais, familiares e conselheiros, com expressões de revolta, choro e intensa emoção, em alguns casos.

A sobrecarga emocional foi um dos aspectos vistos com pessoas envolvidas em situação de violência, o apoio psicológico seria fundamental a todos os participantes, pois pode haver um envolvimento e dificuldades de lidar com algumas situações como, por exemplo, a violência sexual ocorrida na família.

### **3.7 Organização e análise dos dados**

Os dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referente à ficha de notificações de violência sexual e/ou outras violências, dos serviços de saúde do município de Fortaleza e a análise das fichas notificadas pelos serviços de saúde da SER V, foram apresentados em forma de tabelas e gráficos. Nesta pesquisa os dados qualitativos foram complementares aos dados quantitativos

Do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente. A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO; SANCHES, 1993).

As falas obtidas nos grupos de discussão pelos profissionais de saúde e as entrevistas pelos familiares, foram agrupadas em categorias, de acordo com a análise

de conteúdo de Bardin (1977): as concepções de violências, as causas de violências, a articulação com a rede de apoio, a opinião sobre a notificação obrigatória, as potencialidades e as fragilidades da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, sugestões para o processo de enfrentamento das violências em nível local, bem como a visão da pesquisadora sobre a dinâmica da comissão, foram apresentadas em forma de quadros.

Quanto aos desfechos dos casos encaminhados ao CT, apresento os dados existentes do ano de 2013 em forma de quadros e foi feita uma análise das falas dos conselheiros tutelares, acerca da atuação do Conselho Tutelar na referida política.

## 4 PROCESSO DE ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ENTRE O DISCURSO DA POLÍTICA EM ESTUDO E A PRÁTICA DO COTIDIANO

### Paz

Eu vou à luta  
 Eu vou armado de coragem e consciência  
 Amor e esperança,  
 A injustiça é a pior das violências  
 Eu quero paz  
 Eu quero mudança  
 A violência não é só dos traficantes  
 A covardia não é só a dos policiais  
 A violência também é dos governantes  
 Dos homens importantes  
 Não sei quem mata mais!

(Gabriel o Pensador)

### 4.1 Reconhecimento de distintas infâncias e adolescências e a difícil universalização dos direitos

Apesar da sanção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, os direitos das crianças e adolescentes têm sido violados em vários momentos da história até os nossos dias. A proposta após a promulgação do ECA – 1990 - era romper o paradigma e promover uma mudança cultural onde todas as crianças e adolescentes tivessem seus direitos assegurados independente de classe social, econômica, sexo, cor, religião, um desafio que ainda está distante de acontecer devido a extrema desigualdade econômica existente no país.

Segundo Frota (2007, p. 155):

Com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, o termo “menor” foi abolido, passando a definir todas as crianças como sujeito de direitos, com necessidades específicas, decorrentes de seu desenvolvimento peculiar, e que, por conta disso, deveriam receber uma política de atenção integral a seus direitos construídos social e historicamente. A mudança é radical, vai à raiz: o menor deixa de ser visto como menor e retoma seu lugar de criança, passa a ser visto como cidadão de direitos e não como um expectador das tentativas de sabê-lo vítima ou responsável pelos descalabros sociais. A criança volta a ocupar o seu lugar de um ser humano, de um sujeito construído historicamente, com direitos e deveres que devem ser exercidos hoje, com uma vida concreta que pode ser muito dura e distante do sonho dourado da infância mítica da classe média. Contudo, uma criança.

Sabe-se que para garantir os direitos é necessária uma rede de instituições articuladas que operacionalizem as ações a serem executadas. Ao visitarmos a realidade podemos afirmar com convicção à distância entre a lei e a aplicação da lei, em grande parcela deste segmento, sobretudo aos mais vulneráveis.

Visualizamos com facilidade as crianças e adolescentes invisíveis à sociedade, e percebe-se a existência de “diversas infâncias e adolescências”, crianças que tem direito a brincar, estudar e outras, na mais completa miséria, nas ruas, abandonados, ou em instituições, tendo que trabalhar sobrevivendo em péssimas condições de vida, sendo-lhes negados os direitos mais básicos.

Vive-se em um país cuja concentração de renda aprofunda a desigualdade visível e convivem a maioria de pobres com uma minoria que alcança uma melhor qualidade de vida, o que pode acirrar algumas mazelas sociais que acompanham a história do país, desde a colonização como a pobreza, a discriminação, o racismo.

O artigo 5º do ECA (1990) proíbe a discriminação racial, porém na prática, isso nem sempre acontece. As crianças negras sofrem preconceitos, constrangimentos e até violências apenas pela cor de sua pele. Elas não têm a sua cor como uma referência normal, pois a sociedade impõe uma cor ideal, modelos a serem seguidos como padrão e considerados “normais”, geralmente relacionados à cor da pele branca.

A criança negra não encontra exemplos com os quais possa se identificar, poucos brinquedos tem a cor da pele negra, os cabelos crespos, nos livros observa-se traços de “estereotipia” e “caricatura” da população negra. “A história dos ancestrais e a cultura africana não são contados ficando restrita apenas ao tema da escravidão [...]” (BRASIL, 2010, p. 61).

Alguns dos movimentos sociais a favor das “minorias” entre os quais estão as mulheres, crianças, homossexuais, negros pessoas que são submetidas a várias formas de violências como discriminação, assédio, racismo, preconceito lutam pela garantia dos seus direitos. A sociedade com medo não se mobiliza, apenas se defende e se protege a partir de sistemas de proteção e da crescente tecnologia utilizadas para a segurança nos domicílios, locais de trabalho e outros.

Segundo Adorno (1998, p.42):

Pode ser que a obsessão punitiva de nossa sociedade contemporânea, materializada nas chamadas “demandas por ordem social”, explique-se justamente pelo modo de funcionamento da sociedade de risco que edifica todas uma imensa e resistente superestrutura de prevenção e segurança (através da proliferação das sociedades de seguro e dos mecanismos de vigilância privada) para fazer face aos medos, perigos e ameaças que tornam a vida humana, social e intersubjetiva, absolutamente incerta.

Enquanto o foco está direcionado para a “segurança” os demais direitos sociais nem sequer são citados. Mas alguns projetos de leis com ênfase na culpabilização do indivíduo e da família estão a ocupar as cenas públicas, como a lei da palmada<sup>24</sup> e a lei da redução da maioridade penal<sup>25</sup>.

“Associada fortemente a ideia de violência, o adolescente como fonte de perigo e ameaça a sociedade, a concepção da criança e do adolescente como objetos de repressão continua a ocupar espaço significativo no pensamento social brasileiro” (PINHEIRO, 2006, p. 62).

Em um país que prioriza o desenvolvimento econômico em detrimento das suas políticas sociais, o desenvolvimento humano é cada vez mais lastimável, considerando as imensas desigualdades sociais e econômicas que acirra as disputas e estimula a violência constantemente, podemos dizer a luta pela sobrevivência com as armas que ainda se tem.

Para Dagnino (2005) há uma confluência perversa de dois processos políticos distintos, um de alargamento da democracia e o outro de ajuste neoliberal, onde o projeto de um Estado mínimo que progressivamente se exime de suas responsabilidades de garantidor de direitos e as transfira para a sociedade civil.

---

<sup>24</sup> Lei da Palmada. O Projeto de Lei 2.654/03, da deputada federal Maria do Rosário, do PT do Rio Grande do Sul, é uma emenda ao que já constava no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O projeto foi enviado ao Congresso em julho de 2010 e está na pauta da Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados. Atualmente, o ECA fala em “maus-tratos”, sem especificar os tipos de castigo. Já com o projeto, o texto passará a definir castigo corporal como qualquer “ação de natureza disciplinar ou punitiva com o uso da força física que resulte em dor ou lesão à criança ou adolescente”, o que inclui palmadas e beliscões. Se a mudança for aprovada, as crianças passarão a ter o “direito de serem educadas e cuidadas sem o uso de castigos corporais ou de tratamento cruel ou degradante”. Disponível em: <<http://opiniaoenoticia.com.br>> Acesso em: 03 jan. 2014.

<sup>25</sup> Apesar de parcelas da sociedade defenderem a inclusão do tema nas discussões em torno da reforma do Código Penal, a redução da maioridade penal não foi abordada no anteprojeto entregue no ano passado pela comissão de juristas definida pelo Senado. O motivo é o fato de que a diferenciação entre adultos e adolescentes está prevista no artigo 228 da Constituição Federal, de forma que leis ordinárias como o ECA ou o Código Penal não podem ser contrárias à Carta Magna. Para que seja possível a redução, portanto, é necessária a aprovação de uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC). Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/>> Acesso em: 20 nov. 2013.

A construção dos serviços de proteção à criança e adolescente no Brasil, baseada na realidade socioeconômica foi direcionada para determinados segmentos desta população, os que não têm seus direitos garantidos: os pobres, de rua, explorados, abandonados, enfim, os excluídos.

Segundo Vendruscolo et al. (2007, p.818):

Com o “atendimento social”, o Estado assume que a população sofre violência cotidianamente, ao criar programas para o atendimento à criança e ao adolescente, vítimas de violência doméstica, mas perpetua as falhas individuais ou da família, como modelo explicativo para justificar essa violência. Até aqui, fica evidente que a representação social do atendimento a criança e ao adolescentes, vítimas de violência doméstica, dos trabalhadores sociais, é reflexo do cotidiano/realidade histórica e social em que eles atuam, mas frente às questões estruturais macro, tendem assumir concepções psicologicistas, reduzindo a violência a fenômenos e processos sociais de conduta individual.

O processo de individualização, nos casos de violências contra crianças e adolescentes, tem sido frequente, porém a sociedade e o Estado têm a mesma responsabilidade. A culpabilização da família acaba por retirar a responsabilidade que foi atribuída a todos nós, no ECA, em 1990, dando uma ideia que se trata de um caso individual e isolado.

Nos casos de grande visibilidade, como no caso da morte de Isabela Nardoni<sup>26</sup>, e mais recentemente do menino Joaquim<sup>27</sup> é noticiado como apenas mais um caso de violência doméstica. Ou como nos casos de menor visibilidade, porém, bem frequentes, não são debatidos, como podemos ver nas seguintes notícias:

Um menino de dois anos de idade morreu na tarde desta sexta-feira (13/jan./2013), em Cuiabá, após ser esquecido dentro do carro pelo pai. A tragédia aconteceu na Avenida Filinto Muller, no Bairro Quilombo. A principal suspeita é que a criança tenha morrido por asfixia, após ficar

---

<sup>26</sup> O caso Isabella Nardoni refere-se à morte da menina brasileira Isabella de Oliveira Nardoni, de cinco anos de idade, defenestrada (arremessada) do sexto andar do Edifício London no distrito da Vila Guilherme, em São Paulo, na noite do dia 29 de março de 2008. O caso gerou grande repercussão no Brasil e Alexandre Nardoni e Anna Carolina Jatobá, respectivamente pai e madrasta da criança, foram condenados por homicídio doloso triplamente qualificado (art. 121, § 2º, incisos III, IV e V). Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Caso\\_Isabella\\_Nardoni](http://pt.wikipedia.org/wiki/Caso_Isabella_Nardoni)> Acesso em: 10 jan. 2014.

<sup>27</sup> Joaquim Ponte Marques, de 3 anos, desapareceu de sua casa em Ribeirão Preto no dia 5 de novembro e seu corpo foi localizado no Rio Pardo, em Barretos, cinco dias depois. A Polícia Civil trabalha com a hipótese de que a criança, que fazia tratamento contra diabetes, tenha sido morta com uma dose exagerada de insulina. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,caso-joaquim-denunciada-por-omissao-mae-respondera-pela-morte-do-filho, 1112587,0.htm>> Acesso em: 15 jan. 2014.

cerca de cinco horas dentro do veículo. Funcionário de um banco, o homem de 46 anos foi ouvido pela polícia e deve ser indiciado por homicídio culposo (quando não há intenção de matar) (G1, 2014, *on line*).

O bebê de um ano e dez meses morreu depois de ficar quase duas semanas internado. Ele foi esquecido dentro do carro pelo próprio pai. O menino deve ser enterrado nesta quarta-feira (27) em Americana/SP (R7, 2014, *on line*).

Uma menina de três anos morreu após ser deixada dentro de um carro de passeio nesta quarta-feira (19/2013) na cidade de Lucas do Rio Verde, município que fica a 360 quilômetros de Cuiabá. De acordo com a Polícia Civil, a criança foi levada para o colégio por uma professora que é amiga da família, no entanto, teria sido esquecida pela mulher no veículo. A mãe da menina também é professora na mesma escola (G1, 2014, *on line*).

Um bebê de 1 ano morreu nesta terça-feira, 27/2012, em Aparecida de Goiânia, após ter sido deixado por mais de quatro horas dentro de um carro pela própria mãe, Andressa do Prado de Oliveira, de 26. A morte ocorreu no Setor Santa Luzia. Andressa está presa e será indiciada por homicídio doloso. Em seu depoimento, a mãe da criança - grávida de 5 meses - alegou que o bebê chorava muito e ela queria dormir. “Mesmo com o filho chorando, ela o trancou no veículo e foi dormir. Está claro que a conduta dela matou a criança”, disse Myrian Vidal, titular da Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA) (ESTADÃO, 2014, *on line*).

A Constituição Federal de 1988, a “Constituição Cidadã”<sup>28</sup> em seu artigo 227 afirma que:

Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar a criança, adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito a vida, a saúde, a alimentação, a educação, a o lazer, a profissionalização, a cultura, a dignidade, ao respeito, a liberdade, a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência crueldade e opressão. (BRASIL, EMC, 13/07/2010).

No capítulo sobre o direito a vida e a saúde do ECA, no artigo 7º e 8º, podemos observar que a criança e o adolescente têm direito a vida e a saúde, mediante políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência. A proteção à vida e à saúde começam com o atendimento adequado às gestantes, através do Sistema Único de

---

<sup>28</sup> As Constituições brasileiras sempre inscreveram, em seus textos, referências aos direitos fundamentais dos homens, tendo sido a Carta Magna de 1824, a primeira do mundo a positivá-los os direitos humanos. A atual Constituição de 1988 trata do tema com uma abrangência muito maior que as anteriores, tendo seu título segundo reservado aos direitos e as garantias fundamentais. (SILVA et al, 2002, p.148).

Saúde, atendimento pré e perinatal.

Outro segmento menos visualizado são os portadores de deficiências. Sabe-se da situação e abandono que vivem os portadores de deficiências físicas, sensoriais e mentais em nosso país, principalmente na parcela pobre da população, que não tem condições de pagar pelos serviços essenciais ou que vivem isolados socialmente. Segundo o IBGE (2010) conforme o Censo:

Mais de 800 cidades brasileiras que possuem algum órgão gestor de direitos humanos não têm qualquer programa ou ação voltada para pessoas com deficiência. Ao todo, 29,4% dos municípios estão enquadrados nessa categoria, o equivalente a 865 cidades. A situação é mais grave na região Norte, onde 38,8% das prefeituras com alguma gerência de direitos humanos não contam com ações que beneficiem os deficientes físicos. No Centro-Oeste, tal proporção é de 21,9%.

Como um constructo social, a visão que o adulto tem sobre a criança e adolescente modificou-se ao longo do tempo, hoje há um misto de velhas tradições e a luta pela garantia de direitos adquiridos.

O primeiro artigo da Declaração estabelece que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência para e devem agir em relação umas as outras com espírito de fraternidade<sup>29</sup>.

A Declaração dos Direitos Humanos (1948) , no pós -guerra, não foi suficiente para reduzir as desigualdades entre as classes sociais, nem entre os homens e mulheres, por esse motivo, estas disparidades continuam mobilizando as minorias, os excluídos, a lutarem incessantemente pelos direitos considerados universais como a liberdade, dignidade, igualdade e os direitos básicos como a saúde, educação, moradia, segurança e outros.

O crescente interesse pela problemática das crianças e adolescentes, no entanto, fez com que em 1959, as Nações Unidas editassem a Declaração Universal

---

<sup>29</sup> Durante a Segunda Guerra Mundial, o impacto sofrido no mundo pelos atos de racismo e intolerância e a agressão sofrida pelos civis, que representaram 90% das vítimas levaram governantes de 148 países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) a elaborar em 1948, um pacto denominado Declaração Universal dos Direitos Humanos a qual, em 1996 foi complementada pelo Pacto dos Direitos Civis e Políticos e Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (BRASIL, 2008, *on line*).

dos Direitos da Criança<sup>30</sup>. Entretanto apenas em 1988 os princípios da Declaração foram incorporados a nossa Constituição.

Em 1992 os pactos foram reafirmados pelo governo federal, dando início a um movimento de defesa dos direitos humanos no país que resultou na criação, em 1995, da Comissão de Direitos Humanos, no Ministério da Justiça, responsável pelo Programa Nacional de Direitos Humanos, lançados pelo Presidente da República em 13 de maio de 1996 (BRASIL, 2001).

A Constituição Federal do Brasil afirma em seu artigo 1º, que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são os principais fundamentos do Estado brasileiro. A Constituição brasileira é uma das mais completas Cartas de Direito do mundo porém isso não basta. Os direitos humanos precisam ser conhecidos, respeitados e conquistados a cada dia.

A tendência contemporânea em nosso país é de punir expressa e explicitamente o uso da violência contra crianças e adolescentes ainda quando alegados pretensos propósitos pedagógicos. Um Projeto de Lei em votação na Câmara dos Deputados tem sido discutido entre o governo e a sociedade civil, conhecido como Lei da Palmada. A Lei n.º 2.654/03 trata das alterações da Lei n.º 8.069, de 13/07/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente, e da Lei n.º 10.406, de 10/01/2002, o Código Civil Brasileiro. Esta Lei é uma Emenda Constitucional ao que já era dito no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Desde julho de 2010 já havia sido enviado ao congresso e se encontrava na pauta para votação na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados (MOREIRA; TREVIZANI,2012).

A Lei n.º 8.069, que institui o Estatuto da Criança e Adolescente, condena maus-tratos contra a criança e o adolescente, mas não define se os maus-tratos seriam físicos ou morais. Com as alterações, o artigo 18 do (ECA) que fala que é dever de todos, velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor, passa a definir “castigo corporal” como “ação de natureza disciplinar ou punitiva com o uso da força física que resulte em dor ou lesão à criança ou adolescente” (BRASIL, 1990).

---

<sup>30</sup> O primeiro documento onde foram colocados os direitos da criança veio a luz em 1923, de autoria da enfermeira inglesa, fundadora da *Save the Children*, Eglantyne Jebb. Neste documento conhecido como Declaração de Genebra, ela já chamava atenção para a responsabilidade dos estados e da sociedade com o futuro das crianças (SILVA, 2002, p. 67).

Para os infratores, as penas são advertências, encaminhamento a programas de proteção à família e orientação psicológica (MOREIRA; TREVIZANI, 2012).

A medida visa garantir o direito de uma criança ou jovem de ser educado sem o uso de castigos corporais. Atualmente, a Lei n.º 8.069, que institui o ECA, condena maus-tratos contra a criança e o adolescente, mas não define se os maus-tratos seriam físicos ou morais. Com as alterações, o artigo 18 passa a definir “castigo corporal” como “ação de natureza disciplinar ou punitiva com o uso da força física que resulte em dor ou lesão à criança ou adolescente”. Para os infratores, as penas são advertências, encaminhamento a programas de proteção à família e orientação psicológica (MOREIRA; TREVIZANI, 2012).

A definição proposta se aplica não só para o ambiente doméstico, mas também para os demais cuidadores de crianças e adolescentes - na escola, nos abrigos, nas unidades de internação. O projeto busca uma mudança cultural. 1/3 das denúncias refere-se à violência doméstica, seja na forma de negligência ou de maus-tratos. Será necessário o testemunho de terceiros como vizinhos, parentes, funcionários, assistentes sociais que atestem o castigo corporal e queiram denunciar o infrator para o Conselho Tutelar. No caso de lesões corporais graves, o responsável é punido de acordo com o Código Penal, que prevê a pena de 1 a 4 anos de prisão para quem “abusa dos meios de correção ou disciplina”, com agravante se a vítima for menor de 14 anos (MOREIRA; TREVIZANI, 2012).

A luta pela conquista do direito à saúde, tem reforçado a luta pela conquista de outros direitos, já que novo conceito de saúde (ampliada), vai além do diagnóstico e do tratamento de doenças.

Os debates sobre segurança e justiça diante das altas taxas de mortalidade infanto-juvenil e os temas como a implementação da pena de morte e a redução da maioria penal ressurgem e são colocados como pressupostos para a erradicação da violência.

No Brasil, a luta por melhores condições de saúde da população tem garantido que cada vez mais pessoas tenham acesso aos serviços de saúde e a informações sobre como cuidar de sua saúde, porém se considerarmos o quantitativo da população que não tem acesso a eles ainda é significativo. Sabe-se que algumas regiões tem um melhor acesso à saúde que outras.

Outro fator a acrescentar é que a violência é dinâmica, demandas novas surgem a cada dia e nos resta contar com a mobilização e os movimentos sociais que demandem novas políticas. Alguns questionamentos nos surgem durante o estudo. Até quando essas crianças vão continuar sem a garantia de seus direitos, submetidas a torturas dentro da própria casa? Até que ponto o Estado pode interferir na educação dos filhos? Como a lei da palmada vai condenar esses pais que além de algozes são vítimas?

A forma de vivenciar essas fases da vida (infância e adolescência), dependendo da classe social é diferenciada em vários aspectos. Temos um universo de pessoas que são excluídas dos direitos básicos, vivem na miséria, que são pais e mães sem ter referência do que é direito humano! Como educarão seus filhos? É possível que algumas dessas pessoas se utilizem da violência sofrida e reproduzam os atos violentos que sofrem!

#### **4.2 Compreensão da infância e adolescência para as sociedades: séculos de maus-tratos**

A representação social que se tem das crianças e adolescentes são fenômenos historicamente e socialmente construídos e podem ser evidenciados em vários momentos históricos narrados por meio de tipos de “maus-tratos” sofridos por crianças e adolescentes em todo o mundo desde o início dos séculos até os dias atuais. Pode-se ver que estes atos vão desde atos banais, atitudes repassadas de geração a geração como atos punitivos e educativos, até atos extremos que causam internações, danos psicológicos irreversíveis até ao óbito.

A violência praticada contra crianças e adolescentes, ao longo da história, é um dos aspectos da civilização que ainda continua a existir a despeito de já estarmos em um terceiro milênio. Na China, nos dias atuais, ainda é comum o infanticídio de bebês do sexo feminino, como ocorria na Grécia com portadores de malformação congênita (SILVA, 2002, p. 139).

O mau trato infantil (a violência doméstica infantil) é uma das mais antigas formas de em que a violência se expressa, se caracteriza por danos causados a crianças ou ao adolescente, pelos pais ou responsáveis e pessoas próximas como parentes ou professores, podendo causar danos físicos, psicológicos ou decorrentes

de omissões e privações.

A violência é utilizada como método de educação, por meio de castigos e punições. Os hábitos tradicionais passados de geração em geração, na forma de tratar os filhos, e que hoje convivem com as tendências de respeito aos direitos da criança e dos adolescentes, geram alguns conflitos entre gerações.

A concepção do mundo sobre a infância e a adolescência determina a forma de tratá-la. É possível, com uma revisão de literatura, obtermos a visão mundial sobre a infância e a adolescência e como foram tratadas até os dias de hoje.

Desde os nossos primórdios a violência esteve presente na história da humanidade, algumas doutrinas religiosas como o Cristianismo que aceitavam a violência como forma de sacrifício ou punição dos seus pecados, justificando a violência como forma de agradar ao seu Deus.

Em cenas bíblicas são comuns os relatos de infanticídios e castigos violentos com pragas e sacrifícios, aceitos como fruto do poder divino sem questionamentos.

Segundo Pires e Miyasaki (2005, p.43):

O relato de Herodes, rei dos judeus, também ilustra a prática generalizada da violência contra crianças. Avisado que Jesus se tornaria o rei dos judeus, Herodes decidiu matá-lo. Como não sabia onde encontrá-lo, decretou a morte de todos os meninos com menos de dois anos de idade em Belém, levando José e Maria a fugirem com Jesus para o Egito. [...].

Além de outros fatos históricos, Ariès (1981) nos mostra que maus-tratos com crianças existem desde os primórdios da criatura humana. Crianças eram mortas e abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões como: equilíbrio dos sexos, por motivos religiosos, como medida econômica nos grandes flagelos ou por não aguentarem longas caminhadas, também era direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho.

A presença do castigo até hoje está presente nas atitudes dos pais, e na cultura de aceitação como ato educativo, a “palmada”, a “surra”, as agressões físicas em público as crianças justificadas como “educativas” ou “corretivas”.

Entre os séculos I e V d.C, a Igreja Cristã passou a ter maior influência sobre os costumes e comportamentos. Nesta época teve início o reconhecimento do potencial de desenvolvimento das crianças, que passaram a fazer parte da vida

familiar. Além disso, a Igreja ressaltou a importância da mãe na criação dos filhos e desestimulou a prática de graves castigos físicos (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

A assistência dispensada nestes séculos era de aspecto caritativo-assistencial e se limitava aos “menores” abandonados, rejeitados, aos que cometiam atos criminosos. Aos demais, a responsabilidade era apenas dos pais, ou seja, da família.

No século XVII, a teologia cristã, na pessoa de Santo Agostinho, elaborou uma imagem dramática da infância, onde logo após o nascimento a criança era símbolo da força do mal, um ser imperfeito, esmagado pelo peso do pecado original. Nesse período, a amamentação era considerada prazer ilícito da mãe que causaria perda moral da criança. Ainda neste século, a criança era incluída nas brincadeiras sexuais do adulto (BRÊTAS et al., 1994).

A Revolução Industrial e o modo de produção capitalista desencadeou um novo processo de relações econômicas e sociais. A expropriação dos camponeses e o estímulo à migração para áreas urbanas levaram um significativo contingente de pessoas a procurarem nas fábricas uma oportunidade de sobrevivência.

Outras diferenças importantes a serem consideradas são a forma de tratamento dispensada de acordo com o gênero, a raça e a classe social durante todas as épocas até os dias atuais. As mais cruéis formas de exploração como a da mão de obra infantil e a exploração sexual foram se somando as formas de maus-tratos já existentes. Por outro lado, foram essas situações que começaram a dar visibilidade à situação da infância e adolescência e o seu papel no desenvolvimento das sociedades.

Ainda discorrendo sobre a Revolução Industrial, no final daquele século (XVIII), na Inglaterra, ocorreu exploração do trabalho infantil, com crianças de quatro anos de idade trabalhando em fábricas, e desde os oito anos em minas de carvão, com uma jornada de trabalho de até 16 horas por dia. “Durante a revolução industrial, desde os nove anos de idade as crianças eram alugadas às fábricas, onde eram acorrentadas para impedir a sua fuga” (SCHERER & SCHERER, 2000, p. 24).

No entanto, as péssimas condições de trabalho, altas jornadas de trabalho e atividades de alto risco, tornaram-se uma experiência frustrante para os trabalhadores. A baixa remuneração exigia a inserção de toda a sua família, incluindo mulheres e crianças, no trabalho para a garantia da sobrevivência.

“Foi com a Revolução Industrial que o tema passou a ganhar maior

importância em função da evidente degradação física que estava ocorrendo na infância, que alarmava, até mesmo, os mais conservadores.” Além das condições desumanas e degradantes, eram comuns acidentes de trabalho e problemas sérios de saúde gerados pela alimentação deficiente, o cansaço, a insalubridade e o esforço exagerado que era exigido dos trabalhadores nas fábricas (CUSTÓDIO, 1999, p. 4).

A ausência de alternativas provocava uma relação de completa dependência dos trabalhadores num regime que poderia ser comparado a escravidão. Era comum um grande número de crianças trabalharem em todas as atividades das indústrias, sozinhas ou junto com suas famílias. Sobre o período ressalta Marx (1988, p.875-876):

[...] milhares de braços tornaram-se de súbito necessários. [...] Procuravam-se principalmente pelos pequenos e ágeis. [...] Muitos, milhares desses pequenos seres infelizes, de sete a treze ou quatorze anos foram despachados para o norte. O costume era o mestre (o ladrão de crianças), vesti-los, alimentá-los e alojá-los na casa de aprendizes junto a fábrica. Foram designados supervisores para lhes vigiar o trabalho. Era interesse destes feitores de escravos fazerem as crianças trabalhar o máximo possível, pois sua remuneração era proporcional à quantidade de trabalho que deles podiam extrair. [...] Os lucros dos fabricantes eram enormes, mais isso apenas aguçava-lhes a voracidade lupina. Começou então a prática do trabalho noturno, revezando, sem solução de continuidade, a turma do dia pelo da noite o grupo diurno ia se estender nas camas ainda quentes que o grupo noturno ainda acabara de deixar, e vice e versa. Todo mundo diz em Lancashire, que as camas nunca esfriam.

A exploração capitalista do trabalho de crianças representa uma mão de obra muito barata, disciplinada. Muitas fábricas obtinham grandes lucros em razão da utilização deste tipo de trabalho, não havendo uma preocupação com os prejuízos provocados na saúde e desenvolvimento das crianças sob o pretexto de “ajuda” (CUSTÓDIO, 1999).

Na realidade, o trabalho de crianças, ainda presente na atualidade, funciona como uma forma de manter a condição de desigualdade social uma vez que a criança que trabalha geralmente não consegue estudar e, por isso, não tem chances de ocuparem os melhores trabalhos na fase adulta, reproduzindo, assim, sua condição de pobreza e exclusão.

As consequências desta realidade foram tornando-se visíveis e no final do século XIX, passou-se a denunciar a exploração do trabalho de crianças, na Inglaterra. Os altos índices de mortalidade infantil, doenças e prejuízos ao

desenvolvimento físico e mental de um grande contingente de crianças, que não tinham mais condições de sequer reproduzir a força de trabalho (CUSTÓDIO, 1999).

Como resultado deste processo surge, ainda no século XIX, as primeiras leis que proíbem o trabalho de crianças estabelecendo limites de idade mínima para o trabalho. Em 1919 é criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), com a atribuição de estabelecer garantias mínimas ao trabalhador e, também, evitar a exploração do trabalho de crianças (SOUZA, 2014, *on line*).

Em uma revisão de literatura sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes, percebe-se que a situação destes era bem pior, chegando a serem tratadas como animais, sem nenhum órgão que as protegesse ou nenhuma lei que as tratasse. Como sujeitos de direitos eram submetidos apenas às “leis dos pais”, sem interferência do Estado ou da sociedade.

A preocupação com o abuso infantil começou nos Estados Unidos em 1874, com o caso da Mary Ellen Wilson, abandonada pela mãe. Com a morte do pai na guerra civil, ficou sob os cuidados da madrasta e do marido, que a maltratavam fisicamente e a negligenciavam. Como não havia, na época, nenhuma entidade que defendesse os direitos das crianças, Mary Ellen foi protegida pela Sociedade Norte Americana para Prevenir a Crueldade contra os Animais, com base no pressuposto que como criança, fazia parte do reino animal (BARRY; COLLINS 1999 apud PIRES; MIYAZAKI, 2005).

O primeiro estudo realizado pelo professor Ambriose Tardieu (1860) na França, onde foram analisadas as mortes de 18 crianças com idades inferiores há cinco anos cujas lesões e morte eram incompatíveis com as explicações fornecidas pelos pais, tentou trazer à tona o fenômeno violência doméstica, mas não teve repercussão científica devido ao momento sociopolítico vigente, foi o primeiro a usar o termo “criança espancada” (GUERRA, 2001).

O grande avanço em relação à violência contra crianças e adolescentes ocorreu a partir de 1961 quando Henry Kempe descreveu a síndrome da criança espancada reconhecida pela Academia Americana de Pediatria. Para Kempe, esta síndrome ocorria em crianças de baixa idade, com graves ferimentos em épocas diversas, e explicações discordantes ou inadequadas fornecidas pelos pais, sendo o diagnóstico baseados em aspectos clínicos-radiológicos (MINAYO, 2001).

Nas décadas de 60 e 70, surgiram vários movimentos sociais como os movimentos feministas, dos estudantes de Direitos Civis, antibelicistas, que fomentaram questões sobre a santidade da privacidade familiar, a posição privilegiada do homem enquanto chefe da família e a importância da família permanecer unida a qualquer preço, isso contribuiu para a aceitação dos estudos já iniciados com Tardieu (GUERRA, 2001).

Após os anos 60, a área da saúde começou a se preocupar com a violência contra crianças e adolescentes, sobretudo, a Pediatria que no Brasil passou a tratá-la como problema de saúde. Em 1973 foi descrito, por um dos professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, o primeiro caso de espancamento de uma criança em literatura nacional. Em 1975, um radiologista pediátrico, Dr. Arnaldo Amoedo, descreveu mais cinco casos (GUERRA,2001).

Essas descrições científicas e a atribuição à Medicina quanto à classificação dos casos suspeitos de maus-tratos adiantaram o processo de elaboração de políticas públicas e leis voltadas para a proteção da criança e a introdução do Estado e da sociedade nesta corresponsabilidade.

Nos séculos XX e XXI, os debates assíduos sobre a aplicação do ECA – 1990 e os altos índices de violência registrados levando as causas externas à primeira causa de óbitos na infância e adolescência, tem levado a inúmeros debates e reflexões sobre as causas das violências sofridas e praticadas por crianças e adolescentes.

Após a conquista de leis que afirmem os direitos humanos, que garantem os direitos de crianças e adolescentes enfrentou-se uma diminuição da responsabilização do Estado, ao assumir uma postura que valoriza e prioriza as relações econômicas internacionais restringindo às políticas sociais básicas como educação e saúde, favorecendo a iniciativa privada.

Segundo Dagnino (2005, p.47-48):

De outro lado, com a eleição de Collor em 1989 e como parte da estratégia do Estado para a implementação do ajuste neoliberal, há a emergência de um projeto de Estado mínimo que se isenta progressivamente de seu papel de garantidor de direitos, através do encolhimento de suas responsabilidades sociais e sua transferência para a sociedade civil. Este projeto constitui o núcleo duro do bem conhecido processo global de adequação das sociedades ao modelo neoliberal produzido pelo Consenso

de Washington. Meu argumento é então que a última década é marcada por uma confluência perversa entre esses dois projetos. A perversidade estaria colocada, desde logo, no fato de que, apontando para direções opostas e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva.

Para Sen (1984, p.510) “o objetivo mais abrangente da economia é a promoção do ‘desenvolvimento humano’ visto como um processo de emancipação de necessidades [...]”

Segundo o igualitarismo de Sen (1984), uma sociedade humanamente desenvolvida é uma sociedade em que todos tenham igual liberdade para escolher seus objetivos e finalidades particulares (as coisas que valorizam por alguma razão) e nessa busca enfrentam o mínimo de obstáculo a realizar de suas potencialidades.

Apesar das leis em vigor, muitas crianças e adolescentes não tem tido acesso a esta liberdade e visão emancipatória.

Segundo Cruz Neto e Moreira (1999, p.66-67):

O Estado capitalista, que tem como característica fundante e distintiva (e portanto estrutural) o modo de produção baseado na utilização da propriedade privada para obtenção do lucro, ainda valoriza sobremaneira um único aspecto da complexa subjetividade do ser humano: o de consumidor. A dimensão da cidadania é atrofiada, já que todos os desejos e aspirações individuais, bem como os direitos sociais, podem ser adquiridos comercialmente, desde que se disponha de capital suficiente.

Uma grande parcela das crianças e adolescentes tem sido inserida na sociedade como pequenos consumidores , a globalização tem trazido portanto diversas formas de inclusão , na classe pobre essa faixa etária vem sido utilizada como mercadorias ou exploradas sexualmente também.

### **4.3 História das políticas públicas para a infância e adolescência no Brasil**

Para conhecer a infância no Brasil faz-se imprescindível conhecer como se construiu a história da criança neste país, que também possui imensas desigualdades regionais. Antes de discutir sobre as múltiplas concepções de violências que estas sofrem na infância contemporânea brasileira, voltemos nossa atenção à história da criança no Brasil.

A história da infância no Brasil não pode ser comparada, por exemplo, com a

infância da França, contada por Ariés (1981). No Brasil Colonial a infância surge baseada na matança dos filhos dos indígenas e na escravidão, nos genocídios, nos sequestros, estupros.

Del Priore (1991) em sua “História da criança no Brasil” avalia cartas, documentos e resgata a história da criança brasileira, para ela esse resgate é dar de cara com um passado que se intui, mas que se prefere ignorar, cheio de anônimas tragédias que atravessaram a vida de milhares de meninos e meninas. O abandono de bebês, a venda de crianças escravas que eram separadas de seus pais, a vida em instituições que no melhor dos casos significavam mera sobrevivência, as violências cotidianas que não excluem os abusos sexuais, as doenças, queimaduras e fraturas que sofriam no trabalho escravo ou operário foram situações que empurraram por mais de três séculos a história da infância no Brasil (DEL PRIORE, 1991).

Pinheiro,(2006), também consegue captar as principais formas de representações sociais da criança e do adolescente no Brasil, sistematizando-as em objeto de caridade, de proteção, de repressão e punição e , atualmente , por lei como sujeitos de direitos.

Para ela, a história de crianças e adolescentes no Brasil tem sua vida social marcada pela desigualdade, exclusão e dominação. Tais marcas acompanham a história do Brasil, atravessando a Colônia, Império e República, conservando ainda hoje a visão da diferença pela desigualdade. Assim, afirma a pesquisadora, “a desigualdade social assume, entre nós, múltiplas expressões, quer se refiram à distribuição de terra, de renda, do conhecimento, do saber e, mesmo, ao exercício da própria cidadania” (PINHEIRO, 2006, p. 30).

Ramos (2006, p.19) relata que a história da colonização do Brasil tem um percurso que geralmente fica nas entrelinhas e quase nunca relata o real acontecido com as crianças portuguesas que adentravam nas embarcações rumo à terra de Santa Cruz. A rota marítima oferecia muitos perigos a toda tripulação. O caminho é de trágicos acontecimentos, envolto de péssimas condições de sobrevivência e permeada por abusos de todos os âmbitos e “em qualquer condição, eram os ‘miúdos’ que mais sofriam com o difícil dia-a-dia em alto mar [...]”.

Os grumetes, como eram chamadas as crianças, tinham expectativa de vida muito baixa, até por volta de 14 anos. As crianças eram consideradas um pouco mais

do que os animais e que acreditavam ser necessário usar logo toda sua força de trabalho, antes que sua curta vida chegasse ao fim. O recrutamento para servir a bordo se dava de maneira mais violenta. Duas maneiras causam espanto na sociedade atual. A primeira é quando os próprios pais alistavam seus filhos em busca de aumentar a renda da família, tendo uma boca a menos para alimentar, mesmo sabendo que quase certamente seu filho não retornaria. O outro método de recrutamento acontecia com uso da força física, com “o rapto de crianças judias arrancadas à força de seus pais” (RAMOS, 2006, p. 20).

Durante o povoamento das terras brasileiras, as crianças passam a ser objeto de caridade e as crianças indígenas são alvo da catequização, correção e disciplina a partir do trabalho dos primeiros Jesuítas.

Os primeiros relatos sobre a criança brasileira datam do século XVI, com a chegada dos Jesuítas ao Brasil. Os índios protegiam seus filhos e não os castigavam, o que não os impedia, entretanto, de serem cruéis com filhos dos inimigos, que engordavam, matavam e comiam. Os Jesuítas introduziram os castigos e ameaças no Brasil Colonial, sendo atribuída ao Padre Luis da Grã, em 1553, a frase: “sem castigo não se fará vida” (GUERRA, 2001, p.231).

Na época da colonização devido à necessidade de mão de obra, além da tentativa de domesticar os índios, foi necessário utilizar a mão de obra escrava, vinda da África. Por volta do século XVII, com a permanência dos negros escravizados no Brasil, surge outra infância, a dos filhos dos escravos. Crianças que recebiam tratamentos diferenciados, mas deviam obediência aos seus senhores. Alguns conviviam por vezes com o filho do dono, em suas cozinhas como seus servos ou como seus brinquedos, ou seja, não passavam de objetos do seu dono (GUERRA, 2001).

Logo que a criança deixa o berço, escreve Koster, que soube observar com tanta argúcia a vida de família nas casas-grandes coloniais,

dão –lhe um escravo do seu sexo e de sua idade, pouco mais ou menos, por camarada, ou antes, para seus brinquedos. Crescem juntos e o escravo torna-se objeto sobre o qual o menino exerce os seus caprichos ; empregam-no em tudo e além disso incorre sempre em censura e em punição [...]. Enfim a ridícula ternura dos pais anima o insuportável nepotismo dos filhos. (FREYRE, 2004, p. 336).

No início do século XX, na década de 30, ascensão do “menorismo”<sup>31</sup>, momento em que a criança vira objeto de tutela do Estado, sobre o qual se deve desenvolver políticas de proteção.

Segundo Pinheiro (2006, p.70):

Até o início do século XX, o termo “menor” era utilizado, no Brasil, no plano jurídico, para fazer referência a quem não havia atingido a maioridade. É com a formulação de uma legislação específica para os menores de idade, o Código de Menores de 1927, que a nomenclatura “menor” é institucionalizada, consagrando-se como uma classificação com forte teor discriminatório. Refere-se, basicamente, a infância e a adolescência pobres, enquadrando os seus integrantes em uma das seguintes subcategorias: carente, abandonado ou infrator. “Menor” é, portanto um conceito institucionalizado a partir de uma lei, o Código de Menores, e que instituiu exclusões e práticas, por meio da criação de instituições e da formulação de políticas públicas.

A luta em prol da convocação da Assembleia Nacional Constituinte tem seus marcos iniciais em 1977. No cenário da redemocratização, momentos de luta a campanha das Diretas Já, que teve grande mobilização popular contra o regime ditatorial, em 1989 o país realizou a primeira eleição direta para Presidência da República, após o golpe de 1964.

No que concerne aos movimentos voltados especificamente para a infância, Santos (1996, p.143) localiza o seu surgimento “no final da década de 1970 e início dos anos de 1980.” Tais movimentos, denunciavam a situação da infância pobre no Brasil – caracterizada como desumana, bárbara e violenta – e criticavam a omissão e ineficácia das políticas sociais e leis para responder as demandas da chamada, à época, “questão do menor”.

O início da década de 70 ainda configura o vigor do regime de exceção a que estava submetida à Nação, desde o golpe militar de 1964. A partir dos meados dos anos 1970, contudo, começa a se delinear, no País, um novo momento político, caracterizado pela luta em prol da redemocratização, pela formulação de um modelo de democracia participativa e pela

---

<sup>31</sup> No Brasil moderno surgiu um termo que conceitua bem a criança desvalida: menor. Este termo foi inicialmente utilizado para designar uma faixa etária associada, pelo Código de Menores de 1927, às crianças pobres, passando a ter, posteriormente, uma conotação valorativa negativa. Metaforicamente, menores passaram a ser todos aqueles aos quais a sociedade atribuía um significado social negativo. Menores eram aquelas crianças e adolescentes pobres, pertencentes às famílias com uma estrutura diferente da convencional (patriarcal, com pai e mãe presentes, com pais trabalhadores, com uma boa estrutura financeira e emocional, dentre outros). Aquelas crianças caracterizaram-se como “menores” em situação de risco social, passíveis de tornarem-se marginais e, como marginais, colocarem em risco a si mesmas e à sociedade. Deste modo, tornou-se uma norma social atender à infância abandonada, pobre e desvalida, mas a partir de um olhar de superioridade, na tentativa de salvamento ou de “adestramento”.

conquista e institucionalização de novos direitos. (PINHEIRO, 2006, p.110).

No período da República, não podemos deixar de ressaltar a imensa crueldade a que foram submetidas crianças e suas famílias no período de ditadura militar até o momento que surgem novos atores sociais, movimentos articulados, que culminaram na nova Constituição Federal “Cidadã” de 1988.

Utilizando as quatro representações sociais sistematizadas mais recorrentes da criança e do adolescente por Pinheiro (2001) em sua Tese de Doutorado, pode-se compreender as expressões e os significados sobre a criança e o adolescente para a sociedade brasileira, ou pelo para a maioria dela através de atos, expressões, gestos e atitudes captados em sua construção teórica.

Para Pinheiro (2006, p.52):

A concepção da criança e do adolescente como objetos de proteção social refere-se, principalmente a criança pequena, nos seus primeiros anos de vida. Destaca valores que forjam essa representação social, entre os quais destaca: o amor ao próximo, a compaixão, a caridade e a benemerência.

Pode-se observar que a trajetória de cuidados com as crianças não foi de proteção integral nem de sujeito de direitos, mas de isolacionismo, isolando os enjeitados, os bastardos, os “perigosos” a sociedade. No século XVIII, há registros do tratamento dado a crianças abandonadas na cidade de São Paulo, como os filhos de mães solteiras, viúvas ou extremamente pobres, que eram chamados “expostos”.

Segundo Leme (2002, p.124 ):

Em 1824 foi instalada na cidade a Roda da Santa Casa, idealizada em Portugal, que tinha como objetivo evitar que as crianças fossem devoradas pelos cães, quando abandonadas. A Roda era um cilindro oco de madeira que girava em torno do próprio eixo e tinha uma abertura, onde eram colocadas as crianças. A mãe que desejava abandonar o filho batia na madeira e girava, avisando ao porteiro da Santa Casa que, do lado de dentro, recolhia o abandonado. A Roda funcionou até 1948 e estatísticas indicam que, entre 1903 e 1932, a mortalidade destas crianças situava-se entre 16,7 a 33,1%.

**Figura 1 - Simulação: roda com bebê abandonado.**



Fonte: Disponível em: <<http://www.capemisasocial.org.br/capemisasocial/Paginas/AinfanziaPobreeEstigmatizadaNaRodaDosExpostos.aspx>> Acesso em: 20 jan. 2014.

As crianças e adolescentes “perigosos” são aqueles que se encontra fora das instituições de controle, fora da família, fora da escola e para estes são direcionadas as políticas de “recuperação” do Estado.

Segundo Costa (1999, p. 131):

A abolição do regime escravocrata e o início da fase republicana combinam-se com o ápice da ação dos médicos higienistas, que contribuem fundamentalmente para instituir a concepção da criança como um investimento do Estado, que em consonância com a sua condição de nova Nação, adotava uma política de expansão populacional.

Essa política se fazia frontalmente em oposição aos altos índices de mortalidade infantil que o Brasil detinha até então.

Uma conjugação se fez forte, pela ação dos higienistas, e que servia aos objetivos da República que nascia: “A ideia de criar filhos para a Nação a conjugação do amor a família e o amor ao Estado” (PINHEIRO, 2006, p. 56).

Em verdade tratava-se da defesa do Estado, por meio da criança e do adolescente, concretizada, basicamente, na escolarização e na profissionalização, que

se preservam, fortemente, aos interesses dos pais, aos quais as crianças e os adolescentes deveriam se fazer submissos, contribuindo para o desenvolvimento nacional, para forjar um povo, um Estado (PINHEIRO, 2006).

Segundo Pinheiro (2006, p.57):

[...] A família até então praticamente a única responsável pela educação e a proteção da criança e do adolescente, parece passar a dividir ônus e bônus com o Estado: eles não se prestam, a partir daí, tão somente para defender os interesses de sua família e dela receberem todos os benefícios, mas passam, ao mesmo tempo, a dever servir aos interesses do Estado, servi-lo, ajudar na formação do País.

A representação da criança e do adolescente como objetos de controle e disciplinamento social encontra, ainda hoje, vasta gama de práticas sociais, por meio de instituições de formação profissional, criadas a partir da década de 40, entidades como Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial Industrial (SENAI), e Serviço Social do Comércio (SESC), vinculadas a instituições patronais, incluem ações voltadas para a profissionalização de adolescentes que deverão ser preparados para se tornar profissionais disciplinados, ocupantes futuros de lugares de subordinação (PINHEIRO, 2006).

Submissão aos interesses do Estado; fortalecimento do povo brasileiro; preparação de mão de obra para servir aos ditames do desenvolvimento do Estado, de preferência sem causar-lhe problema, cumprindo o seu papel de servir ao Estado, sem subverter a ordem estabelecida. Com ditames, uma exigência se impunha: disciplinar e controlar as crianças e adolescentes – em especial os pertencentes às classes subalternas – para que se tornassem úteis á Nação, como mão de obra adequada ás tarefas próprias a um país desenvolvido, com uma historia social recente de mão de obra escrava, de economia sujeita aos ditames do país colonizador; uma mão de obra agora não mais escrava, mas que pudesse se fazer submissa e que ocupasse as funções subalternas no processo de modernização ao qual o País começava a aderir (PINHEIRO, 2006, p 57).

Ao defenderem um modelo punitivo e a necessidade de maior vigilância, os programas direcionam o problema da criminalidade aos indivíduos, família e não ao Estado, a culpabilidade individual, mascara a omissão do Estado e a inoperância das políticas públicas relacionadas à problemática.

A pesquisa assume no seu conceito de violência não como avesso da paz, mas como o avesso da cidadania, meio pelo qual se resolveriam conflitos evitando os desfechos com atos de violência. A corrupção e a impunidade têm sido fatos corriqueiros em nossa sociedade que mudam as formas de reação às violências.

Sabe-se que em outros países como no Japão e os Estados Unidos da América (EUA) já existem ações em relação a essa problemática. No Brasil as crianças ainda são esquecidas no carro pelo pai ou mãe, em um dia estressante de trabalho, em vários locais do país e os fatores e as circunstâncias são tidos apenas como fatalidades, não como um evento prevenível e evitável como preconiza o Ministério da Saúde.

A título exemplificativos destaca-se as experiências pioneiras da Suécia, que desde 1979 adotou a chamada “*anti-spanking law*”, proibindo a punição corporal ou qualquer outro tratamento humilhante em face de crianças. A decisão da Comissão Europeia de Direitos Humanos de que a punição corporal de crianças constitui violação aos direitos humanos; a Lei da Família e da Juventude (*Family Law and the Youth and Welfare Act*), aprovada na Áustria em 1989, com o fim de evitar que fosse a punição corporal usada como instrumento de educação de crianças; a Lei sobre Custódia e Cuidados dos Pais (*Parental Custody and Care Act*), aprovada na Dinamarca em 1997, a Lei de Pais e Filhos (*Parent and Child Act*), adotada na Noruega em 1987; a Lei da Proteção dos Direitos da Criança (*Protection of the Rights of the Child Law*), adotada na Letônia em 1998; as alterações no artigo 1.631 do Código Civil, aprovadas na Alemanha em 2000; a decisão da Suprema Corte de Israel, de 2000, que sustentou ser inadmissível a punição corporal de crianças, por seus pais ou responsáveis; a lei adotada em Chipre em 2000 (*Law which provides for the prevention of Violence in the Family and Protection of Victims*), voltada à prevenção da violência no núcleo familiar e da Islândia (2003) (MOREIRA; TREVIZANI, 2012).

Além destas experiências, acrescenta-se que países como a Itália, Canadá, Reino Unido, México e Nova Zelândia têm se orientado na mesma direção, no sentido de prevenir e proibir o uso da punição corporal de crianças, sob a alegação de propósitos educativos, particularmente mediante relevantes precedentes judiciais e reformas legislativas em curso. Cite-se, ainda, decisão proferida pela Corte Europeia de Direitos Humanos, em face do Reino Unido, considerando ilegal a punição corporal de crianças (MOREIRA; TREVIZANI, 2012).

Todos os anos, os Legislativos estaduais dos Estados Unidos debatem se a punição corporal é uma forma arcaica de violência contra a criança ou o adolescente, ou um meio eficaz de disciplina. Isso, porque ainda existem 20 estados norte-

americanos que utilizam a palmatória (um artefato, na maioria das vezes, feito em madeira, com uma haste e uma chapa na ponta) para punir estudantes indisciplinados. Punições violentas em estudantes, como o uso da palmatória, é uma prática recorrente em estados norte-americanos.

**Figura 2 – Palmatória.**



Fonte: Disponível em: <<http://guiadoestudante.abril.com.br/vestibular-enem/palmatoria-ainda-usada-como-punicao-corporal-20-estados-norte-americanos-624001.shtml>> Acesso em: 08 jan. 2014.

#### **4.4 As múltiplas concepções de violências e seus impactos sobre a saúde das crianças e adolescentes**

A violência pode ser simultaneamente a negação de valores considerados universais: a liberdade, a igualdade, a vida. Como em todo assunto polêmico e contraditório, vários estudiosos tem tentado construir conceitos sobre a violência. O que se percebe é que não se chegou a um conceito único e muito menos a um consenso sobre suas causas. Pode-se compreender que a violência é um fenômeno plural e tem sido analisado sob diversos ângulos por várias ciências.

A temática da violência foi considerada por autores clássicos como Marx, Hegel e Nietzsche que reduziram a violência a barbárie, como tendo papel fundamental na conquista de territórios. Marx e Engels percebem um aspecto positivo da violência, segundo eles só há transformações na sociedade com violência.

As concepções marxistas mostram a relação entre violência e a luta de classes. Marx (1985 apud SILVA, 2014, *on line*) comenta sobre a visão de sobre a violência.

Portanto, pode-se notar que para Marx, a violência desempenha um papel primordial na história, podendo ser um instrumento por meio do qual se efetiva uma nova dinâmica social. Conforme célebre passagem do capítulo citado: “A violência é a parteira de toda velha sociedade que está prenhe de uma nova. Ela mesma é uma potência econômica”.

A violência é considerada um instrumento para resolver ou ocasionar uma transformação radical, mais rápida sendo importante entender que o conflito é diferente de violência. O conflito sempre vai existir, fator importante e esperado nas relações humanas onde existem obviamente opiniões diversas.

Como a violência sempre existiu desde as mais remotas épocas, ela parece ligada ao nosso cotidiano, próprio do ser humano, tornando-se culturalmente aceita em algumas sociedades. A violência física fazia parte do homem na Idade Média associada a grandes conquistas de territórios e atos punitivos como: esquartejamentos, mãos decepadas, morte na fogueira, mortes na guilhotina, estupro.

Segundo Foucault (2011), no fim do século XVIII e começo do século XIX, a festa da punição vai acabando. As cenas de mortes assistidas em público foram sendo substituídas pelo sistema prisional.

Foucault (2011, p.16) discorre que:

Segundo essa penalidade, o corpo é colocado num sistema de coação e de privação, de obrigações e interdições. O sofrimento físico, a dor do corpo não são mais os elementos constitutivos da pena. O castigo passou de uma arte das sensações insuportáveis a uma economia dos direitos suspensos... Por efeito dessa nova retenção, um exército inteiro de técnicos veio substituir o carrasco, anatomista imediato do sofrimento: os guardas, os médicos, os capelães, os psiquiatras, os psicólogos, os educadores; por sua simples presença ao lado do condenado, eles cantam a justiça o louvor de que ela precisa: eles lhe garantem que o corpo e a dor não são os objetos últimos de sua ação punitiva.

Foucault (2011) forneceu o marco da sociedade disciplinar, tecnologias de poder e dos micropoderes, de lutas sociais específicas, o dispositivo poder-saber. Os conceitos de governamentalidade e de biopolítica nos ajudaram a compreender o direito a vida como constitutivo das lutas sociais contemporâneas.

Nos fala sobre a sociedade do “espetáculo” , até serem criadas as prisões e a violência passar a ser uma questão de polícia e segurança. Há conceitos ainda que associam a violência ao poder quando em excesso de poder ou a ausência dele a violência se expressa. Arendt (2003) mostra a violência como algo oposto ao poder, pois será a desintegração do poder que possibilitaria o surgimento da violência.

Santos (2002) define a violência como um dispositivo de poder, composto por diversas linhas de realização, que realiza uma relação específica com outro

utilizando para isso, a força e a coerção, produzindo-se assim um prejuízo social.

Autores que relacionam a violência no sentido de opressão, injustiças, aniquilamento do outro e sugerem que somente os dominados e explorados sofrem violências. Algumas visões adotam uma posição maniqueísta da violência, que ajudam a explicar o uso abusivo da força sobre o outro, mas há também visões do ato violento como algo ligado ao poder.

Chauí (1985) acredita na violência não como violação e transgressão, mas como a conversão de uma diferença hierárquica com fins de dominação e opressão, que ocorrem juntamente com passividade e o silêncio dos sujeitos a autora incorpora tanto a dimensão física quanto psíquica do indivíduo.

Para Zaluar (2004) a adesão às práticas de violência pode ser uma busca de reconhecimento e de imposição social pelo medo, processo que torna a relação entre a pobreza e violência questionável, na medida em que o medo, em face da violência potencial e efetiva, está presente em todas as classes sociais.

Está superado o fato de a pobreza ser associada à causa da violência, porém há que se admitir que a pobreza aumenta a vulnerabilidade para violências.

Algumas definições parecidas com a violência, como o não reconhecimento do outro, a anulação ou a cisão do outro (PAIXÃO, 1991; ADORNO, 1993; 1995; ZALUAR, 1994; OLIVEIRA, 1995; TAVARES DOS SANTOS et al., 1998) a violência como a negação da dignidade humana (BRABT, 1989; CALDEIRA, 1991; KOWARICK; ANT, 1981); a violência como a ausência de compaixão (ZALUAR, 1994); a violência como a palavra empoderada ou o excesso de poder (TAVARES DOS SANTOS, et al., 1998).

Dada a impossibilidade de um conceito unificar toda a complexidade do problema, é sua dinamicidade que vai estimulando os estudos e a ousadia de arriscar um conceito que capte todos os sentidos que a violência pode adquirir.

Quando Durkheim (2007, p.40) analisa, considera o crime um “Fato Social Normal”. Para o autor “O crime não se observa só na maior parte das sociedades desta ou daquela espécie, mas em todas as sociedades de todos os tipos. Não há nenhuma em que não haja criminalidade.” Todo crime é um ato violento, diz Durkheim quando analisa que faz parte do funcionamento da sociedade, mas não podemos reduzir violência ao crime.

A violência doméstica tema de nosso estudo, apresenta uma relação com a violência estrutural (violência entre classes sociais, inerente ao modo de produção das sociedades desiguais). No entanto, tem outros determinantes que não apenas os estruturais. “É um tipo de violência que permeia todas as classes sociais como violência de natureza interpessoal” (GUERRA, 2011, p 31). Segundo o autor:

[...] A violência doméstica contra criança e adolescentes representa 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, uma transgressão do poder /dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (GUERRA, 2011, p 33).

Segundo o Relatório Mundial da OMS (2002) categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações espiritualizadas de comportamento vigentes: violências dirigida da pessoa contra si mesma (autoinfligida), violência interpessoal<sup>32</sup> e violência coletiva<sup>33</sup> (KRUG et al., 2002).

Segundo Guerra (2001) existem quatro tipos de violência doméstica reconhecidos: violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência .

Segundo Azevedo e Guerra (2007, p.33) a violência sexual se configura como

todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoal.

<sup>32</sup> Violências interpessoais – classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário. Por violência intrafamiliar entende-se a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra mulher ou o homem e contra os idosos em âmbito doméstico. Considera-se que a violência intrafamiliar é, em geral, uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando numa família se detecta um tipo de abuso, com frequência, ali existe uma inter-relação que expressa várias formas de violência. A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Consideram-se suas várias expressões, como violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e, inclusive, a violência institucional que acontece, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (KRUG, 2002).

<sup>33</sup> Violências coletivas – por violências coletivas entendem-se os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Nessa categoria, do ponto de vista social, incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões. No campo político, a violência coletiva se expressa nas guerras e nos processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. A classificação de violência coletiva contempla também ataques econômicos entre grupos e nações, geralmente motivados por intenções e interesses de dominação (KRUG, 2002).

A violência psicológica também designada como tortura psicológica ocorre quando um adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de autoaceitação, causando-lhe grande sofrimento mental. Ameaças de abandono também podem tornar a criança medrosa e ansiosa, representando formas de sofrimento psicológico (AZEVEDO; GUERRA, 2007).

A negligência representa uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se quando os pais (ou 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.

A violência física cuja conceituação é mais difícil, pela literatura moderna sobre a questão, no final dos anos 1980, vem enfatizando com veemência que “toda ação que causa dor física numa criança, desde um simples tapa até o espancamento fatal, representam um só continuum de violência” (NEWELL, 1989 apud GUERRA, 2001, p 37).

Minayo (2006, p 83) também classifica e aborda as principais manifestações da violência que atinge as crianças e adolescentes brasileiros e as classifica como: “violências estrutural, intrafamiliar, institucional e delinquencial.”

Violência estrutural é “aquela que incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulneráveis suas possibilidades de crescimento e desenvolvimento.” A expressão mais significativa disto é o fato de crianças e adolescentes se encontrarem em situação de pobreza (MINAYO, 2001, p.92).

Quanto às consequências das violências em crianças e adolescentes estas podem ser orgânicas: sequelas provenientes de lesões abdominais, oculares, de fraturas de membros inferiores e superiores, do crânio, de queimaduras, que poderão causar invalidez permanente ou temporária; a morte para a vítimas, conhecida como violência falta muitas vezes bastante subestimada em função das dificuldades de se detectar as reais causas da morte (GUERRA, 2001).

Relativo a sequelas psicológicas, neste sentido, os traços mais facilmente identificados conforme Costa (2006, p.48) define, são: “sentimentos de raiva, de medo quanto ao agressor; quadros de dificuldades escolares; dificuldade quanto a confiar nos outros; autoritarismo; delinquência; violência doméstica; parricídio/

matricídio.”

Segundo Braun (2002, p.21):

Os sentimentos gerados pela dor decorrente da violência física de adultos contra crianças são na maioria das vezes reprimidos, esquecidos, negados, mas eles nunca desaparecem. Tudo permanece gravado no mais íntimo do ser e os efeitos da punição permeiam nossas vidas, nossas vidas, nossos pensamentos, nossa cultura.

Por estarem em crescimento e desenvolvimento de sua personalidade as consequências das múltiplas formas de violências podem trazer danos temporários e até irreversíveis.

Associa-se as causas das violências, com questão da pobreza e da desigualdade, porém a violência doméstica perpassa por todas as classes sociais, claro que esses aspectos contribuem para fragilização da situação.

O nível de pobreza da infância e adolescência no País ainda é elevado, embora tenha melhorado nos últimos dez anos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com a pesquisa, a maioria das crianças e adolescentes (quatro em cada dez brasileiros - 40%) vive na miséria. São meninas e meninos de até 14 anos (UNICEF, 2011, p. 26).

Depois das crianças, o segundo grupo etário com maior percentual de pessoas vivendo em famílias pobres são os adolescentes. O número de adolescentes brasileiros de 12 a 17 anos de idade que vivem em famílias com renda inferior a ½ salário mínimo per capita é 7,9 milhões. Isso significa dizer que 38% dos adolescentes brasileiros estão em condição de pobreza. Praticamente um a cada três adolescentes brasileiros pertence ao quintil mais pobre da população brasileira (ou seja, os 20% mais pobres do País): 28,9% dos garotos e garotas entre 15 e 17 anos estão nesse grupo de renda (UNICEF, 2011, p. 26).

Para algumas famílias, a saída tem sido explorar a mão de obra dos filhos e expô-los aos riscos, além de privá-los do direito a brincar, a estudar, necessários ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002) existiam 3,4 milhões de crianças e adolescentes de 10 a 17 anos trabalhando em 2010, 530 mil a menos do que em 2000. Segundo o Instituto, os

trabalhadores infantis nesta faixa pesquisada de 10 a 17 anos representavam 3,9% das 86,4 milhões de pessoas ocupadas no mercado de trabalho com 10 anos ou mais de idade em 2010.

As pesquisas sobre violência intrafamiliar, tem mostrado que, geralmente a violência é uma forma de comunicação e de relação interpessoal. Quando numa casa se observam maus-tratos e abusos contra algum de seus moradores, e quase certo que todos acabam sofrendo agressões, embora com diferenciações hierárquicas (BRASIL, 2002).

Uma das dificuldades da denúncia da violência doméstica é o vínculo do agressor com a vítima, este talvez seja o fator que mais está a favor do agressor, pois o adulto é para a criança e o adolescente a referência de proteção.

As causas externas têm causado altas taxas de óbito desde a década de 90. É neste diagnóstico que se enquadram as violências e acidentes que tem exigido novos arranjos de políticas públicas e econômicas devido aos altos custos hospitalares com internações e pessoas que ficam inválidas, ou improdutivas em uma sociedade capitalista gerando um prejuízo a mais em um país “em desenvolvimento”.

Enquanto algumas crianças e adolescentes tem sua infância preservada e acesso a seus direitos básicos, navegam na *Internet*, em jogos de vídeo games, outros são exterminados na periferia das cidades sem acesso aos mínimos direitos humanos fundamentais para a sobrevivência. Sobre essas “infâncias”, Frota (2007, p. 150) comenta:

Nem todas as crianças, contudo, podem viver no país da infância. Existem aquelas que, nascidas e criadas nos cinturões de miséria que rodeiam as grandes cidades, descobrem muito cedo que seu chão é o asfalto hostil, onde são caçadas pelos automóveis e onde se iniciam na rotina da criminalidade. Para estas crianças, a infância é um lugar mítico, que podem apenas imaginar, quando olham as vitrinas das lojas de brinquedos, quando vêem TV ou quando olham passar, nos carros dos pais, garotos da classe média.

Enquanto existem adolescentes excluídos da sociedade, sem qualificação, sem oportunidade profissional, o tráfico de drogas está com as portas abertas nas periferias das cidades, para agregar mais “soldados de frente” para o combate nas

lutas armadas do narcotráfico. Crianças e adolescentes<sup>34</sup> preparados para a guerra, sem medo de matar ou morrer.

Segundo Wailselfisz (2012, p.12):

As taxas de violência contra crianças e adolescentes cresceram 346% entre os anos de 1980 e 2010, vitimizado 176.044 crianças e adolescentes nos trinta anos entre 1981 e 2010. Só em 2010 foram 8.686 crianças assassinadas: 24 a cada dia desse ano.

Essa grande vulnerabilidade se verifica, não só pelo preocupante 4º lugar que o país ostenta em taxas de homicídios contra crianças e adolescentes, no contexto de 99 países do mundo, mas também pelo incremento desse índice nas últimas décadas.

Ainda de acordo com Wailselfisz (2012, p.15):

Dentre os 99 países com dados recentes nas bases estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil, com uma taxa de 13,0 homicídios para cada 100 mil crianças e adolescentes, ocupa a 4ª posição internacional, só superada por El Salvador, Venezuela e Tobago. Se na faixa de 0 a 4 anos de idade, o Brasil ocupa a 23ª posição, sobe para a 13ª na faixa de 5 a 9 anos de idade. Já dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos o Brasil passa para a 4ª posição, revelando a gravidade de seus índices.

Com relação às políticas públicas de saúde voltadas a crianças, a queda da mortalidade infantil é fato comemorado frequentemente. No setor saúde conseguimos reduzir as mortes em crianças menores de um ano. Se em 1989 a taxa era de 52 crianças mortas antes de completarem um ano por mil nascidas vidas, 11 anos depois essa taxa caiu a 28,3. Em 2012 a taxa de mortalidade infantil foi de 13 por mil nascidos vivos, segundo o IBGE (BRASIL, 2004).

No entanto, a população geral tem como terceira causa de morte as causas externas e as crianças e adolescentes as tem como primeira causa. As crianças, por sua imaturidade, curiosidade, geralmente associada aos acidentes e os adolescentes pelo uso de drogas, acidentes de trânsito e outras situações. Enquanto na infância é no espaço doméstico que são gerados os agravos, na adolescência é no espaço extradomiciliar (MARTINS; JORGE, 2013).

Quanto a violência doméstica os dados serão sempre incertos, pois muitos

---

<sup>34</sup> Segundo o Censo Demográfico de 2010 (IBGE), crianças e adolescentes na faixa de 0 a 18 anos constituem um contingente de 59,6 milhões de pessoas. Representam 31,3% da população do país. Pela definição da lei são 35,7 milhões crianças de 0 a 11 anos, 18,7%. E 24 milhões de adolescentes na faixa de 12 a 18 anos de idade, 12,6% da população total.

casos são silenciados e podem manter-se assim por décadas, causando adoecimento com repercussões em toda a família. Os dados são suficientemente assustadores. É urgente a necessidade de estudos aprofundados sobre o tema, pois apesar de todo o avanço das políticas públicas voltadas a infância e adolescência, há que fazer cessar a constante violação dos direitos das crianças e dos adolescentes silenciados.

Os dados no setor saúde são padronizados e enfatizam os danos ou as lesões existentes por vezes não relacionados ao contexto socioeconômico e cultural. A classificação das violências utilizada no instrumento de notificação dos casos suspeitos em todos os serviços de saúde do país é padronizada e não há um instrumento que consiga abranger os diversos atendimentos dos profissionais da Rede. (FICHA EM ANEXO).

Para o setor saúde, a violência física ocorre quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas (exemplo: hemorragia, fraturas), externas (exemplo: cortes, hematomas, feridas) ou ambas. Mais recentemente, o castigo repetido, não-severo, também passou a ser considerado violência física. Essa violência pode causar consequências físicas ou psicológicas, deixar ou não marcas visíveis, dependendo da gravidade pode causar adoecimento, danos temporários, permanentes e até mesmo a morte (BRASIL, 2002).

As classificações utilizadas não associam os tipos de violências com a violação de direitos reduzem as violências aos tipos de danos causados ou possíveis danos.

A violência psicológica pode ser considerada toda ação ou omissão que cause dano à autoestima, a identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui ameaças, humilhações, agressões verbais, agressão moral, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, constrangimentos, assédio, críticas pelo desempenho sexual, manter alguém em cárcere privado, provocar o isolamento de amigos e familiares ou impedir o acesso a seu próprio dinheiro (a violência financeira) (BRASIL, 2002).

A violência psicológica pode ser interpretada por Bourdieu (2012) por violência simbólica, mais difícil de ser identificada, apesar de ocorrer com mais frequência que a física, podendo inclusive causar danos físicos, as doenças

psicossomáticas<sup>35</sup>.

Muitas vezes as sequelas psicológicas são mais graves que seus efeitos físicos, com a destruição da autoestima, expondo a um risco maior de transtornos mentais, como depressão, fobias, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool ou drogas.

Segundo Day et al. (2003, p.17):

As crianças que presenciam a violência conjugal enfrentam risco mais elevado de apresentarem ansiedade, depressão, baixo rendimento escolar, baixa autoestima, pesadelos, conduta agressiva e maior probabilidade de sofrerem abusos físicos, sexuais ou emocionais.

A negligência pode ser considerada a omissão da responsabilidade de um ou mais membros da família em relação ao outro, sobretudo com aqueles que precisam de ajuda, puérperas, acidentados, pessoas com deficiência, ou doenças graves, raras, idosos, crianças e adolescentes. É negligência: deixar vacinas em atraso, negar assistência médica, abandonar tratamentos médicos, perder documentos obrigatórios, negar o acesso à escola. É também considerado negligência ver alguém sofrendo violência e não buscar ajuda imediata. A negligência pode causar atraso e prejuízos no desenvolvimento pessoal ou profissional; ou mesmo graves problemas de saúde (BRASIL, 2002).

Está bem estabelecido que os efeitos da violência doméstica contra criança e adolescente podem durar a vida inteira e diminuir significativamente as chances de uma criança ter um desenvolvimento integral e saudável. Embora se enfatize que o problema atinge os quatro cantos da Terra de forma epidêmica, é relevante que se ressalte que a pobreza, de uma forma geral, aumenta a incidência de doença mental e a possibilidade de ocorrência de conduta violenta contra crianças. “Aumenta em 22 vezes o risco de maus-tratos, 56 vezes, o de negligência educacional e 60 vezes, o risco de morte por abuso e/ou negligência” (DAY et al., 2003, p. 14).

A negligência pode ser considerada um abandono parcial, falta de cuidados, de atenção de proteção, ausência temporária dos pais, expondo os filhos ou dependentes

---

<sup>35</sup> Doenças psicossomáticas: Presença de alterações clínicas detectáveis por exames de laboratório, ou seja, o corpo da pessoa apresenta danos físicos. É uma doença orgânica, mas com causa psicológica. Em situações de forte estresse emocional o corpo reage como que “informando” que algo não está bem.

a situações de risco. O abandono pode ser definido como uma forma grave de negligência que denuncia uma ausência de um vínculo adequado dos responsáveis com seu filho (BRASIL, 2002).

A ênfase dada aos sinais e sintomas são específicos e próprios da saúde, o que não deve impedir de analisar as violações de direitos que estão envolvidas nas situações, parece não haver ainda uma cultura de direitos da criança e do adolescente, ainda prevalecendo a questão dos pais que decidem tudo sobre a vida dos filhos muitas vezes sem a participação destes. Quando se trata de crianças e adolescentes há algumas especificidades que se deve estar atento, como por exemplo:

A síndrome de Munchausen por procuração ocorre quando os pais ou responsáveis, na maioria das vezes a mãe, provocam ou simulam na criança, geralmente com idade inferior a seis anos, sinais e sintomas de varias doenças, com falsificação de exames laboratoriais, administração de medicamentos ou substâncias que causam sonolência ou convulsões, com estas simulações, a criança é submetida a sofrimento físico (ex: coleta de exames desnecessários, uso forçado de medicamentos) e psicológicos (inúmeras consultas, internações desnecessárias). A doença é persistente, com sintomas raros, sempre as mesmas sempre trazidos pelo mesmo responsável, que solicita a realização de vários exames complementares (PIRES; MIYAZAKI, 2005, p.45).

Outra forma de violência frequentemente praticada pelos pais que pode não deixar marcas visíveis é a síndrome do bebê sacudido, em que os agressores geralmente são os pais biológicos que se irritam com o choro da criança, habitualmente com idade inferior a um ano, na maioria das vezes menos de seis meses. Envolve sacudir ou chacoalhar fortemente a criança, principalmente no sentido antero-posterior, podendo provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, causar atraso do desenvolvimento neuro-psicomotor até a morte (CARDOSO et al., 2003).

A violência sexual tem um misto de violência física e psicológica, pode ocorrer no ambiente familiar, ou em outros espaços, em diferentes tipos de relacionamentos, no ambiente de trabalho, casa de amigos ou na rua. É toda ação na qual a pessoa, em situação de poder, obriga outra a realização de práticas sexuais, contra sua vontade, por meio de força física, da influência psicológica (intimidação, aliciamento, sedução) ou do uso de armas ou drogas. Inclui diversas situações como: práticas sexuais entre adultos e crianças; práticas sexuais entre adultos e menores de 14 anos- mesmo que esses tenham consentimento na realização do ato sexual. Esta situação é considerada violência presumida, pois até esta idade não há maturidade

para a tomada de decisões desta natureza; impedir o uso de métodos anticoncepcionais, por parte do companheiro, obrigando a mulher a engravidar contra a vontade ou pelos pais, na tentativa de reprimir a sexualidade dos filhos adolescentes; negar-se a usar preservativo, expondo o parceiro a doenças sexualmente transmissíveis; sexo forçado no casamento; forçar o parceiro a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas; estupro; assédio sexual (BRASIL, 2002).

Uma das complicações mais graves para as meninas, adolescentes e mulheres é a gravidez resultante do estupro<sup>36</sup>. No abuso sexual existem geralmente outros tipos de violência associados à ameaça, à violência física e psicológica.

O crescimento expressivo das violências desde a década de 80 tem repercutido e exigido uma nova forma de organização dos sistemas e serviços de saúde. Através de estudos iniciais pode-se dizer que os impactos podem ser percebidos tanto nos custos indiretos (o ônus ligado à economia do país ou mesmo a economia daquela família deixou de produzir por causa da incapacidade temporária ou permanente) e diretos (gastos com atendimento prestado na emergência, ambulatório e reabilitação) (LIMA, 2006).

O setor saúde não é capaz de reduzir a violência, mas é capaz de acionar a rede. Segundo a OPAS (1993, p.1):

O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e de assistência social.

O desafio está dado a várias especificidades do campo da saúde, da questão da garantia de direitos, da promoção da saúde, da assistência, mas há um campo de ação que é comum e se trata da proteção e da garantia dos direitos.

Segundo Gomes et al. (2002, p.45):

Um dos pontos de partida para que tais limites sejam superados são as

---

<sup>36</sup> O estupro é um dos casos em que a mulher tem direito a interrupção da gravidez. O artigo 128 do Código Penal Brasileiro diz: “Não se pune aborto praticado por médico: I .se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II. Se a gravidez resulta em estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal” (BRASIL, 1984).

articulações entre as diversas perspectivas disciplinares e entre diferentes ações institucionais para que se possa atuar frente à complexidade dos casos de violências que chegam aos serviços.

Tomar as famílias como o foco de atuação para apoio e proteção tem sido a tônica de diversos programas nacionais e internacionais. Alguns destacam a importância de projetos voltados à capacitação para a criação de filhos a exemplo da experiência protagonizada pelas Varas da Infância e Juventude, outros ressaltam o quanto é válido estabelecer programas de visitação domiciliar e serviços intensivos de proteção.

Os programas de visitação domiciliar são apontados pela literatura como os mais promissores para prevenir a violência, inclusive a violência cometida por jovens e a perpetrada contra eles e contra crianças por pais e cuidadores. Através de ações que apoiem a família para a resolução pacífica de conflitos, ajuda a desenvolver recursos emocionais para lidar com crises e apoiar as mais vulneráveis. A principal diretriz nessa intervenção seria promover o empoderamento dos grupos familiares, incentivando uma forma de exercício do poder responsável e afetivo, aumentando a capacidade de reestruturar limites, tarefas consensuais dos membros da família, reforçando as habilidades de comunicação.

O problema do atual modelo assistencial é que ainda está no processo de trabalho centrado na medicação e na assistência médica que acaba operando centralmente na produção do cuidado e da cura. Assim, faz-se necessária uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção da saúde.

Assim, definir e estudar a ocorrência dos maus-tratos ou violência contra crianças e adolescentes pode auxiliar na obtenção de maiores dados sobre o problema, favorecendo o treinamento adequado de profissionais, o manejo e a prevenção. A violência contra a crianças e adolescentes é um grave problema mundial, que atinge e prejudica esta população durante importante período de desenvolvimento. Apesar dos diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes terem características comuns, é importante defini-los adequadamente, uma vez que estas definições têm implicações práticas para a prevenção e manejo do problema.

## 5. QUEM SÃO AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS?

### *Paz*

*Será que a paz morreu?  
Será que a paz tá morta?  
Será que não ouvimos quando a paz bateu na porta?  
A paz que não tem vaga na porta da escola,  
a paz vendendo bala,  
a paz pedindo esmola,  
a paz cheirando cola,  
virando a adolescência,  
atrás de uma pistola,  
virando violência.  
Será que a paz existe?  
Será que a paz é triste?  
Será que a paz se cansa da mia e desiste?  
A paz que não tem vez, a paz que não trabalha  
A paz fazendo bico, ganhando uma migalha,  
no fio da navalha,  
dormindo no jornal  
atrás de uma metralha virando marginal.*

(Gabriel o Pensador)

### 5.1 Análise das notificações de violências contra crianças e adolescentes: Fortaleza e na SER V

Os serviços de saúde do município registraram 258 notificações, enquanto que as regionais que mais notificaram foram a SER VI e SER V respectivamente. Os registros apresentados são referentes aos atendimentos de crianças e adolescentes<sup>37</sup> realizados no período de janeiro de 2008 a julho 2013. Estes atendimentos foram realizados em diferentes níveis nas unidades de atenção primária, secundária e terciária da saúde.

O elevado número de subnotificações foi ressaltado pelas profissionais, levanta uma discussão: os profissionais notificam mais ou realmente essas regiões têm mais casos? Há de se considerar que a SER V e a SER VI são as regionais mais populosas de Fortaleza, apresentando o maior número de notificações. Contudo, se levarmos em consideração a população de cada área<sup>38</sup>, deve ser ressaltado que a

<sup>37</sup> A faixa etária que o sistema utiliza é a preconizada pela OMS, de 0 a 19 anos.

<sup>38</sup> Fonte: IBGE Censo de 2010: População da SER I – 363.912 hab.; SER II – 363.406; SER III – 360.551; SER IV 281.645; SER V – 541.511; e SER VI – 541.160. Disponível em:

subnotificação é alta em todas as regionais.

**Tabela 2-Distribuição dos casos notificados de violências doméstica e/ou sexual e outras violências por Regional em Fortaleza, no período de 2008 a 2013.**

REGIONAL	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
SER I	1	4	5	4	2	0	16	6,2
SER II	2	5	0	2	30	10	49	19,0
SER III	0	8	4	3	3	3	21	8,1
SER IV	1	1	1	0	2	5	10	3,9
SER V	9	10	14	8	14	21	76	29,5
SER VI	10	16	14	04	27	07	78	30,2
SEM ORIGEM	-	-	-	-	-	-	8*	3.1
TOTAL	23	44	38	21	78	46	258	100

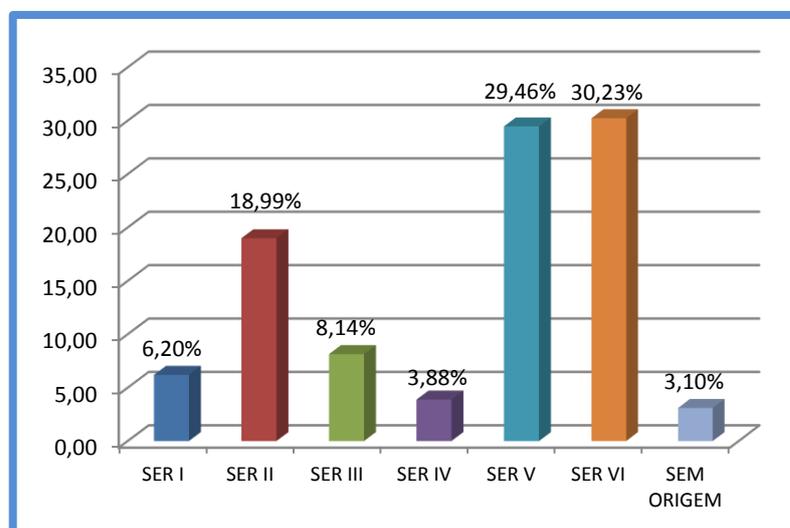
Fonte: Célula de Vigilância Epidemiológica CEVEPI/SMS, agosto de 2013\*\*

Legenda:

\*Casos sem origem identificada/ano.

\*\* Dados sujeitos à revisão.

**Gráfico 1 - Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e/ou sexual e outras violências por Regional em Fortaleza, no período de 2008 a 2013.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Tabela 3 - Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, por unidade de notificação, de Fortaleza e da SER V, em 2008-2013.**

FORTALEZA								
UN	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
UAPS	4	4	1	1	6	3	19	7,4
UPA	12	19	15	13	33	12	104	40,3
Hosp	3	1	0	2	12	1	19	7,4
Outros	0	0	0	0	2	0	2	0,7
I/B*	5	20	23	5	30	31	114	44,2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>83</b>	<b>47</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

SER V								
UN	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
UAPS	1	4	4	-	-	2	11	12,1
UPA	-	-	-	-	9	19	28	30,8
HD**	-	16	14	15	2	4	51	56,0
CAPS	1	-	-	-	-	-	1	1,1
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

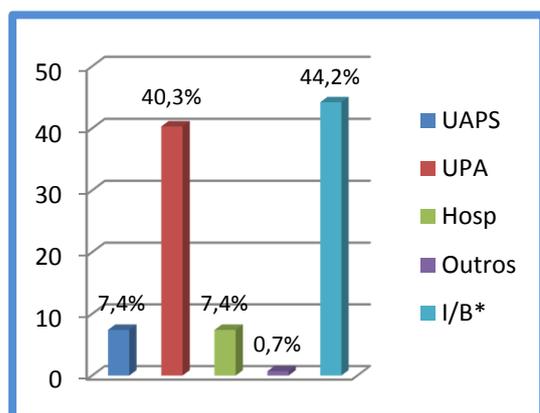
Fonte: Célula de Vigilância Epidemiológica CEVEPI/SMS; SINAN NET/ Célula de Vigilância Epidemiológica SER V agosto de 2013.

Legenda:

\*Ignorados/Branco

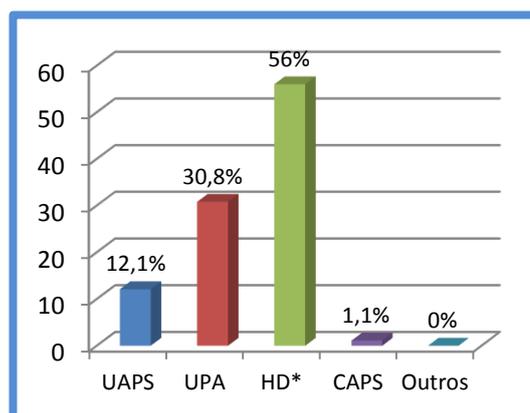
\*\*Hospitais Distritais

**Gráfico 2 - Porcentagem dos casos notificados em Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 3 – Porcentagem dos casos notificados na SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Dentre as Unidades notificadoras do município a maioria foi ignorada com 44,2% , seguida das UPAS . Na SR V os hospitais foram as unidades que mais notificam. Um dos supostos motivos pode ser a manutenção do anonimato, a não identificação do local de notificação ou ainda uma falha técnica de não

preenchimento completo dos dados da ficha.

Os dados da Tabela 3 apresentam as 258 notificações registradas em hospitais públicos municipais e estaduais da rede secundária, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e pelo Centro de Referência e Assistência à Mulher Vítima de Violência do Município de Fortaleza e as 91 notificações das unidades de saúde da SER V (ANEXO D).

A ausência de registros de casos atendidos nos hospitais particulares pode demonstrar um grande desafio para a política, além de sugerir a diferença de operacionalização da política nas unidades públicas e privadas no atendimento aos casos suspeitos de violências, dado que necessita de investigação posterior.

Segundo Assis *et al.* (2012, p. 2316):

Outro aspecto importante na discussão do processo de notificação diz respeito aos entraves ao ato de notificar, entre os quais estão: o desconhecimento pelos profissionais do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), do fluxo de notificação e dos instrumentos necessários utilizados para este procedimento; a resistência ao preenchimento de mais um instrumento com número grande de questões; a falta de preparo técnico e emocional do profissional para a identificação da violência, das situações de risco e dos sinais de alerta; o medo de represália por parte da família, do agressor e/ou da comunidade; a falta de retaguarda adequada da rede de proteção, especialmente no que diz respeito ao Conselho Tutelar; o isolamento do profissional de saúde, que se vê diante de um caso complexo, sem ter com quem dividir, sem saber como proceder nem para onde referir [...].

A Rede de Atenção Primária à Saúde Pública de Fortaleza conta com 92 Unidades de Saúde, conhecidas como Centros de Saúde da Família(CSF), que passaram a ser chamadas de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), pela nova gestão municipal, a partir de janeiro de 2013, e são consideradas a porta de entrada do sistema de saúde.

As Unidades que registraram mais casos foram as UAPS Benedito Artur de Carvalho (SER II) com 5 casos, a Waldemar Alcântara (SER III ) que registrou 3 casos, Meton de Alencar (SER III) 3 casos, Professor Monteiro de Moraes (SER VI) com 3 casos, Lineu Jucá (SER I) com 3 casos.

Outras unidades que apresentaram registros foram as UAPS Argeu Herbster (SER V) com 2 casos, a João Elísio (SER V) com 2 casos, a Dom Lustosa (SER V) com 2 casos, João Hipólito (SER VI) com 2 casos e Pedro Sampaio (SER VI).

Dentre os hospitais que atendem crianças e adolescentes, destacam-se o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) (rede estadual) com 64 casos, o Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição (SER V), registrando 28 casos, ambos tem Comissões de Prevenção aos maus-tratos em funcionamento.

Para Assis et al. (2012, p.2316):

[...] O contexto político e institucional e os padrões adotados para a efetiva operacionalização da notificação nos diferentes níveis de atenção são outros aspectos que influenciam o processo de notificação. Pouco apoio da gestão, hesitação em notificar casos suspeitos, descrença nos mecanismos sociais de proteção à criança, receio de envolvimento em processos jurídicos e má compreensão de que sejam as orientações éticas profissionais quanto ao sigilo também constituem-se barreiras para a notificação pelo profissional de saúde.

As unidades de atendimento secundário como o Centro de Assistência à Criança (CAC) situado no bairro da Parangaba, que atende exclusivamente à população infanto-juvenil e tem Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, teve o registro de 3 casos no período. A UPA do bairro Canindezinho, em seu atendimento de emergência notificou 22 casos, essa unidade foi inaugurada em junho de 2012.

Alguns hospitais da rede terciária, como o Instituto Dr. José Frota (IJF), conhecido como Frotão e o Hospital Albert Sabin não apresentam registros de notificações, ambos tem Comissão de Prevenção aos Maus-Trato sem funcionamento. Todavia, observamos que há dificuldade nos registros das notificações e, caso existam, não aparecem no sistema de notificações, que segundo informações da CEVEPI, o sistema foi instalado em todos os hospitais. Há que se conhecer todas as dificuldades envolvidas no processo.

O Hospital da Mulher, recém-inaugurado, em agosto de 2011, com projetos conquistados pelas mulheres, elaborados pelos movimentos feministas do Ceará, com referência para mulheres em situação de violência, registrou apenas dois casos no período estudado.

O Centro de Atenção Psicossocial(CAPS), considerado um local de assistência psicossocial para as vítimas de violências registrou apenas 1 caso. O CAPS infantil, curiosamente, também não apresenta registro de casos, ou por não alimentar o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), ou por terem entraves quanto à notificação.

A SER V conta com 20 Unidades de Atenção Primária, dois CAPS (Geral e Álcool e outras Drogas) e dois hospitais em sua área de abrangência. Contudo, dentre os 96 casos notificados pelos profissionais nas Unidades de Saúde na SER V, grande parte, 30 casos, foi notificada no Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, da rede pública municipal.

Neste contexto, sabe-se que a atenção primária é a porta de entrada de todos os níveis de atenção à saúde e atua na prevenção e na promoção à saúde. Apesar disso, praticamente, não existem medidas preventivas utilizadas nos serviços de atenção primária em Fortaleza. Tal fato pode ser comprovado em estudo feito sobre estas ações no município, conforme exposto a seguir.

Segundo Pordeus et al. (2003, p.1203):

[...] concluímos que o setor público de saúde de Fortaleza não adota como política o desenvolvimento de ações de prevenção relacionadas a acidentes e violências em crianças e adolescentes. Necessitando assim, incorporar em sua agenda tais ações, promovendo também a intersetorialidade e somando esforços para que o conhecimento até agora adquirido sobre a prevenção destes agravos se transforme em realidade.

Neste itinerário, a UPA do Canindezinho aparece em segundo lugar com 28 notificações. Este local de pronto atendimento está em funcionamento há apenas 2 anos na SER V, sendo mantido pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

Dentre as 20 UAPS, somente 9 notificaram casos. O CAPS Geral, local de referência para atendimento de casos de violências, não registrou casos. Na SER V, não há CAPS infantil, por este motivo a demanda de crianças e adolescentes que necessitam de atendimento psicossocial é encaminhada ao CAPS infantil localizado na SER IV.

Apesar da SER V ter a maior população do município, concentrando maior população infanto-juvenil. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), onde são tratados os dependentes químicos, registrou apenas 01 caso (ANEXO E).

**Tabela 4 - Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, por sexo, em Fortaleza e na SER V, no período 2008-2013\*.**

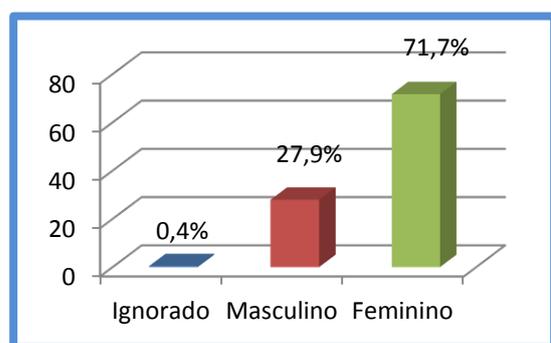
FORTALEZA								
SEXO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Ignorado	-	1	-	-	-	-	1	0,4
Masculino	2	12	7	6	30	15	72	27,9
Feminino	22	31	32	15	53	32	185	71,7
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>83</b>	<b>47</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

SER V								
SEXO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Ignorado	-	-	-	-	-	1	1	1,0
Masculino	1	3	3	4	7	9	27	28,0
Feminino	6	16	16	11	8	11	68	71,0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

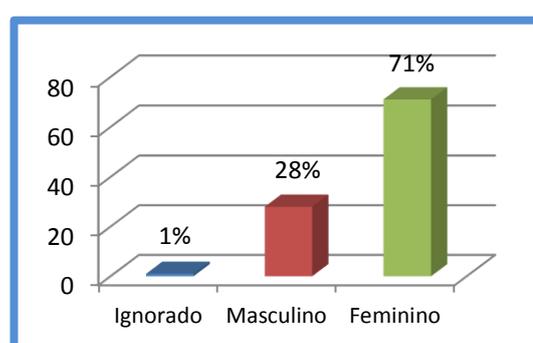
Fonte: CEVEPI/SMS Fortaleza; SINAN NET/ Célula de Vigilância Epidemiológica SER V, agosto de 2013.

**Gráfico 4 - Porcentagem dos casos notificados por sexo – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 5 - Porcentagem dos casos notificados por sexo - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Na tabela 4 e nos Gráficos 4 e 5 podemos observar que a quantidade de crianças e adolescentes do sexo feminino, com 185 (71,7%) atendimentos é maior que o dobro do sexo masculino com 72 (27,9%) atendimentos, e 1 caso ignorado/branco (0,38%). Os pais ou responsáveis parecem buscar mais os serviços de saúde por questões relacionadas às violências contra meninas. A violência contra meninos é mais silenciada no município como no resto do país. Em alguns Estados,

os casos são equiparados.

Na SER V, encontramos situação similar a do município de Fortaleza, onde o predomínio do sexo feminino, com 68 registros ou 70,8% dos casos e 27 registros ou 28,12% do sexo masculino e um (1) registro ou 1,04% ignorado.

Apesar dos dados epidemiológicos no país e no Nordeste apontarem para taxas de óbitos por violências acometerem, em sua maioria, jovens do sexo masculino, a maior parte dos atendimentos nos serviços de saúde são registrados com o sexo feminino, podendo significar que o sexo feminino tem um número menor de óbitos, mas fica mais tempo exposto à violência e tem maior procura aos serviços de saúde.

Um dado importante a investigar seria a reincidência, ou seja, quantas vezes a mesma criança ou adolescente do sexo feminino foi atendida por questões relacionadas às violências, isso pode estar elevando o número de notificações em relação ao sexo feminino.

Vemos que a nível nacional a faixa de maior índice de atendimentos é de longe a de menos de 1 ano de idade, com 118,9 atendimentos por 100 mil crianças de menos de 1 ano. Em segundo lugar a faixa de 15 a 19 anos de idade, com 84,6 atendimentos para cada 100 mil adolescentes (WAILSELFISZ, 2012).

No país, segundo o SINAN, no ano de 2011 foram registrados mais de 39 mil atendimentos na faixa de 1 a 19 anos de idade, o que representa 40% do total de mais de 98 mil atendimentos computados pelo sistema naquele ano.

Desta forma, verifica-se em todas as faixas etárias o predomínio do atendimento por violências ao sexo feminino evidenciando uma cultura machista, além de “adultocêntrica”. Portanto, acontece, de forma preponderante, na residência das vítimas, sobressaindo-se a violência familiar pela imposição da força e do autoritarismo, da intolerância.

Com relação aos tipos de violência a que foram submetidas às vítimas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), viu-se que: prevalece a violência física, que concentra 40,5% do total de atendimentos de crianças e adolescentes, principalmente na faixa de 15 a 19 anos de idade, onde representam 59,6% do total de atendimentos realizados em essa faixa etária (WAILSELFISZ, 2012).

Esses dois tipos de maior incidência devem ser objeto de maior

aprofundamento analítico. O fato de procurar atendimento significa tornar pública a agressão sofrida, acarretando violação dos seus direitos. Sabe-se que inúmeros casos, mesmo os que chegam até o serviço de saúde, não são notificados ou denunciados, podendo ficar, inclusive, sem a assistência à saúde necessária.

Uma das metas do milênio é promover a igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres. Sabe-se que o preconceito<sup>39</sup> e a discriminação contra a mulher se torna um problema de inclusão ou exclusão da sociedade, por exemplo, isto se expressa mesmo quando sendo maioria o tratamento é desigual, embora com as mesmas funções no trabalho, as mulheres têm os salários inferiores.

Segundo o UNICEF (2014, p.34):

Apesar de maior escolarização das mulheres, o acesso ao mercado de trabalho é ainda desigual com relação ao gênero e a raça. Os homens tem o dobro do acesso ao mercado de trabalho, se comparado as mulheres. Entre as mulheres negras, o acesso ao mercado formal é duas vezes menor que entre os homens brancos.

A questão de gênero é mais um agravante no caso de crianças e adolescentes com alguma outra vulnerabilidade como os portadores de deficiências. As crianças e adolescentes com deficiência correm mais risco de serem pobres que os seus pares. Crianças que vivem na pobreza tem uma dificuldade maior de frequentar a escola ou centros de saúde.

O gênero também é um fator crucial. Meninas tem menor probabilidade que meninos de receber cuidados e alimentação e maior probabilidade de ser excluídas das interações e atividades familiares. Meninas e mulheres jovens que têm deficiência são “duplamente prejudicadas”. Enfrentam não só o preconceito e as iniquidades que afetam muitas pessoas com deficiência, mas sofrem também as restrições impostas por papéis e barreiras tradicionais associadas ao gênero. “Em comparação com meninos com deficiência e meninas sem deficiência, meninas com deficiência têm menor probabilidade de receber educação e capacitação profissional ou de conseguir emprego” (UNICEF, 2013 p 1).

---

<sup>11</sup> Chauí (1996/1997, p.117) vai definir o preconceito como uma ideia anterior a formação de um conceito. “O preconceito é a ideia preconcebida, anterior, portanto, ao trabalho de concepção ou conceitualização pelo sentimento.”

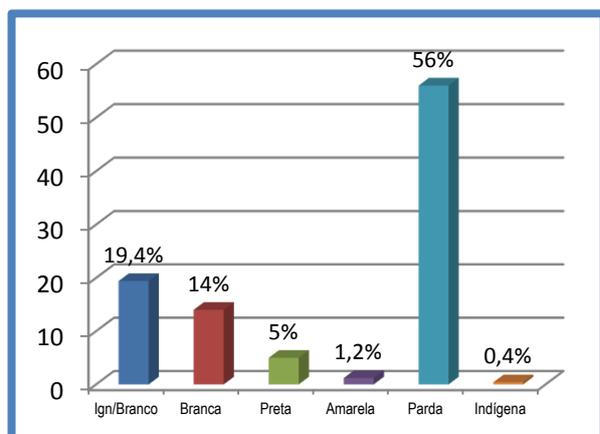
**Tabela 5 – Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes por raça, em Fortaleza e na SER V, 2008-2013.**

FORTALEZA								
RAÇA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
Ign/Branco	2	6	7	1	17	17	50	19,4
Branca	7	8	8	1	14	9	38	14,0
Preta	4	1	2	1	2	3	13	5,0
Amarela	-	-	-	1	1	1	3	1,2
Parda	10	29	22	17	49	17	144	56,0
Indígena	1	-	-	-	-	-	1	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>83</b>	<b>47</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

SER V								
RAÇA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
Ign/Branco	-	-	-	-	-	-	-	-
Branca	4	4	4	2	5	8	27	28,1
Preta	-	-	1	-	1	4	6	6,3
Amarela	1	-	-	-	1	2	4	4,2
Parda	2	15	14	13	8	7	59	61,4
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>RAÇA</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

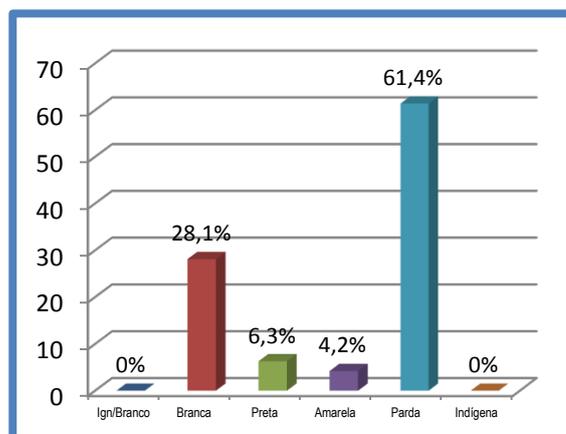
Fonte: CEVEPI/SMS, Fortaleza; SINAN NET/ Célula de Vigilância Epidemiológica SER V, agosto de 2013.

**Gráfico 6 - Porcentagem dos casos notificados por raça – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 7 - Porcentagem dos casos notificados por raça - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Com relação ao item raça, deduz-se que os profissionais não vêm dando a devida importância ao preenchimento deste dado. Ao analisar a Tabela 5, tem-se o preenchimento de ignorado/branco, com 50 (19,4%) dos casos, um grande número em relação ao total de casos. Nesses termos, a maioria dos casos de violência doméstica e/ou sexual e outras violências teve a raça predominantemente negra (pardos + negros), com 144 (56%) e 13 (5%) respectivamente, somando 157 (61%), 38 (14%) de brancos, 3 (1,2%) de amarelos e 1 (0,4%) indígena, em um total de 258 crianças e adolescentes atendidas.

Ao analisarmos estes mesmos dados com foco no aspecto cor da pele, encontra-se outra enorme desigualdade entre crianças brancas e negras, maior ainda se compararmos com indígenas. Apesar da significativa redução de mortalidade infantil, os avanços apontados escondem iniquidades regionais por raça e etnia.

Segundo a UNICEF (2014, p.120), sobre as desigualdades raciais e de gênero entre crianças, adolescentes e mulheres no Brasil:

A cada mil crianças brancas que nasceram no ano 2000, 28,5 morreram, número que sobe para 44 entre as negras. Na Região Norte, onde a população é predominantemente indígena e negra, a probabilidade de morte nessa faixa etária é 1,5 vezes maior que no Sul, onde a maior parte da população é branca.

A trajetória da política por vezes contribui para manter a desigualdade já instituída em regiões e classe sociais do país. Segundo Carneiro (2014, *on line*):

As disparidades nos Índices de Desenvolvimento Humano encontrados para brancos e negros indicam que o segmento da população brasileira autodeclarado branco apresenta em seus indicadores socioeconômicos (renda, expectativas de vida e educação) padrões de desenvolvimento compatíveis com os de países como a Bélgica; que o segmento negro da população brasileira autodeclarado negro (preto+pardos) apresenta um Índice de Desenvolvimento Humanos (IDH) inferior ao de inúmeros países em desenvolvimento como a África do Sul que, há menos de duas décadas, erradicou o regime do *apartheid*.

Assim, as metas de desenvolvimento para o milênio<sup>40</sup>, e seus propósitos tem uma relação direta com a redução das violências, para a universalização da instrução, favorecendo ao conhecimento de direitos e deveres, melhorando a socialização e a

---

<sup>40</sup> Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio (ODM), que no Brasil são chamados de 8 Jeitos de Mudar o Mundo – que devem ser atingidos por todos os países até 2015 (OBJETIVOS DO MILÊNIO, 2014, *on line*).

autoestima, porém ao nível local, a UNICEF (2014, p.145) identifica que

A proporção de crianças e adolescentes negras fora da escola é 30% maior que a média nacional e duas vezes maior que a proporção de crianças brancas que não estudam. Já entre as crianças indígenas, as chances de estar fora da escola aumentam em quatro vezes em relação as crianças brancas.

Na SER V, no que se refere à etnia, há uma predominância da raça parda e negra com 59 (61,4%) e 6 (6,3%) dos casos, respectivamente, ou 65 (67,7%) dos casos dentre as mais notificadas, além de 27 (28,1%) de brancos e 4,2% de amarelos. Não houve casos notificados de ignorado/branco e de indígenas.

Com a ausência de indígena de notificação de indígenas ,temos duas vertentes para reflexão: os indígenas podem ter uma assistência diferenciada nessas situações, ou uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Sabe-se que os indígenas ocupam predominantemente a zona rural.

Desta forma, de acordo com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI apud CEDEFES, 2014, *on line*), “no Ceará, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relativos ao Censo 2010, existem 19.336 índios, divididos em 14 etnias. Destes, 12.598 estão na área urbana e 6.738 na área rural”. Outra hipótese levantada é a de que, na zona urbana, alguns não se autodeclaram indígenas<sup>41</sup>, podendo haver outras reflexões sobre esse tema.

Segundo a UNICEF (2014, p. 156), sobre a violência contra a criança e o adolescente indígena, diz que:

Dados da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) apontam que, nas aldeias do MS, 27% das crianças índias, de até 5 anos de idade, estão desnutridas e que em 2004 a mortalidade infantil chegou a 60 por mil nascidos vivos, quase o triplo do índice verificado entre a população brasileira. Entre os xavantes está o pior índice de mortalidade infantil 133,8 óbitos de crianças menores de 1 ano por mil nascidos vivos, 5,5 vezes maior que a media nacional. Três das crianças morreram de desnutrição enquanto suas famílias acampavam ao lado da BR-163 para protestar contra terras ocupadas por posseiros.

---

<sup>41</sup> Ao preencher os dados, os profissionais de saúde são orientados de acordo com o Manual para preenchimento de fichas no item: RAÇA/COR, raça do indivíduo. Este campo é de preenchimento obrigatório. Marcar X na opção de raça/cor, campo de preenchimento obrigatório, podendo ser: Branca: pessoa que se autodeclarar branca (IBGE, 2010). Preta: pessoa que se autodeclarar preta ou negra. Parda: pessoa que se autodeclarar parda, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, morena ou mestiça. Amarela: pessoa que se autodeclarar amarela, ou seja, de origem japonesa, chinesa, coreana etc. Indígena: pessoa que se autodeclarar indígena (IBGE, 2010).

A vida dos indígenas é reconhecidamente feita de lutas pela posse de suas terras. Vivem isolados, em comunidades com hábitos distintos do que restou da sua cultura. Em algumas regiões do país, aldeias indígenas dispõem de serviços de saúde específicos<sup>42</sup>.

A situação da saúde da população infantil indígena brasileira ganhou grande repercussão nos primeiros meses de 2005, em razão de mais de uma dezena de crianças indígenas que morreram por desnutrição no Mato Grosso do Sul. “A desnutrição atinge 30 % das crianças indígenas do nascimento até os 5 anos de idade” (UNICEF, 2014, p.156).

Há situações em que se acumulam mais de uma vulnerabilidade. Nesse caso a situação é mais complexa e exige intervenções imediatas para evitar situações desastrosas como os vários óbitos que tem ocorrido com crianças indígenas.

Povos indígenas sempre conviveram com pobreza extrema, discriminação e exclusão da sociedade e dos serviços sociais. Em nossas comunidades meninas e meninos com deficiência são os mais vulneráveis e os que têm o desenvolvimento mais precário. Sua marginalização persiste apesar da oportunidade histórica de solucionar os desafios enfrentados que é oferecido por três instrumentos internacionais de direitos humanos – a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas; e a Convenção sobre os Direitos das Crianças (UNICEF, 2014, p. 72).

As crianças indígenas permanecem como sujeitos invisibilizados nas políticas públicas. Quanto a Constituição Federal, a mesma sublinha a diversidade e a multiculturalidade que nos constituem como nação, incluindo os povos tradicionais inseridos no território (PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010).

No depoimento de uma profissional indígena, com deficiência, podemos ter uma noção dos obstáculos a enfrentar:

Com uma deficiência física causada pela poliomielite, cresci em uma comunidade indígena e tenho visto que, apesar dos anos, a situação pouco

---

<sup>42</sup> A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizou as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal. Ela prevê, dentre outras coisas, o direito das populações a um atendimento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que respeite suas especificidades culturais. Desde agosto de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/saude\\_indigena.php](http://dab.saude.gov.br/saude_indigena.php)> Acesso em: 20 de dezembro de 2013.

mudou – se é que mudou. Assim como na minha infância, hoje as crianças com deficiência são excluídas e a rejeição por parte da comunidade estende-se aos pais e irmãos, porque a deficiência é considerada uma punição divina, e uma criança com deficiência é considerada uma dívida para a comunidade. Hoje, como naquela época, é extremamente difícil ter acesso a serviços e custear as despesas adicionais geradas por um familiar com deficiência. Pobreza excessiva, isolamento geográfico e marginalização política sustentam a discriminação e o preconceito, e são reforçados por eles. As consequências podem ser graves: muitas mães, com pouco ou nenhum poder para mudar a situação, permanecem silenciosas sobre nossas condições ou recorrem ao infanticídio (UNICEF, 2013, p. 72).

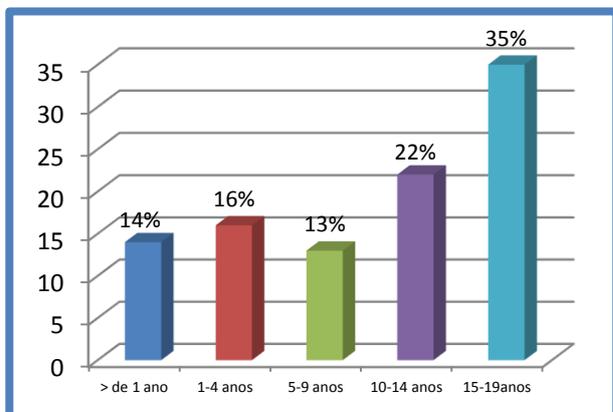
Uma das hipóteses foi exposta em reunião, para a elaboração do Plano Municipal da Primeira Infância do Município de Fortaleza, no mês de agosto de 2013, por agentes comunitários de saúde, sobre a existência de crianças e adolescentes que em suas visitas domiciliares, encontram indígenas que residem com outras famílias que não a de origem e estes não se reconhecem como indígenas para a sociedade, segundo o Agente Comunitário de Saúde (ACS), por medo da discriminação ainda presente.

**Tabela 6 – Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes por faixa etária, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.**

FORTALEZA								
FAIXA ETÁRIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
> de 1 ano	1	5	5	-	16	10	37	14,0
1-4 anos	1	11	8	2	10	8	40	16,0
5-9 anos	3	5	7	3	4	11	33	13,0
10-14 anos	8	8	10	6	18	8	58	22,0
15-19anos	11	15	9	10	35	10	90	35,0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>83</b>	<b>47</b>	<b>258</b>	<b>100,00</b>
SER V								
FAIXA ETÁRIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
> de 1 ano	1	-	1	1	3	3	9	9,3
1-4 anos	2	4	5	3	5	7	26	27,0
5-9 anos	1	2	4	3	2	5	17	17,7
10-14 anos	1	7	3	3	3	3	20	21,0
15-19anos	2	6	6	5	3	2	24	25,0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>96</b>	<b>100,00</b>

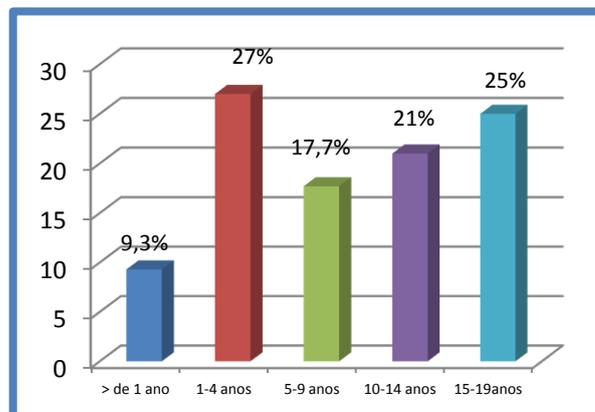
Fonte: CEVEPI/SMS Fortaleza; SINAN NET/ Célula de Vigilância Epidemiológica SER V, agosto de 2013.

**Gráfico 8 - Porcentagem de casos notificados por faixa etária – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 9 - Porcentagem dos casos notificados por faixa etária - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

No município, a faixa etária com maior número de notificações de casos de violência contra crianças e adolescentes foi aquela com indivíduos entre 15 e 19 anos, representando 35% dos casos e composta por 90 elementos. Diferentemente do município, na SER V o maior número de notificações foi identificado entre as crianças da faixa etária de 1 a 4 anos, faixa etária em que estão mais presentes os acidentes.

De acordo com a Tabela 6, crianças menores de 1 ano de idade, representaram 14% dos casos de violência notificados, somando um total de 37 indivíduos. Crianças da faixa etária de 1 a 4 anos compuseram o grupo representativo de 16% dos casos de violência notificados, somando um total de 40 indivíduos. A faixa etária de 5 a 9 anos representou 13% dos casos de violência notificados, sendo composta por 33 indivíduos. A faixa etária com crianças e adolescentes com idades entre 10 e 14 anos representou 22% dos casos de violência notificados, sendo composta por 58 indivíduos. A soma dos indivíduos vítimas de violência com idades entre 10 e 19 anos totaliza 148 indivíduos, representativos de 57% do total dos casos de violência notificados e atendidos pelos serviços de saúde do Município de Fortaleza.

Julgamos importante destacar que as crianças da faixa etária entre 1 e 4 anos ocupam o terceiro lugar entre todos os casos de violência cometidos contra crianças e adolescentes e notificados aos serviços de saúde do Município de Fortaleza, indicando alto índice de incidentes. Por outro lado, crianças com menos de 1 ano de

idade compuseram o grupo com o menor número de notificações e, por conseguinte, menor número de atendimento pelos serviços de saúde do Município de Fortaleza o que não significa dizer que são menos atingidas pela violência.

É importante lembrar que nessa idade, a fragilidade dos indivíduos é maior e que são totalmente dependentes dos pais ou responsáveis e que, quase sempre, são eles os encarregados de levar essas crianças ao atendimento. Por essa razão indagamos: São menos casos ou são os pais que não buscam atendimento para os menores de 1 ano?

Na SER V, existem 9 (9,3%) casos com menores de 1 ano, 17 (17,7%) envolvendo crianças de 5 a 9 anos. Podem-se observar elevadas taxas entre os adolescentes com 20 (21%) casos de 10 a 14 anos, 24(25%) de 5 a 19 anos, mas a faixa etária mais notificada foi a de 1 a 4 anos com 26 (27%) dos casos, diferenciando-se do município, onde predominam os casos entre adolescentes.

**Tabela 7 - Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, em estado de gestação, em Fortaleza e SER V, 2008-2013.**

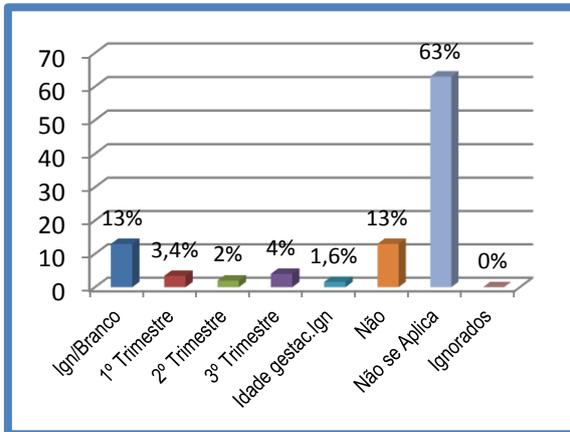
FORTALEZA								
GESTANTE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
Ign/Branco	6	6	7	3	9	2	33	13,0
1º Trimestre	2	4	0	0	2	1	9	3,4
2º Trimestre	2	1	0	0	1	1	5	2,0
3º Trimestre	1	0	2	0	8	0	11	4,0
Idade gestac.Ign	0	2	0	0	1	1	4	1,6
Não	6	8	3	2	9	5	33	13,0
Não se Aplica	7	23	27	16	53	37	163	63,0
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>83</b>	<b>47</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

SER V								
GESTANTE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
Ign/Branco	0	2	4	0	0	1	7	1,0
1º Trimestre	1	2	0	0	0	1	4	4,2
2º Trimestre	0	0	0	0	0	1	1	1,0
3º Trimestre	0	0	1	0	1	0	2	2,1
Idade gestac.Ign	0	1	0	1	1	0	3	3,1
Não	1	4	1	1	0	1	8	8,3
Não se Aplica	5	8	15	13	13	17	71	74,0
Ignorado	0	2	3	0	0	1	6	6,3
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

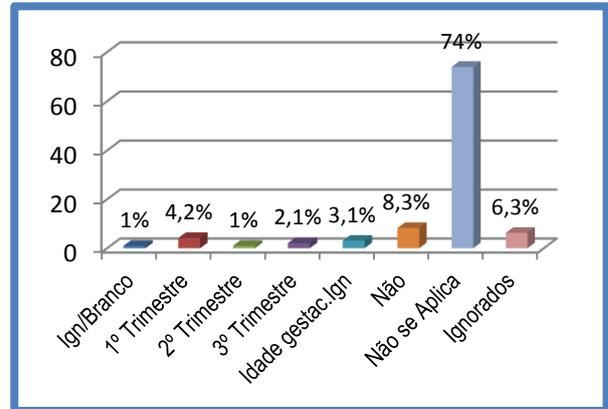
Fonte: CEVEPI/SMS Fortaleza; SINAN NET/Célula de Vigilância Epidemiológica SER V, agosto de 2013.

**Gráfico 10 – Porcentagem dos casos notificados em estado de gestação – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 11 – Porcentagem dos casos notificados em estado de gestação – SRV.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A gravidez na adolescência tem sido um dos problemas frequentes no setor saúde, compondo maior risco a gravidez e ao parto. No município tivemos 29 casos de grávidas que sofreram violência, enquanto na SRV, 10 foram notificadas. Considera-se violência fetal quando o ato violento é direcionado ao feto ainda no útero (BRASIL, 2006).

Vale destacar que “[...] estima-se que 23% do total de mulheres grávidas brasileiras sejam adolescentes, correspondendo a, aproximadamente, uma a cada quatro gestantes” (BRASIL, 2008, p.26).

De acordo com Quinlivan e Evans (2005), adolescentes expostas à violência e isoladas de uma rede de suporte emocional são mais propensas a ter a relação com o filho negativamente afetada, com a diminuição dos laços afetivos, bem como a redução do apego materno ao bebê. Além disso, crianças cujas mães foram vítimas de violência doméstica na gestação, foram duas vezes mais prováveis de serem classificadas como de temperamento difícil pela figura materna.

“Assim, dificuldades comportamentais no recém-nascido mais facilmente percebido pelas jovens violentadas podem levá-las a incapacidade de cuidar de forma adequada de seu filho, e um ciclo contínuo de abandono tende a ser precipitado” (MARANHÃO et al., 2012, p. 62).

Muitas adolescentes, mesmo realizando o pré-natal, omitem as agressões sofridas ou encaram como algo natural. Por vezes, desconhecem os seus direitos e os do seu bebê, ainda no ventre, ou são ameaçadas, vivendo submetidas ao medo.

É incontestável a dificuldade de abordar o tema sexualidade na adolescência em algumas famílias e escolas e sociedade. Por uma questão de entraves na abordagem à sexualidade na adolescência<sup>43</sup>, a adolescente continua a ser tratada como um ser sexualmente inativo, passando a “aparecer” apenas após a gravidez.

Segundo Concha-Eastmen e Malo (2006, p.5):

As crianças e jovens que assistem a violências contra a mãe, principalmente se ela estiver grávida, desenvolvem problemas e correm risco de se tornar violentas mais tarde. As crianças de mães espancadas estão sujeitas a maior risco de virem a sofrer abusos.

A assistência pré-natal pode ser considerado uma oportunidade para detectar sinais de violência, sabe-se que a cobertura de pré-natal tem melhorado, mas tem atingido de forma desigual como as outras políticas citadas.

Mais de 1,7 milhões de gestantes não fazem sete consultas pré-natais, mínimo recomendado para garantir a saúde da mulher e da criança. As mulheres negras representam quase 64% desse grupo, percentual que cai para 38,4% entre as brancas” (UNICEF, 2014, *on line*).

As crianças e adolescentes que sofrem violência sexual têm imensos riscos de contrair o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Muitas pesquisas apontam o uso baixo de preservativos pelos adolescentes. “A infecção pelo HIV continua a crescer entre mulheres e meninas. A pauperização da epidemia torna mais vulneráveis as negras, que representam 64% da população de baixa renda” (UNICEF, 2014, *on line*).

Com relação às primeiras crianças infectadas e afetadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), estigma e a discriminação relacionados ao HIV/AIDS no âmbito escolar tiveram como expressão de ambiguidade de mensagens sobre “vítimas inocentes”(ou seja, alunos soropositivos) e simultaneamente, o medo

---

<sup>43</sup> A palavra adolescência vem do latim “*adolescere*” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Muuss, 1976), sendo que somente a partir do final do século XIX foi vista como uma etapa distinta do desenvolvimento. Actualmente, a adolescência caracteriza-se como uma fase que ocorre entre a infância e a idade adulta, na qual há muitas transformações tanto físicas como psicológicas, que possibilitam o aparecimento de comportamentos irreverentes e o questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência compreende o período entre os 11 e 19 anos de idade, desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas provenientes da maturação fisiológica (FERREIRA; NELAS, 2006, p.142),

da comunidade escolar em recebê-los e aceitá-los na escola (PARKER; AGGLETON, 2001).

“Dessa forma não só o direito a educação pode ser restrito nas escolas como também outros direitos (convivência familiar, lazer, privacidade, sigilo/confidencialidade) e esferas da vida (namoro, sexualidade)” (ZUCCHI *et al.*, 2010, p.721).

A questão da sexualidade na adolescência envolve outro tema da grave na sociedade contemporânea a violências contra os homossexuais e a relação homofobia<sup>44</sup> e suicídio, a violência autoinfligida, entre adolescentes.

As agressões mais comuns as gestantes, descritas pelos profissionais, foram: o fato de o pai da criança ter maioridade, configurando-se violação dos direitos e a não realização do pré-natal da adolescente, que buscam atendimento de emergência nos serviços, negando o acesso à saúde do bebê ainda no ventre, gerando uma “dupla violência”.

**Tabela 8. Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e/ou sexual e outras violências, por ocupação, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.**

FORTALEZA								
OCUPAÇÃO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
Estudante	9	19	19	11	33	19	110	42,6
Dona de Casa	2	1	1	1	4	0	9	3,5
Aposentado/Pensionista	0	1	0	0	0	0	1	0,4
Desempregado crônico	0	1	0	4	2	0	7	2,7
Agente Publicitário	0	1	0	0	0	0	1	0,4
Auxiliar de Enfermagem	0	0	0	0	1	0	1	0,4
Aux. de Prod. Farmacêutica	0	0	1	0	0	0	1	0,4
Vendedor Ambulante	1	0	0	0	1	0	2	0,8
Pedreiro	0	0	0	1	0	0	1	0,4
Embalador/ à mão	1	0	0	0	0	0	1	0,4
Ignorado/Branco	11	21	18	4	42	28	124	48,0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>54</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>83</b>	<b>47</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

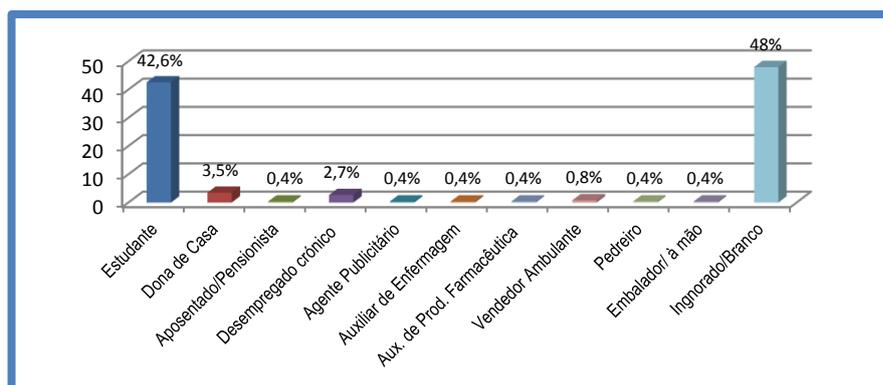
<sup>44</sup> Por homofobia, entendemos o descrédito, a opressão, a violência em relação aos homossexuais ou àqueles que são presumidos serem (BORRILLO, 2000; ERIBON; HABOURY, 2003). A homofobia pode se manifestar tanto a partir da própria pessoa homossexual em relação a si própria, às outras pessoas homossexuais ou a tudo que fizer referência à homossexualidade em si ou nos outros, como também poderá partir de pessoas não homossexuais em relação à pessoa homossexual ou a tudo aquilo que remeta à homossexualidade (ERIBON, 1999) (TEIXEIRA FILHO; MARRETTO, 2008, p. 2),

(Continuação)

OCUPAÇÃO	SER V						TOTAL	%
	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
Estudante	0	9	8	6	3	6	32	33,3
Dona de Casa	0	1	0	0	0	0	1	1,1
Aposentado/Pensionista	0	0	0	0	0	0	0	0
Desempregado crônico	0	1	0	2	0	0	3	3,1
Agente Publicitário	0	0	0	0	0	0	0	0
Auxiliar de Enfermagem	0	0	0	0	0	0	0	0
Aux. de Prod. Farmacêutica	0	0	0	0	0	0	0	0
Vendedor Ambulante	0	0	0	0	0	0	0	0
Pedreiro	0	0	0	0	0	0	0	0
Embalador/ à mão	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado/Branco	7	8	11	7	12	15	60	62,5
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

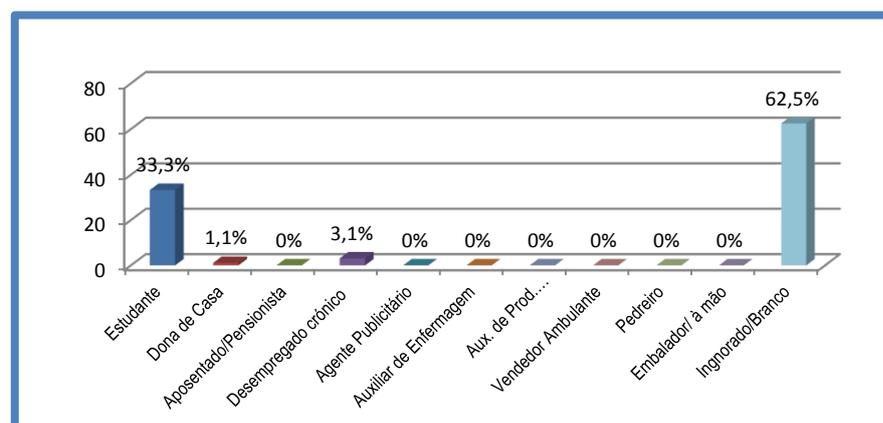
Fonte: CEVEPI/SMS/SINAN NET (sujeitos a revisão), Fortaleza; CEVEPI/SMS/SINAN NET (sujeitos a revisão), SER V – até jul. 2013.

**Gráfico 12 - Porcentagem dos casos notificados por ocupação – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 13 - Porcentagem dos casos notificados por ocupação - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Na Tabela 8 que trata de todos os casos de violência contra crianças e adolescentes por ocupação foi necessário recorrer ao Manual de Preenchimento da Ficha de Notificação uma vez que, houve dúvidas sobre ocupação nas faixas etárias em análise. O referido manual do Ministério da Saúde estabelece que, no campo ocupação deve-se “anotar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Nos casos em que não haja especificação, colocar a ocupação mais aproximada” (BRASIL, 2008, *on line*).

Em outros itens, do manual há uma opção quando o caso “não se aplica”, assim como no item referente a situação conjugal/estado civil, orienta para “preencher o quadrículo com o código correspondente à situação conjugal ou estado civil da pessoa atendida/vítima no momento da violência” (BRASIL, 2008, *on line*).

Nos casos que envolverem crianças menores de 10 anos (crianças de 0 a 9 anos), utiliza-se a opção “8-Não se aplica”. Porém, no item ocupação, existem dados preenchidos na referida ficha, como se as crianças e adolescentes fossem “trabalhadores” legitimando, dessa forma, a situação de exploração de mão de obra infantil.

No município de Fortaleza, tivemos a maioria dos casos registrados com estudantes (42,6% dos casos – 110 ocorrências), assim como na SER V, a maioria dos casos registrados, (33,3% dos casos - 32 ocorrências), também foi com estudantes. Além dos estudantes, em 3,5% dos casos (9 ocorrências), em Fortaleza e em 1,1% dos casos (1 ocorrência) na SER V foram registrados com donas de casa e outros empregos informais (vendedor ambulante, embalador à mão), o que evidencia que muitas crianças e adolescentes têm que trabalhar para sobreviver.

De acordo com o levantamento, realizado em 2012, 10.117 crianças de 10 a 14 anos estavam trabalhando na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), o que representa 3,23% do total de pessoas desta faixa etária. O percentual é o maior entre as regiões metropolitanas pesquisadas (Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo) (O POVO, 2013, *on line*).

Alguns foram classificados como desempregado crônico, (2,7% dos casos – 7 ocorrências), em Fortaleza e na SER V 3,1% dos casos (3 ocorrências), demonstrando equívocos no preenchimento deste item.

Uma enorme parcela de crianças e adolescentes convivendo na/ miséria e na pobreza chefiando, inclusive, suas famílias ou cuidando dos irmãos menores. Nas famílias uniparentais, a mãe trabalha fora e as creches não são suficientes, em número, para a população infantil.

Segundo o *site* ANDI (2014, *on line*):

O Censo divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela um cenário ainda preocupante: existem 132.033 domicílios no Brasil chefiados por crianças entre 10 e 14 anos. O Sudeste é a Região com a maior concentração no número de responsáveis nesta faixa etária, com 62.320 casos. Proporcionalmente ao total de 57 milhões de domicílios no País, esse número (132 mil) não é expressivo. Entretanto, reflete outra realidade: a presença de trabalho infantil na sociedade brasileira [...].

Os documentos elaborados decorrentes da política, ainda refletem o pensamento do Código de Menores, quando a criança não era considerada um sujeito de direitos. Ao referir que a criança e o adolescente são trabalhadores estamos colaborando para legitimação do trabalho infantil. O que existe, no entanto, é a exploração da mão de obra infantil, mão de obra barata e sem vínculos trabalhistas que se aproveita da necessidade da maioria das crianças e adolescentes pobres.

Na SER V, em 60 fichas, 62,5% dos casos, não foi preenchido o campo de ocupação, deixando a dúvida se o termo não se aplica ou deixou de ser observado.

**Tabela 9 - Distribuição dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes, por escolaridade, do município de Fortaleza e SER V, no período de 2008 a 2013.**

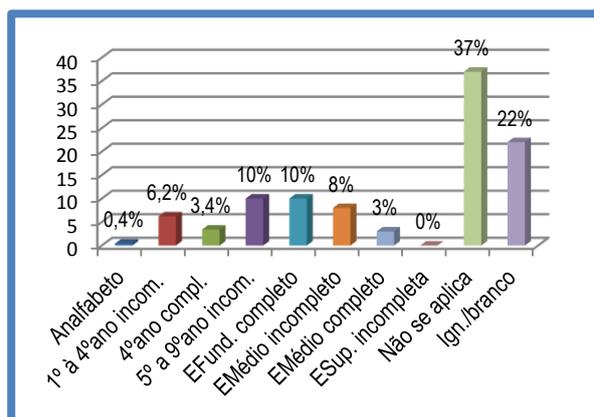
FORTALEZA								
ESCOLARIDADE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Analfabeto	0	0	0	1	0	0	1	0,4
1º à 4ºano incom.	1	0	5	1	4	5	16	6,2
4ºano compl.	2	4	1	0	2	0	9	3,4
5º a 9ºano incom.	4	4	4	5	7	3	27	10
EFund. Completo	8	7	1	0	7	3	26	10
EMédio incompleto	1	2	0	0	15	3	21	8,0
EMédio completo	3	3	0	0	2	0	8	3,0
ESup. Incompleta	0	0	0	0	0	0	0	0
Não se aplica	3	18	16	3	30	24	97	37
Ign./branco	2	6	12	11	16	09	56	22
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>83</b>	<b>47</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

(Continuação)

ESCOLARIDADE	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Analfabeto	0	1	1	2	1	5	5,0
1º à 4ºano incom.	4	0	0	0	0	5	5,0
4ºano compl.	4	2	5	1	0	13	14
5º a 9ºano incom.	2	3	1	0	3	11	11
EFund. Completo	0	0	0	0	1	1	1,0
EMédio incompleto	1	1	0	1	0	3	3,0
EMédio completo	0	0	0	0	0	0	0
ESup. Incompleta	0	0	0	0	0	0	0
Não se aplica	4	8	6	8	13	42	44
Ign./branco	4	4	2	3	3	16	17
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

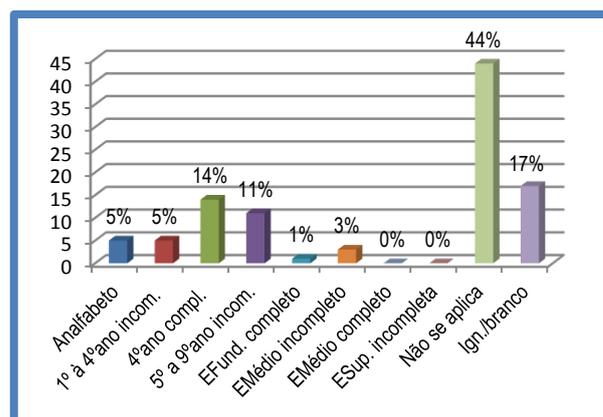
Fonte: CEVEPI/SMS – Fortaleza; SINAN NET/ Célula de Vigilância Epidemiológica SER V, julho de 2013.

**Gráfico 14 - Porcentagem dos casos notificados por escolaridade, Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 15 - Porcentagem dos casos notificados por escolaridade - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Na Tabela 9, observa-se que na capital a maioria dos estudantes estão entre o 5º e o 9º ano incompleto, enquanto na SER V, os maiores registros encontram-se no item “não se aplica”. Entre os adolescentes, a maioria, entre 24% e 25% dos registros, encontrava-se/encontravam-se entre o 4º e o 8º ano incompletos.

As escolas são um local fundamental para detecção de sinais de alerta para violência doméstica. Os educadores identificam muitos casos de violência dentro do ambiente escolar, notificando ao Conselho Tutelar.

No Ceará, além das Comissões Hospitalares e as comissões recém-criadas nas UAPS, a Secretaria de Educação da rede municipal publicou a Portaria nº 183/2008, da Secretaria de Educação do Município, que implantou as Comissões de Prevenções

aos Maus-Tratos contra crianças e adolescentes nas escolas da rede pública municipal de Fortaleza (em anexo).

No Estado, “apenas 28% das escolas estaduais do Ceará possuem comissões de atendimento, notificação e prevenção à violência contra crianças e adolescentes, conforme obriga a Lei Estadual 13.230/2002”<sup>45</sup>, ou seja, 72% não têm esse instrumento de denúncia e monitoramento dos casos (GIRÃO, 2010, *on line*).

**Tabela 10 – Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e/ou sexual e outras violências contra crianças e adolescentes pelo tipo de violência, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.**

FORTALEZA								
TIPO DE VIOLÊNCIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Física	7	14	17	11	42	15	106	39,0
Psicológica	6	16	18	6	27	7	80	30,0
Financeira	0	2	4	0	2	0	8	3,0
Negligência/Abandono	0	9	7	2	25	21	64	24,0
Tráfico	1	1	1	0	0	0	3	1,0
Trab.Infantil	0	0	0	0	0	0	0	0
Ign./Branco	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras Violências	0	1	2	2	3	1	9	3,0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>43</b>	<b>49</b>	<b>21</b>	<b>99</b>	<b>44</b>	<b>270</b>	<b>100</b>

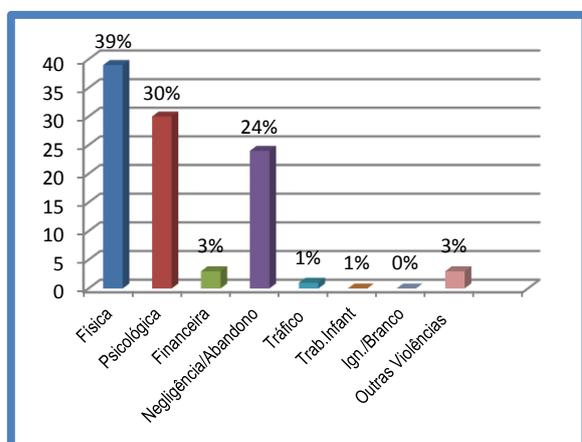
  

SER V								
TIPO DE VIOLÊNCIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Física	1	6	6	6	1	5	25	26,0
Psicológica	1	5	6	4	1	1	18	18,8
Financeira	0	0	1	4	7	12	24	25,0
Negligência/Abandono	0	0	0	0	0	0	0	0
Tráfico	0	0	1	0	0	0	1	1,0
Trab.Infantil	0	0	0	0	0	0	0	0
Ign./Branco	5	8	5	1	6	3	28	29,2
Outras Violências	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Fonte: CEVEPI/SMS – Fortaleza; SINAN NET/ Célula de Vigilância Epidemiológica SERV, até julho de 2013.

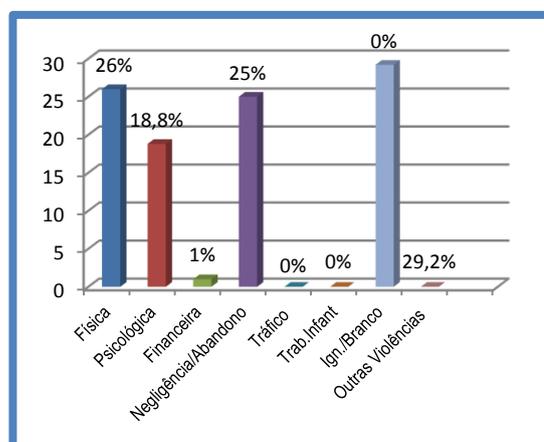
<sup>45</sup> ‘Segundo o artigo 2º da referida Lei Estadual 13.230/2002, compete à Comissão de Atendimento, Notificação e Prevenção à Violência Doméstica Contra Criança e Adolescente identificar, atender, notificar, acompanhar e tomar as medidas cabíveis do ponto de vista educacional e psicossocial, bem como realizar o devido encaminhamento às instituições/autoridades competentes, quando necessário, dos casos de violência doméstica contra criança e adolescente) (GIRÃO, 2010).

**Gráfico 16- Porcentagem de casos notificados por tipo de violência - Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 17 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de violência - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O instrumento utilizado pelos serviços de saúde, conhecido por Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, não associa a violência sofrida aos direitos que foram violados. O contexto socioeconômico não é levado em consideração; às informações são fragmentadas e desarticuladas, sendo necessário que aprofundemos nas fichas que contém observações e mais informações acerca do contexto vivenciado.

Na Tabela 10, podemos visualizar que 106 notificações ou 39% dos casos, ou seja, a maioria dos casos atendidos, foram de violência física. Em segundo lugar, com 80 notificações ou 30% de atendimentos, tem-se a violência psicológica, que também pode ocasionar danos físicos e vice-versa.

Para Assis e Ferreira (2012, p.53), as consequências dessa violência em ambiente doméstico :

A violência vivenciada no ambiente intrafamiliar pode se expressar de duas formas: a direta, quando a criança encontra-se exposta à violência, ou seja, ela é o alvo da agressão, e a indireta, quando ela presencia episódios de violência entre seus pais. Ambas as formas de violência tornam-se prejudiciais ao desenvolvimento físico, psíquico e social de uma criança. Os sintomas que surgem com maior probabilidade são falta de motivação, ansiedade, depressão, comportamento agressivo, isolamento e baixo desempenho escolar.

Em 24% dos casos houve negligência ou abandono, não levando em consideração a violência estrutural a que está submetida a família, a única

responsável pela criança ou adolescente.

Uma situação crescente de abandono tem evidenciado uma baixa qualidade de vida e de acesso aos serviços de saúde.

No *site* G1 (2013, *on line*), o abandono de recém-nascidos cresce 300% em um ano no Ceará, como segue:

O abandono de crianças recém-nascidas no Ceará, em um ano, cresceu 300%. Muitos bebês são deixados na própria maternidade. [...] Belo Horizonte, no período de um ano, foram 32 nessa situação. Em Fortaleza, só no ano passado, foram 15. Os casos acontecem quando os bebês precisam ficar internados por mais tempo depois do nascimento e as mães recebem alta. Algumas vão para casa e não voltam para pegar as crianças[...].

A maioria dos casos estava relacionada às mães que são dependentes químicas e vivem em extrema pobreza, sem acesso aos serviços sociais básicos e os seus filhos acabam aumentando as estatísticas de crianças institucionalizadas.

Por vezes a família é o primeiro grupo social que se é inserido, em alguns casos tem sido a instituição ou abrigos, onde a afetividade e o vínculo é diferenciado de uma família tradicional.

Segundo a UNICEF (2013, p.46), “Crianças que crescem em instituições têm maior probabilidade de apresentar dificuldades de desenvolvimento e, as mais jovens, também correm o risco de sofrer danos psicológicos potencialmente irreversíveis.”

Na SER V, vale destacar que 28 registros ou 29,2% dos casos foram identificados como “ignorado/branco”. A maioria dos casos notificados foram de “negligência/abandono” com 25 registros ou 26% dos casos. Nas observações complementares destas fichas, podemos observar os tipos de negligência relatadas pelos profissionais:

Criança veio à unidade após uma queda de uma altura de aproximadamente 15m, com trauma crânioencefálico, foi atendido e medicado, foi solicitado a permanência da criança na unidade por algumas horas para ser observado de qualquer sinal de risco. A mãe discordou da conduta médica, não aceitando permanecer na unidade. Apesar da orientação médica e da importância da permanência da criança a mãe evadiu-se da unidade, agindo de forma negligente e irresponsável, ferindo o direito estabelecido no ECA, quando refere que é obrigação dos pais zelar pela saúde e bem-estar das crianças e adolescentes. Nesse caso a mãe põe em risco a saúde da criança e desrespeita a legislação que o protege. (Criança de 2 anos, notificada pela assistente social).

Criança admitida com HD: pneumonia e má formação congênita foi solicitada sua transferência para o hospital SOPAI, todavia, a mãe evadiu-se da UPA com a criança. Diante do exposto notifico o caso ao Conselho Tutelar para que as providências cabíveis sejam adotadas e a família acompanhada diante da negligência familiar (materna) em relação ao tratamento e recuperação da criança. (Criança de 1 ano, notificado pela assistente social).

Nos casos registrados, pode-se verificar a culpabilização da mãe pelo profissional, reproduzindo o conceito de que a responsabilização sobre os cuidados com os filhos é exclusivamente da mãe, desresponsabilizando os demais membros da família. Um fato importante de ser investigado aqui seria o motivo da evasão da mãe:

A criança foi admitida, apresentando rigidez de mãos e pés e diminuição da força muscular (suspeitou-se de síndrome de Guillain Barré). Foi solicitada sua transferência para que fosse avaliado por um neurologista, todavia, como não havia previsão de quando a transferência ocorreria (devido a ausência de vagas nos hospitais) a mãe decidiu evadir-se da UPA com o paciente, informando que buscaria atendimento em outra Unidade. Tentado contato telefônico com o Conselho Tutelar da Regional V, para deixar ciente do fato, mas não se obteve êxito. (11 anos, notificada pela assistente social).

Criança de 7 meses necessitava de transferência devido a problema respiratório. Foi solicitado uma vaga junto à central de leitos, todavia, quando os pais souberem que a criança seria encaminhada ao hospital SOPAI, recusaram-se a transferir o filho, alegando que naquele hospital o atendimento seria precário. Comprometeram-se a levar a criança a outro hospital e evadiram-se da UPA. Os pais foram orientados pela pediatra, salientando quanto aos riscos, mesmo assim optaram por sair da unidade, responsáveis cientes que farei notificação ao Conselho Tutelar para que sejam adotadas as medidas cabíveis. (7 meses, notificado pela assistente social).

Ao analisar os relatos acima, pode-se observar que a falta de previsão para a internação e o atendimento precário do hospital foram os motivos da evasão, o que pode indicar um atendimento precário destinado à infância e à adolescência na região, pode também indicar que os pais desejariam um atendimento de melhor qualidade.

Criança vive com síndrome de Down, é cardiopata e chega à Unidade com quadro de muita irritação e chorando há aproximadamente 12 horas (segundo a mãe) [...]. Após o atendimento médico foi prescrito medicação e solicitado exames para tentar detectar a causa da irritação. Uma das suspeitas é de meningite. No entanto, após a coleta de material para exame, a mãe da criança evadiu-se da unidade mesmo com a solicitação expressamente médica para que aguardasse. O simples estado de saúde da criança já solicita cuidados o que aparentemente é negligenciado. É importante a intervenção dos meios competentes, pois a criança está exposta a grave risco e sua saúde requer cuidados que a mãe parece não compreender (5 meses 09-12-2013, notificada pela assistente social).

Criança veio a unidade de saúde acompanhada pela mãe e a irmã que

também foi atendida. O pai das crianças veio em seguida e levou a paciente da unidade sem que fosse aplicada a medicação ou a paciente reavaliada pelo pediatra. O pai da criança agiu com bastante grosseria tanto com a companheira (que pediu para que ele aguardasse a criança receber a medicação) quanto com a equipe de profissionais a quem tratou com palavrões. A criança possui o diagnóstico provável de pneumonia e verminose [...]. (4 anos, 17-11-2012, notificada pela assistente social).

Nestes relatos podemos observar a negação dos direitos da criança de ter o acesso aos cuidados básicos de saúde, vale salientar que os casos são notificados a qualquer caso suspeito e que deve ser encaminhado mesmo sem a confirmação do caso, que será avaliado pelo Conselho Tutelar...

No registro a seguir, é possível perceber um ambiente de revolta e a percepção de indiferença na fala da mãe em relação ao Conselho Tutelar, cabendo uma investigação posterior:

Criança vem a unidade com suspeita de dengue e precisa ficar em observação. A mãe da criança solicitou deixá-lo sozinho na unidade, o que foi negado. Mesmo assim, a criança foi deixada na unidade, teoricamente, sob os cuidados de outra pessoa que deixou a criança sozinha, a mesma foi levada para a observação infantil, enquanto tentava-se contactar a mãe, mas sem sucesso. Quase 03 horas depois a mãe da criança apareceu e se irritou quando informei que iria notificar ao Conselho Tutelar. A criança foi submetida a grave risco tendo sido vítima de abandono e negligência por parte da mãe, que ainda referiu que o deixará sozinho quantas vezes forem necessárias, pouco se importando com o Conselho Tutelar. (10 anos, 17/11/2012, notificado pela assistente social).

**Tabela 11 – Distribuição dos casos notificados de violência sexual, contra crianças e adolescentes, em Fortaleza e da SER V, no período de 2008 a 2013.**

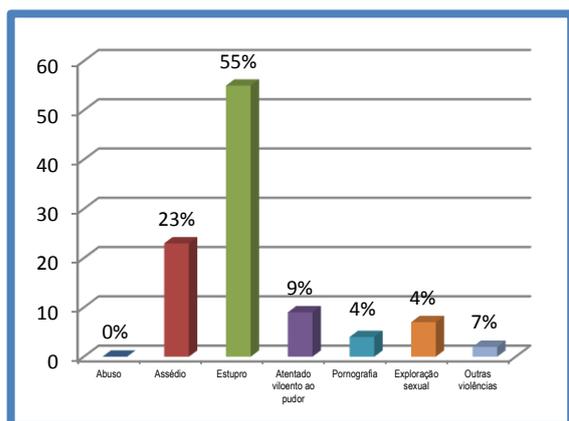
FORTALEZA								
TIPO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
Abuso	0	0	0	0	0	0	0	0
Assédio	7	3	3	5	2	3	23	23
Estupro	7	12	9	5	13	10	56	55
Atentado violento ao pudor	2	2	3	1	1	0	9	9
Pornografia	1	0	1	2	0	0	4	4
Exploração sexual	2	1	1	1	2	0	7	7
Outras violências	0	1	0	0	1	0	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

(Continuação)

SER V								
TIPO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
Abuso	0	2	5	3	2	4	16	47
Assédio	1	0	1	1	0	0	3	9
Estupro	1	5	1	2	0	1	10	29
Atentado violento ao pudor	0	0	4	1	0	0	5	15
Pornografia	0	0	0	0		0	0	0
Exploração sexual	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras violências	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

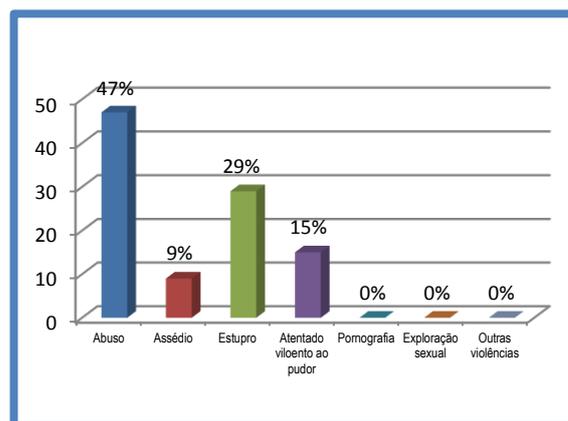
Fonte: CEVEPI/SMS Fortaleza; Vigilância Epidemiológica SER V/SINAN NET, SER V, Fortaleza, 2013.

**Gráfico 18 - Porcentagem dos casos notificados por violência sexual na faixa etária 0 - 19 anos - Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 19 - Porcentagem dos casos notificados por violência sexual na faixa etária 0 - 19 anos - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A “violência sexual” esteve presente em 101 registros ou 39% dos atendimentos no serviço de saúde dentre os 258 casos notificados. Na SER V foram 34 registros ou 35% do total de 96 casos. Verifica-se, assim, que o “estupro” foi o tipo de violência sexual predominante no município com 56 registros ou 55% dos casos, e nos dados da SER V, temos o item “abuso sexual” com 16 registros ou 47% dos casos. Sabe-se que o “estupro ou tentativa de estupro”, no caso de meninas abaixo de 14 anos, também é um abuso sexual<sup>46</sup> se o agressor tiver maioridade.

<sup>46</sup> Atualmente, a idade de consentimento continua sendo de 14 anos, mas o crime para quem se envolve eroticamente com alguém abaixo desta idade passou a ser o “estupro de vulnerável” (art. 217-A, Código Penal). A idade de consentimento é a idade abaixo da qual se presume legalmente que houve violência na prática de atos sexuais, independentemente de a prática ter sido forçada

Em Fortaleza, o “assédio sexual” teve 23 registros ou 23% dos casos, o “atentado violento ao pudor” 9 registros ou 9% casos, a “exploração sexual” 7 registros ou 7% dos casos, a “pornografia”<sup>47</sup> teve 4 registros ou 4%) dos casos e “outras violências” 2 registros ou 2% dos casos. Na SER V, o “estupro” teve 10 registros ou 29% dos casos, o “atentado violento ao pudor” 5 registros ou 15% dos casos, o “assédio sexual” 3 registros ou 9% dos casos. Não há registro de casos de “pornografia infantil” e “exploração sexual”.

A exploração sexual tem sido um problema grave em Fortaleza, cidade conhecida como um dos pontos turísticos mais visitados do Nordeste e com uma das mais altas taxas de exploração sexual de crianças e adolescentes.

Segundo reportagem no Jornal O Povo (2013, *on line*), Fortaleza é destaque no cenário internacional na exploração sexual, como se segue:

De acordo com reportagem do jornal *The Guardian*, apesar de mais de uma década de esforços para a erradicação da exploração sexual infantil no Brasil, em 2012, o número de crianças profissionais do sexo era de meio milhão. Os números são do Fórum Nacional de Prevenção do Trabalho Infantil, uma organização não-governamental...Fortaleza é destaque no cenário internacional como a capital brasileira da exploração sexual infantil, isso faz da quinta maior cidade brasileira um verdadeiro ímã para a exploração sexual infantil. (Grifos do autor).

Os Estados e municípios devem criar mecanismos que impeçam a exploração sexual de crianças e adolescentes, contudo, é reconhecido que “de todo o material contendo pornografia infanto-juvenil apreendido pelas autoridades na *Internet*, apenas 0,65% das crianças vítimas desse tipo de crime é identificada” (NASCIMENTO, 2012, *on line*).

Alguns itens da ficha de notificação podem gerar ambiguidades em seu preenchimento. Ao registrar os casos de exploração sexual, precisamos atentar para a diferença entre abuso sexual e exploração sexual, pois este último envolve interesse

---

ou não. O sexo com indivíduos de idade inferior àquela de consentimento é considerado abuso sexual, e por isso é crime.

<sup>47</sup> As Nações Unidas definem pornografia infantil como “qualquer representação, por quaisquer meios, de uma criança em atividades sexuais explícitas reais ou simuladas, ou qualquer representação das partes sexuais de uma criança para propósitos principalmente sexuais” (Protocolo Opcional à Convenção dos Direitos da Criança sobre o Tráfico de Crianças, a Prostituição Infantil e a Pornografia Infantil – Artigo 2º, “c”, 2002). Na Lei n.º 11.829, de 25 de novembro de 2008. No governo de Luís Inácio Lula da Silva Altera a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para aprimorar o combate à produção, venda e distribuição de pornografia infantil, bem como criminalizar a aquisição e a posse de tal material e outras condutas relacionadas à pedofilia na *internet*.

financeiro<sup>48</sup>.

Na SER V, tive acesso às observações complementares registradas pelo profissional de saúde que contextualiza a situação de violência sexual em alguns dos 29 casos notificados:

Adolescente de 14 anos acompanhada da mãe, vieram à UPA relatando que ontem a noite (20h30min) próximo ao CUCA Mondubim, a adolescente foi violentada sexualmente por um homem desconhecido (vítima relatou que o agressor era branco, forte e que tinha meia idade). Hoje foi atendida pelo médico que encaminhou ao Hospital São José para que faça profilaxia contra DST. Durante o atendimento social mãe e paciente estavam muito emocionadas. Orientei-lhes a procurar a Delegacia da Criança e do Adolescente (DECECA) e/ou Delegacia da Mulher para que seja registrado um Boletim de Ocorrência (BO) e emitido uma guia para realização de exame pericial. Ambos relataram que após atendimento no Hospital São José (HSJ), procuraram uma delegacia especializada ou qualquer outra. Diante dos fatos faço a notificação ao Conselho Tutelar da Regional V, Delegacia da Mulher, Delegacia da Criança e do Adolescente. Solicito também que o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) acompanhe a vítima e sua família.(01/01/2013, 14 anos, notificada pela assistente social).

A tia da criança vem à Unidade, relatando que no sábado, dia 10/01 o pai da criança a levou para passar o dia com os avós. Ao retornar para casa a tia relata que a calcinha da criança apresentava sangue e que quando ela foi urinar chorou dizendo que ardeu. Ao conversar com a criança ela refere que o “babau” a mordeu na genitália e ao perguntar onde isso ocorreu ela disse que foi no quintal. Ao ser perguntada quem é esse “babau” ela diz que é o “babau da lelena”. Foi feito exame na Unidade, mas não existe lesão aparente. A família foi encaminhada à DCA para realizar BO e solicitar encaminhamento ao Instituto Médico Legal (IML).(21/01/2013, 3 anos, notificada pela assistente social).

Na violência sexual podem ocorrer múltiplos tipos de violência como os danos físicos, a ameaça, a tortura, a violência psicológica, a humilhação além do medo da denúncia pela questão do preconceito e da discriminação da mulher ainda presente em nossa sociedade, que por vezes, ainda é culpabilizada por ser a vítima.

Os casos estão ligados, em sua maioria, a estupro, tentativa de estupro, agressões físicas, ameaças, assédio sexual, logo, pode-se deduzir que a violência sexual quase sempre tem outros tipos associados.

---

<sup>48</sup> Como afirma o documento *Abuso Sexual Infantil Explotación Sexual Comercial Infantil em América Latina y El Caribe* – Informe Genérico Situacional, produzido em 2006 pela *Save The Children* Suécia, o principal elemento de diferenciação entre esses dois tipos de crime está relacionado ao interesse financeiro que está por trás da exploração sexual. Daí, inclusive, o fato de muitas instituições e especialistas terem passado a explicitar o termo “comercial” ao referir-se aos casos de exploração de crianças e adolescentes no âmbito da prostituição.

A partir destes dados, pode-se levantar a questão de gênero<sup>49</sup> presente e a questão dos relacionamentos, inclusive incestuosos, que carregam este aspecto de dominação masculina. Neste sentido, as mulheres tem uma dificuldade para lidar e falar sobre a violência sofrida, principalmente as crianças e adolescentes, que não querem perder sua família ou tem medo de serem culpadas, muitas até optam em viver nas ruas.

Segundo Schraiber et al. (2009, p.209):

As mulheres relatam sentir vergonha ou humilhação; culpa ou medo de serem culpadas pela violência; tememos pela sua segurança e de seus filhos; falta de controle sobre suas vidas; esperança de que o agressor mude, dado que ele promete; medo de perder os filhos; vontade de proteger o parceiro por razões econômicas ou afetivas.

Até pouco tempo, o homem não era passível de estupro, apenas de atentado violento ao pudor<sup>50</sup>. Com a promulgação de Lei n.º 12.015/2009 que redefiniu as práticas de estupro, tanto homens como mulheres podem ser vítimas de estupro, que não mais se resume à prática de conjunção carnal mediante violência ou grave ameaça, mas passa a englobar também, em sua definição, outros atos libidinosos diversos do coito vaginal.

A violência sexual é uma das violências mais aterrorizantes que podem ocorrer na infância e adolescência, podendo causar prejuízos físicos e emocionais para o resto da vida. Podemos observar em algumas falas, que a violência sexual pode ocorrer dentro da própria família, como nos relato a seguir:

Criança ao voltar da casa do pai apresenta vermelhidão na vagina, medo no momento do banho, urinando na roupa. No exame médico foi observado possível alteração na forma fisiológica do hímen, algo que precisa ser

---

<sup>49</sup> “Gênero: um conjunto de referências que estrutura a organização material e simbólica de toda a vida social. Consequentemente, uma construção histórica que estrutura a percepção e produz atitudes e comportamentos. Ocorre que essas referências baseiam-se nas diferenças entre os sexos, em termos de seus estatutos sociais. Representam diferenças de poder e, então, desigualdades de valor social” (SCHRAIBER et al., 2009, p. 209).

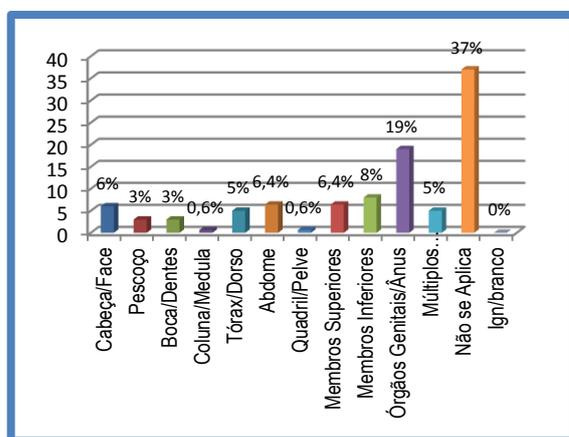
<sup>50</sup> Anteriormente à Lei n.º 12.015/2009, o Código Penal definia o estupro, em seu art. 213, como a conduta de “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. Por conjunção carnal, entende-se o coito vaginal. Só mulher poderia, portanto, ser vítima de estupro. Se o ato sexual fosse qualquer outro distinto da conjunção carnal, incorreria o agente no crime de “atentado violento ao pudor”, que se encontrava previsto no art. 214 do Código Penal nos seguintes termos: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”. O atentado violento ao pudor, então, incluiria outras condutas distintas do coito pênis-vagina, como o sexo anal, sexo oral etc. Homens, portanto, podiam ser sujeitos passivos de “atentado violento ao pudor”, mas jamais de estupro.



Coluna/Medula	0	0	0	0	0	0	0	0
Tórax/Dorso	0	1	2	0	2	5	10	10
Abdome	1	3	3	4	0	0	11	12
Quadril/Pelve	0	0	0	0	0	0	0	0
Membros Superiores	0	0	1	0	0	0	1	1
Membros Inferiores	0	0	1	2	0	0	3	3
Órgãos Genitais/Ânus	1	1	4	3	2	1	12	13
Múltiplos Órgãos/Regiões	0	0	0	0	0	0	0	0
Não se Aplica	0	0	0	0	0	0	0	0
Ign/branco	5	14	7	5	12	15	58	60
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

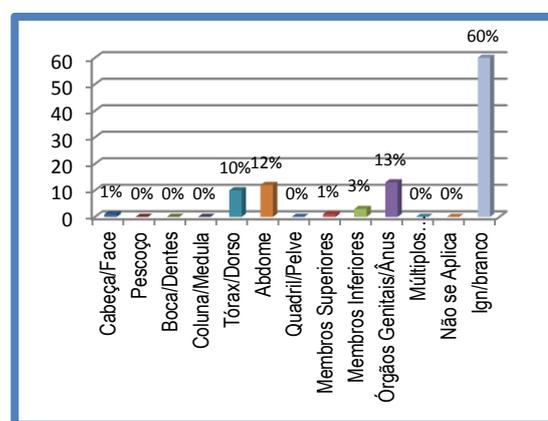
Fonte: CEVEPI/SMS Fortaleza; Vigilância Epidemiológica SINAN NET, SER V/2013

**Gráfico 20 - Porcentagem dos casos notificados por parte do corpo atingida - Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 21 - Porcentagem dos casos notificados por parte do corpo atingida - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A Tabela 12 confirma a predominância da violência sexual sobre os demais tipos, quando aponta que o local do corpo mais atingido nos casos atendidos nos serviços de saúde são os “órgãos genitais e ânus”, com 30 registros ou 19% dos casos. Em 57 registros, ou 37% dos casos, foram considerados “ignorados ou em branco”, 12 registros ou 8% dos casos identificaram a incidência nos “membros inferiores”, 10 registros ou 6% dos casos ocorreram no “abdome” e 10 registros ou 6% dos casos ocorreram nos “membros superiores”.

Na SER V, 12 registros ou 13% dos casos ocorreram nos órgãos genitais, os demais foram 11 registros ou 12% casos na região do abdome, 10 registros ou 10% dos casos no dorso e tórax, 3 registros ou 3,0% dos casos nos membros inferiores, 1 registro ou 1% dos casos na cabeça e face e 1 registro ou 1% nos membros superiores e 58 registros ou 60% dos casos como ignorados ou branco.

**Tabela 13 – Distribuição dos casos notificados de violência sexual, quanto ao tipo de penetração no município de Fortaleza e SER V, no período de 2008 a 2013.**

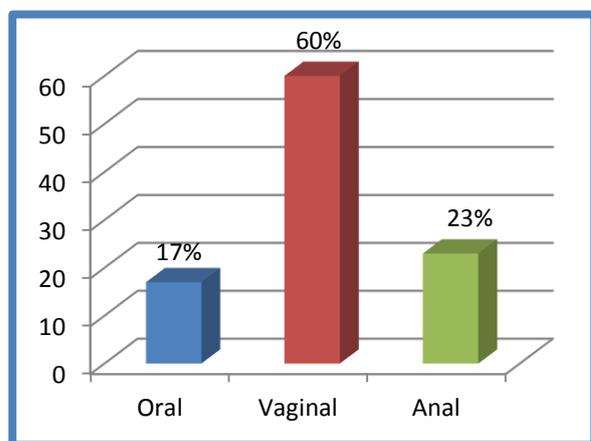
FORTALEZA								
TIPO DE PENETRAÇÃO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Oral	1	1	2	2	7	2	15	17
Vaginal	8	11	11	3	11	10	54	60
Anal	5	4	1	2	8	1	21	23
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

SER V								
TIPO DE PENETRAÇÃO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Oral	0	0	1	0	0	0	1	11
Vaginal	0	2	2	1	0	0	5	56
Anal	0	0	1	2	0	0	3	33
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

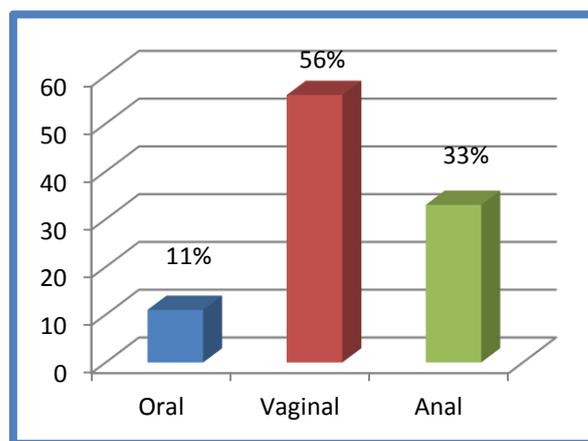
Fonte: CEVEPI/SMS Fortaleza; Vigilância Epidemiológica SER V/SINAN NET, 2013.

**Gráfico 22 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de penetração – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 23 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de penetração - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Em ambos tanto no município, com 60% dos casos e 56% na SER V, a maioria foi penetração vaginal, corroborando que a maioria dos casos de violência sexual registrado acontece contra mulheres.

As consequências da violência sexual trazem prejuízos maiores às mulheres como uma gravidez indesejada, uma DST/HIV, podendo vir a ter uma criança com alguma enfermidade, caso não sejam tomadas as medidas cabíveis. Quando ocorre

com adolescentes, tem-se que atentar para as questões éticas e legais.

Neste sentido, os profissionais de saúde, em seu atendimento, seguem as recomendações do Ministério da Saúde<sup>51</sup> estabelecidas na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2005c).

Nos serviços de saúde devem ser oferecidos todos os exames pós-exposição sexual, devem ser coletadas amostras de sangue para a identificação da presença de DST/HIV, antes da exposição sexual. As profilaxias para detecção da Hepatite B e para HIV são as mais urgentes. As crianças e adolescentes explorados sexualmente, geralmente se expõem à relação sexual desprotegidos, elevando os riscos de contrair DST e HIV.

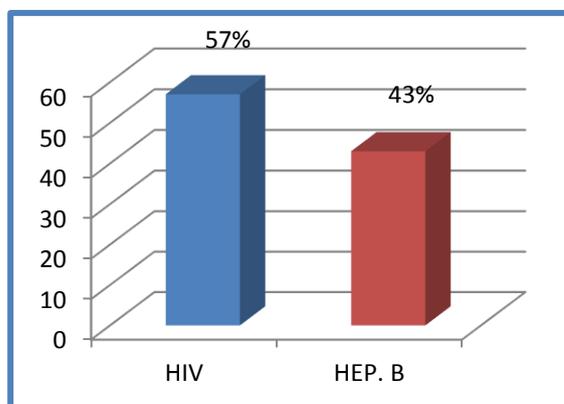
**Tabela 14 – Distribuição dos casos notificados de violência sexual, na faixa etária de 0-19 anos, que realizaram profilaxia para HIV e HEP B, no município de Fortaleza, no período de 2008 a 2013**

FORTALEZA								
PROFILAXIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
HIV	1	5	3	2	5	4	20	57
Hepatite B	-	4	2	-	5	4	15	43
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
SER V								
PROFILAXIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
HIV	-	3	1	2	-	-	6	55
Hepatite B	-	2	1	2	-	-	5	45
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fonte: CEVEPI/SMS Fortaleza; Vigilância Epidemiológica /SINAN NET, SER V 2013.

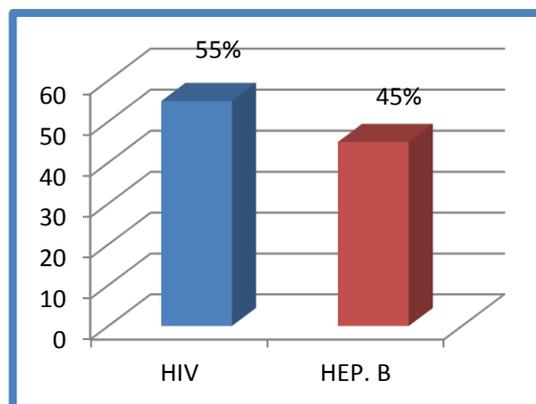
<sup>51</sup> A Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no Território Nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidas em serviços de saúde, públicos ou privados. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.099, de 03/06/2004, e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 2.406, de 5 de novembro de 2004, que implantou a notificação compulsória de violência contra a mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**Gráfico 24 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de profilaxia - Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 25 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de profilaxia - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Na Tabela 14, podemos constatar que dos 258 casos notificados foram realizadas 20 profilaxias para HIV e 15 para Hepatite B, num total de 35 atendimentos ou 14% das profilaxias realizadas para HIV ou Hepatite B de todos os casos atendidos. Em 223 registros ou 86% dos casos, “não foram realizadas profilaxias” ou foram registrados como “ignorado/branco”.

Na SER V, foram realizados 11 atendimentos ou 11% das profilaxias para HIV e Hepatite B e em 85 registros ou 89% dos casos não foi realizado ou foi registrado como ignorado/branco, do total de 96 atendimentos.

A anticoncepção de urgência é oferecida a todas as mulheres expostas à gravidez ou por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do ciclo menstrual em que se encontrem.

A lei brasileira posiciona-se favorável ao aborto<sup>52</sup>. O artigo 128 do Código Penal explicita: “se não há outro meio de salvar a gestante; se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal” (BRASIL, 2012, p. 69).

<sup>52</sup> Para o atendimento das solicitantes de aborto devem ser seguidas as orientações da Portaria n.º 1.508, de 2005, sobre o procedimento de justificação da interrupção da gravidez: adolescentes com idade menor de 18 anos grávidas, com direito ao aborto legal, devem ser acolhidas e esclarecidas sobre o seu direito a escolha da opção do abortamento, sendo necessária a autorização de responsáveis ou tutores para a solicitação do procedimento; adolescentes com idade menor de 14 anos, necessitam adicionalmente de uma comunicação ao Conselho Tutelar e do acompanhamento do processo, com solicitação de agilização do mesmo (BRASIL, 2010b, p.70).

Os profissionais de saúde tem um papel fundamental e deve estar atentos aos sinais de alerta durante o seu atendimento cotidiano. Em alguns casos, o próprio agressor leva a vítima ao serviço de saúde para o atendimento e, por vezes, o profissional não percebe o comportamento ou sinais de violências mais antigos ou recentes.

**Tabela 15 – Distribuição dos casos notificados de violência por lesão autoprovocada em crianças e adolescentes, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.**

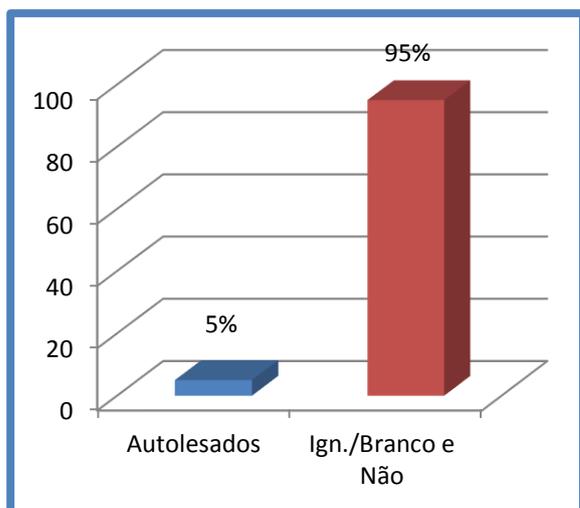
FORTALEZA								
LESÃO AUTOPROVOCADA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Autolesados	0	3	3	2	3	1	12	5
Ign./Branco e Não	0	0	0	0	0	0	246	95
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>37</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>65</b>	<b>40</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

SER V							
LESÃO AUTOPROVOCADA	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Autolesados	3	1	0	1	0	5	5
Ign./Branco e Não	16	18	15	14	21	91	95
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

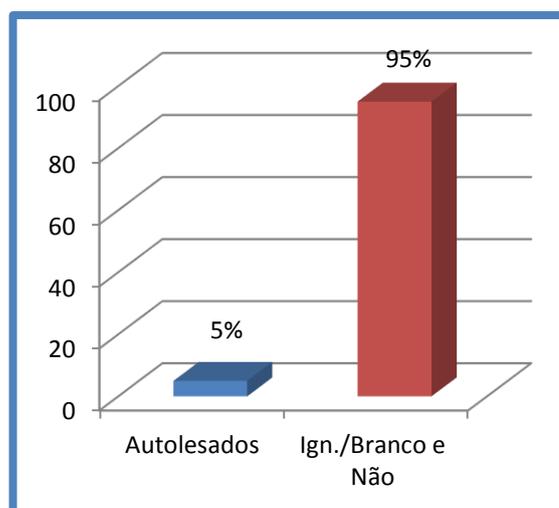
Fonte: CEVEPI/SMS Fortaleza; Vigilância Epidemiológica /SINAN NET, SER V 2013.

**Gráfico 26 - Porcentagem dos casos notificados por lesão autoprovocada – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 27 - Porcentagem dos casos notificados por lesão autoprovocada - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Na Tabela 15, pode-se analisar os dados sobre a lesão autoprovocada. Em Fortaleza tivemos 12 registros ou 5% dos casos. Na SER V, tivemos 5 registros ou 5% dos casos e 91 registros ou 95% dos casos identificados como “não houve” e “ignorado/branco” do total de 96 casos.

Apesar das baixas de lesão autoprovocada, o Mapa da violência, de 2012 do Instituto Sangari, refere haver um leve aumento na curva de suicídios entre adolescentes.

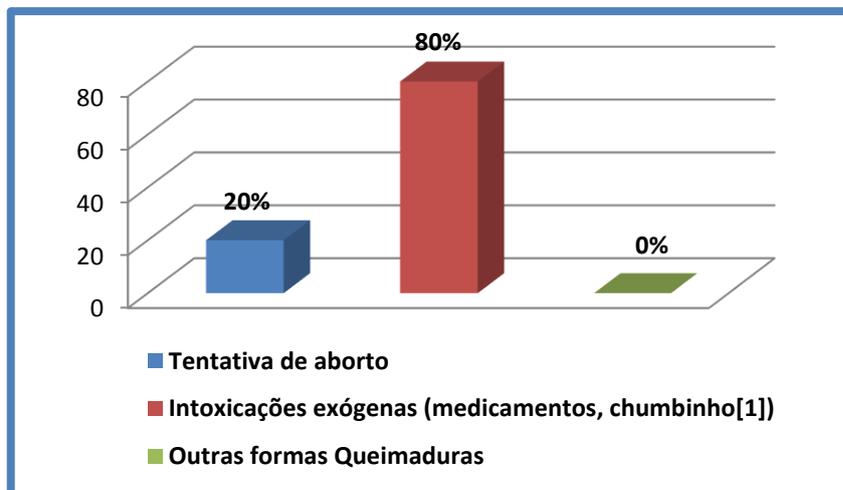
**Tabela 16 – Distribuição dos casos notificados de violência por lesão autoprovocada em crianças e adolescentes segundo o tipo, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.**

TIPO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
Tentativa de aborto	0	0	0	0	1	0	1	20
Intoxicações exógenas (medicamentos, chumbinho <sup>53</sup> )	0	3	1	0	0	0	4	80
Outras formas Queimaduras	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>		<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fonte : SINAN NET/ Célula de Vigilância Epidemiológica SER V, agosto de 2013.

<sup>53</sup> Chumbinho (no BR) é um produto clandestino, irregularmente utilizado como raticida, tem este nome porque o produto não diluído tem a aparência de pequenas esferas de chumbo. Não possui registro na ANVISA, nem em nenhum outro órgão de governo. O agrotóxico aldicarbe (*carbamato Aldicarb*) figura como o preferido pelos contraventores, encontrado em cerca de 50 % dos ‘chumbinhos’ analisados, a outra metade são organofosforados diversos. A ANVISA afirma que a matéria-prima para este produto vem de roubo de carga ou entrada ilegal de produtos químicos pela fronteira. Seu uso está relacionado intensamente a assassinatos, suicídios, e mortes por intoxicação acidental. Pessoas ou animais que ingerem o chumbinho sentem fortes dores anseiam vômitos e também perdem o sistema imunológico, além de prejudicar células e tecidos (WIKIPEDIA,2013, *on line*).

**Gráfico 28 - Porcentagem dos casos notificados por lesão autoprovocada segundo o tipo – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Nos casos notificados como envenenamento, tentativa de aborto ou ingestão abusiva de drogas é considerada como lesão autoprovocada, uma vez que causa o envenenamento da adolescente e exige atendimento médico, como explicitam as seguintes falas: “Segundo a mãe tomou remédios para provocar aborto” (14 anos); “Adolescente deu entrada na unidade desacompanhada, com overdose de cocaína” (15 anos).

No setor saúde, a questão da intencionalidade não é discutida, tendo em vista que todo acidente é visto sempre como prevenível e evitável. Em alguns casos tivemos as tentativas de suicídio, como observado nas falas seguintes:

Paciente perdeu os pais, tem um irmão, vive com um companheiro com o qual teve um desentendimento, por isso ingeriu vários comprimidos. Após alta, o companheiro veio apanhá-la. (17 anos)

Deu entrada por ingestão de chumbinho, a família não sabe a causa da tentativa de suicídio. Foi encaminhada ao CAPS. (16 anos)

Os casos notificados que foram relatados nas observações dos profissionais revelam faces de uma situação que vem crescendo entre os jovens.

Baseando-se em diversas pesquisas sobre suicídio no mundo, Arenales et al. (2002), apontam que entre os/as adolescentes as taxas de suicídio nesse grupo triplicaram entre os anos 50 e os anos 80, estabilizando-se em seguida. Nessa pesquisa os autores apontam ainda que nos Estados Unidos o suicídio é a 3ª causa de

morte dos indivíduos entre 15 e 24 anos. Já no Brasil, de 26 a 30% dos suicídios ocorrem em indivíduos de até 24 anos.

A pesquisa realizada por Souza et al. (2002) nas capitais das nove regiões metropolitanas brasileiras aponta o suicídio como a 6ª causa entre os óbitos de jovens de 15 a 24 anos.

As perdas interpessoais, dificuldades de relacionamento amoroso e histórias de violência física, verbal e sexual constituíram os principais motivos das tentativas e desvelaram sentimentos de isolamento, desesperança e baixa autoestima que culminaram na ideação e na tentativa de suicídio. Seis adolescentes do sexo feminino que sofreram abuso e violência sexual, principalmente de pais e padrastos, com o conhecimento das mães, referiram mágoas, traumas e dificuldades de relacionamento afetivo e social.

“Segundo dados da literatura nacional e internacional a ‘Síndrome Traumática Pós-Estresse’ (*posttraumatic stress disorder*) do abuso sexual é uma das causas mais frequentes da tentativas de suicídio em mulheres” (FEIJÓ et al., 1999, p.152).

Um estudo publicado por Souza et al. (2002) demonstrou que Porto Alegre e Curitiba são consideradas as capitais com os maiores índices de suicídio praticados por jovens com idades entre 15 e 24 anos, comparadas com outras nove capitais (Belém, Fortaleza, Natal, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo).

Este dado torna-se alarmante principalmente porque as estatísticas sobre suicídio são falhas e subestimadas, ainda mais no que se refere a adolescentes, cujos atos autodestrutivos são, muitas vezes, negados e escondidos pela família. O período da adolescência pode ser considerado, muitas vezes, como um momento intenso, de conflitos e mudanças.

Segundo Turecki (1999, p.18):

Na busca de uma solução para seus problemas, estes jovens podem, por exemplo, recorrer a comportamentos agressivos impulsivos ou suicidas. A partir disso, a ideação suicida pode ser considerada como um primeiro passo para um eventual suicídio[...].

Os acidentes relacionados a crianças e adolescentes podem estar entre causas evitáveis e preveníveis. No entanto, a intencionalidade não deverá estar em causa. Em casos notificados como intoxicação, as situações de vulnerabilidade contribuem

para as ocorrências de violências, são de responsabilidade dos responsáveis que dever protegê-las das situações de risco de vida. Nos casos a seguir, observa-se aspectos que poderiam ter sido evitados

Segundo a mãe, o vizinho teria colocado droga no refrigerante da criança.(notificada como intoxicação, 11 anos)

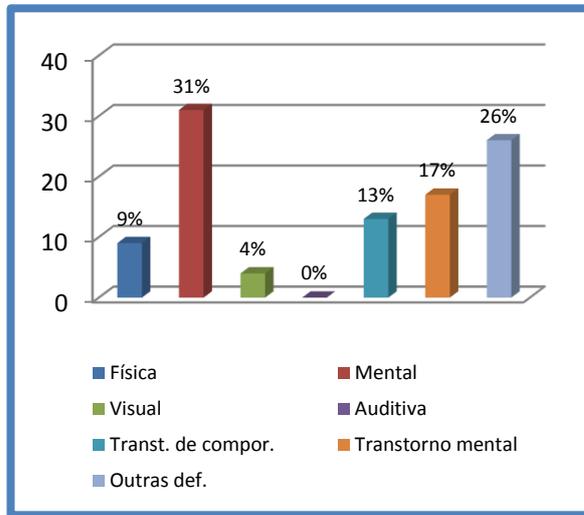
Criança trazida pelo SAMU com intoxicação alcoólica, foi embriagada pela vizinha, a paciente estava acompanhada de uma menor (amiga) de 16 anos.(notificada como intoxicação, 7 anos)

**Tabela 17 – Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e ou sexual e outras violências contra crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência ou transtorno, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.**

FORTALEZA								
TIPO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Física	0	0	0	1	0	1	2	9
Mental	2	1	3	0	1	0	7	31
Visual	0	0	0	0	1	0	1	4
Auditiva	0	0	0	0	0	0	0	0
Transt. de compor.	1	0	1	0	1	0	3	13
Transtorno mental	0	0	1	2	1	0	4	17
Outras def.	1	1	2	0	2	0	6	26
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
SER V								
TIPO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Física	0	0	0	1	0	1	2	25
Mental	1	0	1	0	1	0	3	37
Visual	0	0	0	0	0	0	0	0
Auditiva	0	0	0	0	0	0	0	0
Transt. de compor.	0	1	0	0	0	0	1	13
Transtorno mental	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras def.	0	0	1	0	1	0	2	25
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

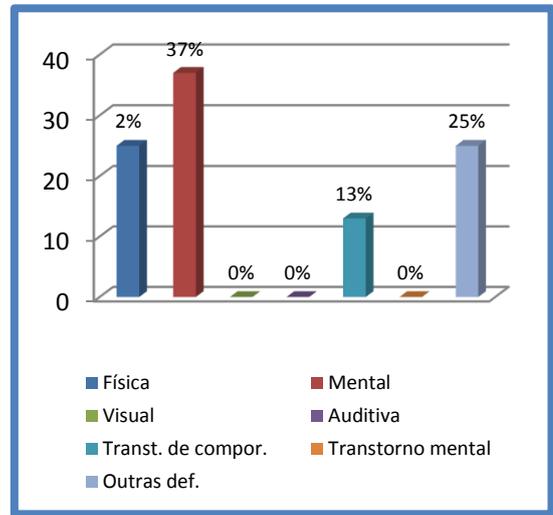
Fonte: CEVEPI/SMS Fortaleza; Vigilância Epidemiológica SER V/SINAN NET, 2013.

**Gráfico 29 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de deficiência – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 30 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de deficiência - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Na Tabela 17, dos 258 casos registrados, 23 ou 9% das crianças e adolescentes atendidos nos serviços de saúde apresentavam “algum tipo de deficiência” e 235 ou 91% não apresentavam deficiência ou foram ignorado/branco no município.

Na SER V, dos 96 casos, 8 ou 8,3% dos casos apresentaram alguma deficiência e 88 ou 91,6% não apresentaram deficiência ou transtorno ou foi registrado como ignorado/branco.

Dos 23 casos, em Fortaleza, a maioria, ou seja, 48% apresentavam deficiência ou transtorno mental. Na SER V dos 8 casos registrados a maioria (3 casos - 37,5%), também foi de transtorno mental.

A discriminação na sociedade também atinge as crianças e adolescentes portadoras de necessidades especiais com alguma deficiência física ou mental elas tem dificuldade de acesso a locais e a grupos sociais como a família e a escola.

Segundo a UNICEF (2013, p.41), em seu estudo com crianças com deficiência, relata que:

A exclusão e a discriminação contra crianças com deficiência as tornam desproporcionalmente vulneráveis a violência, negligência e abusos. Estudos nos Estados Unidos demonstraram que crianças com deficiência que frequentam a pré-escola, ou mesmo mais jovens, tem maior probabilidade de sofrer abusos do que seus pares sem deficiência.

Somando-se as vulnerabilidades já existentes, a questão de gênero vem se

inserir para além da deficiência como mais uma das dificuldades e a inabilidade da família em lidar com as situação por vezes a faz praticar o isolamento da criança ou adolescente do meio social. Em uma tentativa de explicar os motivos pelos quais as crianças com deficiência sofre violência intrafamiliar.

A UNICEF (2013, p.44), em se tratando de crianças com deficiência, relata:

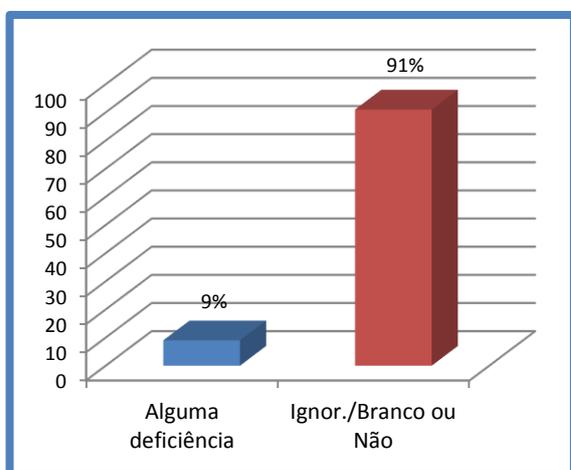
Diversas explicações têm sido oferecidas sobre os motivos pelos quais crianças com deficiência correm risco mais alto de violências do que crianças sem deficiência. Precisar cuidar de uma criança com deficiência impõe mais estresse aos genitores ou as famílias, aumentando o risco de abusos. Ainda e significativo número de crianças com deficiência colocadas sob cuidados institucionais, o que constitui um fator de risco importante para abusos físicos e sexuais. Crianças com deficiências que afetam a comunicação podem ser particularmente vulneráveis a abusos, uma vez que essa limitação pode prejudicar sua capacidade de denunciar experiências abusivas.

Em diversas partes do mundo, milhões de crianças com deficiência são separadas da família e colocadas em abrigos, escolas em regime de internato, instituições psiquiátricas e em famílias sociais.

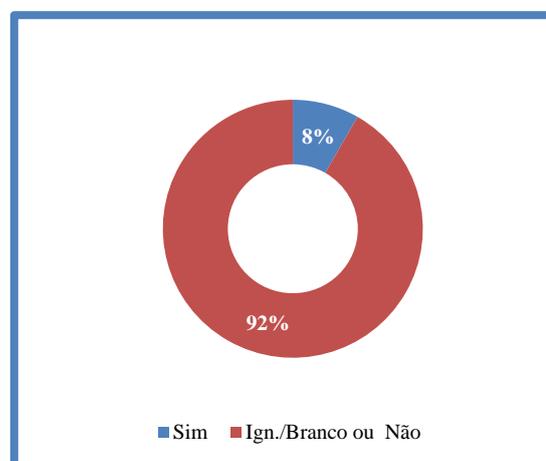
Para a UNICEF (2013, p.46):

Criar crianças em contextos coletivos é intrinsecamente perigoso. Mesmo em instituições limpas, bem administradas e que dispõem de pessoal adequado, as crianças enfrentam mais riscos de vida e de saúde do que aquelas que crescem no seio da família. Crianças que crescem em instituições tem maior probabilidade de apresentar dificuldades de desenvolvimento, e as mais jovens também correm o risco de sofrer danos psicológicos potencialmente irreversíveis.

**Gráfico 31 – Número de crianças e adolescentes notificados que apresentam alguma deficiência neurossensorial ou transtorno, em Fortaleza, 2008 a 2013.**



**Gráfico 32 – Número de crianças e adolescentes notificados que apresentam alguma deficiência neurossensorial ou transtorno, na SER, 2008 a 2013.**



Fonte: CEVEPI/SMS Fortaleza; Vigilância Epidemiológica SER V/SINAN NET, 2013.

O Gráfico 31 mostra que, em 23 casos ou (9,%) das crianças e adolescentes atendidos nos serviços de saúde apresentavam algum tipo de deficiência e 235 (91%), “não apresentava deficiência” ou estava na categoria de “não ou ignorado/branco” no município.

Pelo Gráfico 32 é possível verificar que na SER V, dos 8 casos registrados ou 8% apresentaram deficiência e 88 dos casos ou 92% não apresentaram nenhum tipo de deficiência, transtorno ou foram registrados na categoria “não, ignorado/branco”.

A deficiência predominante em ambos foi a mental. Alguns casos citados como síndrome de Down, com paralisia cerebral, crianças sem um diagnóstico e sem acompanhamento neurológico e psiquiátrico foram relatados nos atendimentos da SER V.

Quando uma criança já nasce com uma limitação é possível que seu nascimento sequer seja registrado. Várias cidades não conhece o número de crianças e adolescentes com alguma deficiência, excluindo, dessa forma, o acesso aos serviços sociais, educacionais e de cuidados de saúde que tem direito (UNICEF, 2013).

Nos casos analisados, há o relato de um menino com 11 anos e uma criança de 8 meses, do sexo feminino sem documento de identificação, causando-lhe a negação do acesso aos direitos sociais básicos. Notificados como negligência familiar, os motivos citados pela mãe foram o não reconhecimento da paternidade e a ausência de documentos dos pais ou responsáveis.

Criança de 1 ano e 7 meses admitido na UPA devido a episódios de convulsão, na ocasião estava acompanhado da mãe que tem 17 anos. Vale destacar que a criança não possui registro de nascimento e tem problemas neurológicos (não anda, não senta). A mãe acrescentou que não registrou o filho porque o pai se recusa a registrá-lo (não reconhece a paternidade). Em relação a doença do paciente a mãe informou que aos 6 meses o filho passou a apresentar convulsões e que na época foi atendido por um neurologista do HGWA que lhe prescreveu medicamentos controlados (carbamazepina e fenobarbital que são usado a cada 12 horas). Todavia, após este atendimento o paciente não teve mais acompanhamento neurológico [...]. (Menor de iniciais A.M.V, 1 ano e 7 meses).

Em um documento da UNICEF, sobre a situação da infância no mundo, relata-se que “crianças com deficiência tem probabilidade três ou quatro vezes mais alta de ser vítimas de violência” (UNICEF, 2013, p. 44).

Conforme UNICEF (2013, p.44):

Crianças e adultos com deficiência enfrentam frequentemente uma ampla variedade de barreiras físicas, sociais e ambientais a participação plena da sociedade, inclusive acesso limitado a serviços de saúde, educação e outros serviços de apoio. Considera-se também que estão expostos a riscos significativamente maiores de violência do que seus pares sem deficiência. Compreender a extensão da violências contra crianças com deficiência e um primeiro passo essencial para o desenvolvimento de programas eficazes para evitar que se tornem vítimas de violência e para melhorar sua saúde e sua qualidade de vida.

Sobre o cuidado com filhos com deficiência e a falta de documentos básicos como o registro de nascimento, há uma violação de direitos da criança, sendo-lhe negado acesso aos seus direitos básicos. Para a UNICEF (2013, p.41):

Conseguir proteção pode ser particularmente desafiador para crianças com deficiência. Em sociedades em que são estigmatizadas e suas famílias são expostas à exclusão social ou econômica, muitas crianças com deficiência não conseguem sequer obter um documento de identidade, seu nascimento não é registrado. Talvez não se espere que sobrevivam, é possível que não sejam aceitos por seus pais, ou que sejam considerados escoadouro potencial de gastos públicos. Trata-se de uma violação flagrante dos direitos humanos dessas crianças e uma barreira fundamental para sua participação na sociedade, que podem selar sua invisibilidade e aumentar sua vulnerabilidade a muitas formas de exploração que resultam do fato de não ter uma identidade oficial.

Outros relatos referem-se a dificuldades no reconhecimento da paternidade. Esse assunto tem sido polêmico, devido a obrigação do pagamento de pensão alimentícia pelos pais, após a separação.

Criança de 8 meses foi admitida na UPA, devido à síndrome febril. Na ocasião estava acompanhada da mãe. Vale destacar que a criança encontrase em situação de sub-registro civil de nascimento e a mãe justifica que o registro não foi realizado porque o pai da paciente encontrava-se sem documentação [...]. (Menor de C.C.N, 8 meses).

Informo que D.T.L, aproximadamente 22 anos, deu entrada com seu filho nesta unidade de saúde sem documentação da referida criança. Solicitei maiores informações sobre a ausência da certidão de nascimento do seu filho ela relatou, que não possui RG e certidão de nascimento para registrar o filho.[...] ela relata que antes do nascimento do filho não possuía documentos [...]. (Menor, 4 meses).

As políticas de inclusão de crianças com deficiência, iniciado com atraso após o ECA, 1990 , estão em processo de expansão no setor educação, em busca do

atendimento especializado na escola.

Segundo a UNICEF (2013, p.73):

Mesmo quando são superados os estigmas da comunidade e conseguimos frequentar a escola, nossos professores enfrentam dois obstáculos: conhecimento insuficiente de idiomas indígenas e formação pedagógica inadequada em educação inclusiva. Essa falta de capacitação dificulta mais ainda a inclusão<sup>54</sup> de crianças com deficiência. Consequentemente, somos forçados a depender da boa vontade de cada professor em aceitar o desafio de incluir crianças indígenas com deficiência em sua sala de aula.

O exercício universal dos direitos humanos só pode existir se esses direitos forem usufruídos por todas as pessoas, inclusive as mais vulneráveis. A negação do acesso aos direitos humanos básicos acarreta na exclusão<sup>55</sup> de grande parte da população infanto-juvenil do nosso país.

Outra parcela de crianças e adolescentes, as que vivem e trabalham nas ruas são vítimas notórias da injustiça social e tem um enorme potencial para sofrer violências, notadamente a sexual. Ainda é pouco expressiva e voltada as situações de urgência as ações de atenção aos “meninos de rua”. Essas crianças somente são visibilizados após cometerem algum ato infracional, normalmente são invisíveis a sociedade.

Apesar de existirem alguns programas que atuam nas ruas, como os “educadores de rua”<sup>56</sup>, os programas ainda não tem mudado essa realidade nas ruas do país, ainda convivemos com crianças perambulando pelas ruas.

---

<sup>54</sup> Inclusão vai além de “integração”. “Integrar significa trazer a criança com deficiência para uma estrutura pré-existente de normas e padrões predominantes. Por exemplo, no contexto da educação, uma tentativa de integração pode ser simplesmente a admissão de uma criança com deficiência em escolas “regulares”. Essa medida não resulta em inclusão, que só será possível quando as escolas forem projetadas e administradas de modo que todas as crianças possam, juntas, receber educação de qualidade e ter momentos de recreação. Para tanto, será preciso garantir aos estudantes com deficiência os recursos necessários, como acesso ao método Braille, linguagem de sinais e um currículo adaptado que lhes permita oportunidade iguais de aprender e interagir” (UNICEF, 2013, p. 3).

<sup>55</sup> Exclusão resulta frequentemente da invisibilidade, são poucos os países que dispõe de informações confiáveis sobre quantos de seus cidadãos são crianças com deficiência, quais são suas deficiências ou de que forma essas deficiências afetam sua vida. Em alguns países, famílias que criam crianças com deficiências são relegadas ao ostracismo. Como consequência ainda que sejam pessoas amorosas, pais e mães e membros da família podem hesitar em tornar público o fato de uma de suas crianças ter uma deficiência –seja na tentativa de evitar a marginalização, seja para superproteger a criança, ou ambos os motivos. Quando uma criança já nasce com uma limitação é possível que seu nascimento sequer seja registrado. Excluída dessa forma, sua existência não é conhecida pelos serviços sociais, educacionais e de cuidados de saúde aos que tem direito e, portanto essa criança fica fora desses sistemas (UNICEF, 2013, p. 2).

Uma das lições mais importantes que se aprendeu com a experiência do Movimento Nacional e dos programas destinados às crianças nas ruas foi a ênfase dada à capacidade das crianças em serem os agentes de seu próprio desenvolvimento, ou os agentes de mudança nas próprias vidas (MYERS, 1988).

Segundo Rizzini et al. (1999, p.56):

No lado negativo, alguns programas para crianças de rua reforçaram a imagem das crianças como pequenos heróis, exaltando sua coragem e subestimando o sofrimento e a solidão que tinham que suportar.” Contudo, a maior parte dos programas efetivamente procurou oferecer opções para as crianças, reconhecendo que a grande maioria tinha poucas possibilidades além da luta pela própria sobrevivência. Assim, a base dos programas que obtiveram reconhecimento ao longo dos anos foi a de ajudar as crianças a refletirem sobre sua própria vida e outras alternativas de vida.

Ao analisar o processo de enfrentamento das crianças e adolescentes em situações de violência que chegam a um atendimento nos serviços de saúde, devemos considerar as distintas infâncias e adolescências. Busca-se ainda nessa pesquisa incluir além da visão do profissional, a visão da família da criança ou adolescente e da instituição diretamente responsável em fazer cumprir o ECA<sup>57</sup>, já que é responsabilidade de todos.

No artigo 227, da Constituição Federal Brasileira de 1988, fica explícito que tanto a família quanto o Estado e a sociedade tem responsabilidade de proteger as crianças e os adolescentes.

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.156).

Dois contextos, o educacional e o de saúde, merecem uma análise especial

---

<sup>57</sup> Nosso Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado em 1990, como marco legal, a partir do qual as crianças passaram a ser consideradas cidadãs com direitos e deveres a serem considerados prioridades, é considerado um dos mais avançados do mundo, em seu art. 245, afirma que: “Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar a autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Pena – multa de três a vinte e três salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência” (BRASIL, 1990, *on line*).

dado seu papel tanto na produção e reprodução das violências, em suas formas de discriminação, preconceito, racismo, quanto na reeducação das relações eticorraciais e de atendimento que respeite as pluralidades.

Ainda há uma dificuldade no protagonismo das crianças e adolescentes na garantia dos seus direitos, uma falta de participação destas e de suas famílias conseqüentemente há um desconhecimento, ou um despreparo no atendimento das diversidades. Esse atendimento pode assegurar o direito a diferença respeitando os estilos de vida, valorizando diferentes culturas e saberes.

Para Rizzini (2000), o foco na assistência as crianças deveria ser em seu potencial e não em suas vulnerabilidades.

A história da assistência à infância no Brasil revela que a ênfase tem sido sobre deficiências, desvios e problemas relacionados às crianças, criando-se categorias que as estigmatizaram e impediram o desenvolvimento de um sentido de cidadania. Nesta linha, foram criadas políticas públicas paliativas e serviços de baixa qualidade para os pobres, que contribuíram para acirrar as desigualdades sociais (RIZZINI *et al.*, 1999).

As análises aqui apresentadas mostram que são as mulheres, as crianças e os adolescentes em especial os pobres, negros, deficientes, indígenas e os “de rua” mais vulneráveis a exclusão social e a violação de seus direitos, portanto, também os mais expostos a situações de violências e não os causadores da violência como tem sido divulgado.

Muitas dessas violações de direitos são reproduzidos na família, na escola e na sociedade considerados “protetores” da criança e do adolescente. Constatou-se que a maioria dos estudos sobre a violência contra a criança ou adolescente, o tipo mais frequente é a violência doméstica, que ocorre na maioria das vezes dentro dos lares ou no convívio familiar. Tais estudos apontam para a família como responsável pela perpetuação da violência.

A família tende a silenciar o ato de violência, seja pela cumplicidade dos adultos e/ou pelo medo que as vítimas têm de denunciar o abusador, mas o fato da impunidade, da omissão do Estado.

Apesar da primeira certidão de nascimento ser gratuita nos cartórios, e a rede de saúde disponibilizar, pelo SUS, o reconhecimento da paternidade, verifica-se que

existem alguns entraves a serem investigados posteriormente.

**Tabela 18 – Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e/ou sexual e outras violências contra crianças e adolescentes pelo meio de agressão, em Fortaleza, no período de 2008 a 2013.**

FORTALEZA								
MEIO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Arma branca	0	0	0	0	0	0	0	0
Arma de fogo	5	1	1	1	6	1	15	7
Objeto contundente	0	1	1	2	2	0	6	3
Objeto perfuro- cortante	2	4	2	2	5	2	17	8
Enforc.	0	0	1	0	3	1	5	2
Queimad.	-	-	1	-	3	1	5	2
Força corp. /espanc.	11	18	15	5	18	10	77	38
Ameaça	0	4	8	5	12	5	34	17
Envenena.	0	1	1	1	6	1	10	5
Subst. Obj. quente	0	0	1	0	1	0	2	1
Outros	0	4	6	4	7	13	34	17
Ignorado/Branco	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>20</b>	<b>53</b>	<b>34</b>	<b>205</b>	<b>100</b>

SER V								
MEIO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Arma branca	0	0	0	0	0	0	0	0
Arma de fogo	0	0	0	1	0	1	2	2
Objeto contundente	0	1	0	2	0	0	3	3
Objeto perfuro- cortante	0	0	1	1	0	0	2	2
Enforc.	0	0	0	0	0	1	1	1
Queimad.	0	0	0	0	0	0	0	0
Força corp. /espanc.	0	6	4	3	1	3	17	17
Ameaça	0	1	1	4	0	1	7	7
Envenena.	0	3	2	0	1	0	6	6
Subst. Obj. quente	0	0	1	0	0	0	1	1
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado/Branco	7	10	12	5	12	14	60	61
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

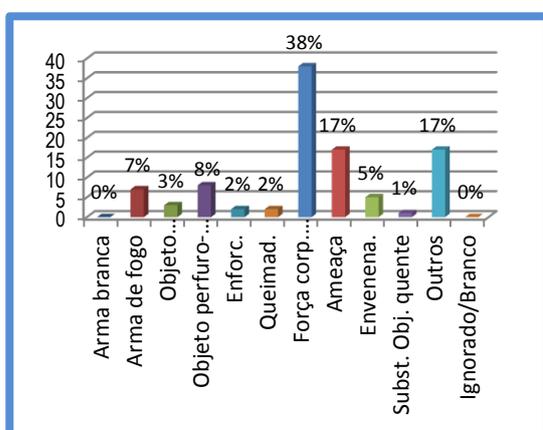
Fonte: SINAN NET/ Célula de vigilância epidemiológica SER V, agosto de 2013.

Segundo o Gráfico 33, a seguir, o meio de agressão mais utilizado nas notificações 34 registros ou 17% dos casos, “outras agressões” atingiram 34 registros ou 17% dos casos foi a “força corporal ou espancamento”, com 77 casos ou 38% dos registros; “ameaça” obteve; “arma de fogo” registrou 15 vítimas ou 7% dos casos; “objeto perfurante” destacou-se com 17 registros ou 8% dos casos; “envenenamento”

teve 10 registros ou 5% dos casos; para “objeto contundente” houve 6 registros ou 3% dos casos; “enforcamento e queimadura” aparecem com 5 registros ou 2% dos casos, respectivamente; “substância ou objeto quente” aparece com 2 registros ou 1% os casos; “outros” obteve 34 registros ou 17% dos casos e “não ou ignorado/branco” não teve registros.

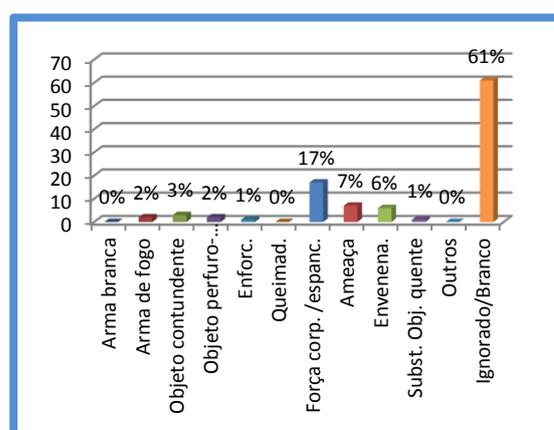
Na SER V, a “força corporal ou espancamento” aparece em 17 registros ou 17% dos casos; “ameaça” obteve 7 registros ou 7% dos casos; “arma de fogo” possui 2 registros ou 2% dos casos; “objeto perfurante” também aparece com 2 registros ou 2% dos casos; “envenenamento” tem 6 ou 6% dos casos; “objeto contundente” possui 3 registros ou 3% dos casos; “enforcamento” aparece com 1 caso ou 1% dos casos; “substância ou objeto quente” 1 registro ou 1% dos casos; e 60 ou 61% dos casos tiveram registros como ignorado/branco.

**Gráfico 33 - Porcentagem dos casos notificados por meio de agressão – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 34 - Porcentagem dos casos notificados por meio de agressão - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Acidentes preveníveis como o envenenamento, devem ser investigados quanto a sua intencionalidade. Como se refere a crianças e adolescentes, o pai e a mãe tem a responsabilidades, utilizando normas de segurança em seu domicílio.

De acordo com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNMRAV), mesmo um acidente pode ser evitado e prevenido, logo, pode ser que os acidentes sejam considerados negligência.

**Tabela 19. Distribuição dos casos notificados de violências doméstica e/ou sexual e outras violências, por local de ocorrência, em Fortaleza e na SER V, no período de 2008 a 2013.**

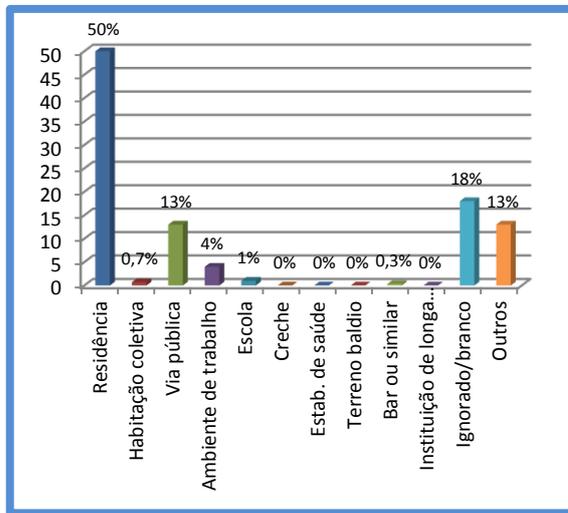
<b>FORTALEZA</b>								
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Residência</b>	9	27	26	13	40	14	129	50
<b>Habitação coletiva</b>	0	0	2	0	0	0	2	0,7
<b>Via pública</b>	2	6	1	3	17	4	33	13
<b>Ambiente de trabalho</b>	0	0	1	0	4	5	10	4
<b>Escola</b>	0	1	0	0	0	3	4	1
<b>Creche</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Estab. de saúde</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Terreno baldio</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Bar ou similar</b>	0	0	0	0	1	0	1	0,3
<b>Instituição de longa perm.</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ignorado/branco</b>	7	4	4	4	16	11	46	18
<b>Outros</b>	6	6	5	1	5	10	33	13
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>83</b>	<b>47</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

<b>SER V</b>								
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Residência</b>	2	10	12	10	4	9	47	49
<b>Habitação coletiva</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Via pública</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ambiente de trabalho</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Escola</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Creche</b>	0	3	0	0	0	0	3	3
<b>Estab. de saúde</b>	0	0	0	0	6	7	13	14
<b>Terreno baldio</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Bar ou similar</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Instituição de longa perm.</b>	0	1	0	0	0	0	1	1
<b>Ignorado/branco</b>	5	5	6	5	5	1	27	28
<b>Outros</b>	0	0	1	0	0	4	5	5
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

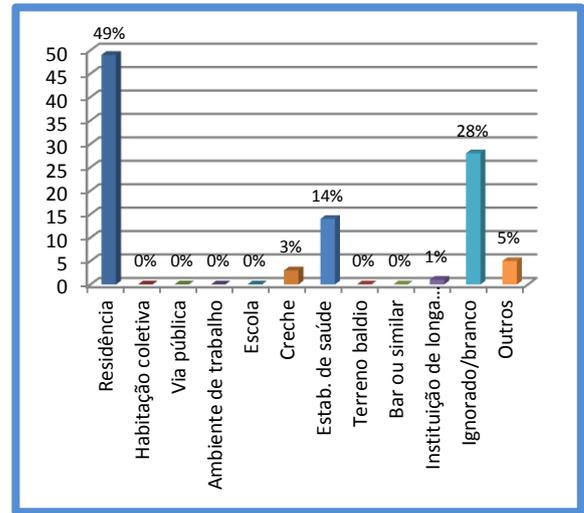
Fonte: CEVEPI/SMS /SINAN NET (sujeitos a revisão), Fortaleza; Vigilância Epidemiológica SER V/ SINAN NET, 2013.

**Gráfico 35 - Porcentagem dos casos notificados por local de ocorrência – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 36 - Porcentagem dos casos notificados por local de ocorrência - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Na Tabela 19, podemos ver que, na maioria dos casos registrados, o agressor está na própria residência, o local de ocorrência mais frequente, com 129 registros ou 50% dos casos; “via pública” 33 registros ou 10% dos casos; “ambiente de trabalho” 10 registros ou 4% dos casos; “escola” com 4 registros ou 1% dos casos; “bar ou similar” com 1 registro correspondendo a 0,3% dos casos; “ignorado/branco” com 46 registros 18% dos casos e “outros” com 33 registros ou 13% dos casos.

Na SER V, o local de ocorrência mais citado foi a “residência” com 47 registros ou (49%) dos casos; “estabelecimento de saúde” com 13 registros ou (14%) dos casos; “creche” com 3 registros ou (3%) dos casos; “instituição de longa permanência” com 1 registro ou (1%) dos casos; 27 casos ou (28%) dos registros foram indicados como “ignorado/branco” e 5 casos ou (5%) de registros como “outros”.

A sobrecarga emocional e as responsabilidades de prover o sustento da família aumentam os conflitos e as tensões no relacionamento familiar, quando a família é composta apenas por um responsável, pai ou mãe ou outro responsável. Contudo, alguns estudos afirmam que “a uniparentalidade aumenta em 80% o risco de violência física e até 22% o risco de negligência” (DAY et al., 2003, p. 13).

Nessa Regional o pai e a mãe foram os agressores mais frequentes, como podemos ver na fala seguinte, a reincidência existe e as violências repetitivas vem a caracterizar a violência doméstica.

A criança foi trazida pela 2ª vez à unidade, apresentando lesão na genitália. A mãe conta que o pai, de 23 anos, é usuário de drogas (álcool e *crack*) e que manipula o pênis da criança seguidamente várias vezes ao dia e por vários anos. A mãe relata que o pai justifica atitude, dizendo que e pra criança não ter fimose. A mãe chorou durante o atendimento e diz que o pai é agressivo e que tem duas filhas de 11 e 9 anos de outro relacionamento e que não deixa as filhas sozinhas com ele. A criança refere que não gosta que o pai manipule de forma a doer seu pênis. No atendimento médico foi constatado sangramento no pênis e sinais de trauma. Importante o acompanhamento urgente do caso para análise e proteção da criança (3anos, 14/04/2013, registrado pela assistente social).

Em segundo lugar, a via pública aparece com 33 (13%) dos registros. Por vezes o fascínio pela rua, pela liberdade ou o fato de viver na rua aumentam as chances de sofrerem violências.

As crianças e adolescentes que vivem na rua demonstram que a casa nem sempre é o lugar de proteção e de conforto, pode ser, também, um local de pobreza e sofrimento. A saída de casa pode ser motivada pela violência ou pelo abuso sexual, porém, a permanência na rua vai depender da sobrevivência aos riscos e as oportunidades que aparecerão para manter-se vivo.

A família tem obrigação de cuidar de suas crianças e adolescentes, quando não acontece, o Estado deve prover de maneira digna os seus direitos de cidadãos. Segundo o *site* Guia de Direito (2014, *on line*), em uma matéria, diz que:

É desumana e cruel a situação de meninos e meninas que tem nas ruas o espaço de trabalho, vivência e desenvolvimento. É levando em consideração o direito prioritário das crianças e adolescentes a uma estruturada e harmoniosa vida familiar, à educação, à plena formação social e ao livre exercício de usufruir a juventude, que podemos atribuir a toda sociedade o dever de zelar por aqueles que ainda não completaram seu desenvolvimento psíquico, cultural, emocional e físico. Em especial quando tais jovens encontram-se em situação de abandono, exploração e perigo.

A existência de crianças vivendo em situação de rua<sup>58</sup> demonstra claramente a ineficiência das políticas que deveriam ser prioritárias e cumpridas pelo Estado e pela sociedade civil. É gritante a destituições dos direitos das crianças e

---

<sup>58</sup> O termo “situação de rua” foi criado para afastar o estigma negativo que expressões como “menor” e “mendigo” possuem. A situação de rua pode se dar de variadas formas. Há crianças que vivem com a família, mas durante o dia trabalham nas ruas, enquanto outras só conseguem voltar para a casa nos finais de semana. Há ainda aquelas que não possuem qualquer vínculo familiar e têm na rua o seu local de viver, dormir e trabalhar. Esses meninos e meninas de rua são expostos a diversos perigos (como estupro, trabalho forçado, vício em drogas, agressão, assassinato, etc.) e não têm oportunidade de usufruir seus direitos mais básicos. Toda a sociedade é responsável por eles e deve se esforçar ao máximo para acabar com essa desumana situação.

adolescentes, duvidando-se da existência dos mesmos, uma vez que não se percebe se alguma teve seus direitos plenos garantidos.

Todavia, existem as crianças que não vivem na rua, mas extraem dela a subsistência da família. De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), “661 mil adolescentes e jovens, na faixa etária de 15 a 19 anos, são responsáveis pela família”. Na maioria dos casos, os pais são falecidos ou estão em presídios, ou fazem uso de álcool e drogas e não tem emprego (OIT, 2013, *on line*).

A escola foi citada em 4 (1%) casos, como local de ocorrência de violência com crianças e adolescentes. A escola tem sido local de aprendizagem para as crianças, um local onde se aprende a se relacionar com outras crianças, a lidar com as emoções, a controlar a agressividade natural.

Entretanto, a escola também é local de disciplina e de formação, durante muito tempo aplicou castigos e punições como práticas educativas. A palmatória<sup>59</sup> foi utilizada como ferramenta de punição física em estudantes do mundo todo. No Brasil, seu emprego foi introduzido pelos jesuítas, como forma de disciplinar os indígenas. A prática só começou a ser repensada em 1970, com as campanhas pelo fim da violência infantil, na década de 1970. Na década de 1980, foi considerada crime (GUIA DO ESTUDANTE, 2014, *on line*).

Nas escolas, a punição tem sido modificada de direção. No início do século XIX, o uso da palmatória era utilizada pelos professores para disciplinar os alunos. Hoje temos outras formas de violências nas escolas, o *bullying*<sup>60</sup> inclusive contra os professores<sup>61</sup> na rede pública.

---

<sup>59</sup> Todos os anos, os Legislativos estaduais dos Estados Unidos debatem se a punição corporal é uma forma arcaica de violência contra a criança ou o adolescente, ou um meio eficaz de disciplina. Isso, porque ainda existem 20 estados norte-americanos que utilizam a palmatória (um artefato, na maioria das vezes feito em madeira, com uma haste e uma chapa na ponta) para punir estudantes indisciplinados.

<sup>60</sup> *Bullying* ocorre com frequência nas escolas e caracterizado pela agressão, dominação e prepotência entre pares. “Envolve comportamento intencionalmente nocivo e repetitivo de submissão e humilhação. Colocar apelidos, humilhar, discriminar, bater, roubar, aterrorizar, excluir e divulgar comentários maldosos são alguns exemplos” (BRASIL, 2010, p.32).

<sup>61</sup> Segundo pesquisa divulgada pelo Sindicato dos Professores do Ensino Oficial de São Paulo (APEOESP) em maio deste ano, 44% dos professores da rede estadual já sofreram algum tipo de violência na escola. A agressão verbal é a forma mais comum de ataque, tendo atingido 39% dos docentes, seguida de assédio moral (10%), *bullying* (6%) e agressão física (5%). O estudo mostra ainda que quem mais sofre violência escolar são os professores do sexo masculino que lecionam no ensino médio: 65% deles foram agredidos de alguma forma (APEOESP, 2013, *on line*).

Os alunos têm reproduzido uma prática social utilizada por muitos séculos, o termo é apenas uma forma moderna de denominar velhas práticas, velhos métodos que foram usados por muito tempo para o que era intolerável e inapropriado, é como se a violência fosse uma linguagem utilizada a quem não sabe como lidar com situação limite.

A classe média e alta também são atingidas, as formas vão se multiplicando e recebendo novas nomenclaturas como o *cyberbullying*, fenômeno mais recente caracterizado pela ocorrência de *e-mails*, mensagens por *paggers* ou celulares, telefonemas, fotos digitais, *sites* pessoais difamatórios, ações difamatórias *on-line* como recursos para adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis (LOPES NETO, 2005).

No momento da coleta de dados sobre a violência, a vítima pode ter dificuldades durante seu relato, o local pode não ser favorável e se ressentir da falta de privacidade.

Os 13 casos ocorridos nos estabelecimentos de saúde estão relacionados à evasão do hospital, negação de internação ou administração de medicação.

Ocorreram 3 casos em creches e 27 casos foram registrados como ignorado/branco.

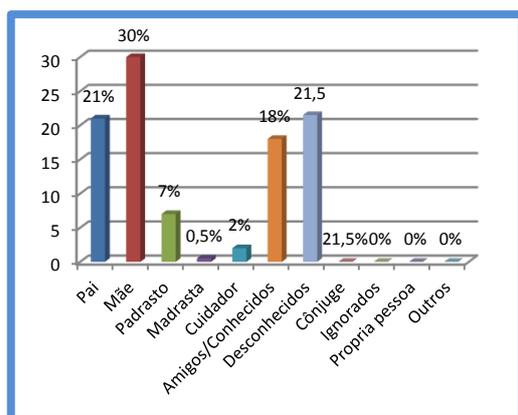
**Tabela 20- Distribuição dos casos notificados de violência doméstica e/ou sexual e outras violências quanto ao parentesco com o agressor, no município de Fortaleza e SER V, no período de 2008 a 2013.**

FORTALEZA								
AGRESSOR	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Pai	2	6	8	1	13	10	40	21
Mãe	1	11	5	1	22	18	58	30
Padrasto	1	2	5	1	2	2	13	7
Madrasta	0	0	0	0	1	0	1	0,5
Cuidador	0	1	1	0	1	0	3	2
Amigos/Conhecidos	4	9	5	6	9	2	35	18
Desconhecidos	2	8	4	2	17	8	41	21,5
Cônjuge	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorados	0	0	0	0	0	0	0	0
Propria pessoa	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>37</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>65</b>	<b>40</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

SER V								
AGRESSOR	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total	%
Pai	0	1	5	3	4	6	19	18
Mãe	0	2	1	3	6	7	19	18
Padrasto	1	0	1	2	0	0	4	4
Madrasta	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuidador	0	0	1	0	0	0	1	1
Amigos/Conhecidos	0	4	3	4	1	1	13	12
Desconhecidos	0	3	1	1	0	1	6	5,6
Cônjuge	0	1	0	0	0	0	1	1
Ignorados	6	6	7	3	5	6	33	31
Propria pessoa	0	3	1	0	1	0	5	4,7
Outros	0	2	1	0	0	2	5	4,7
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

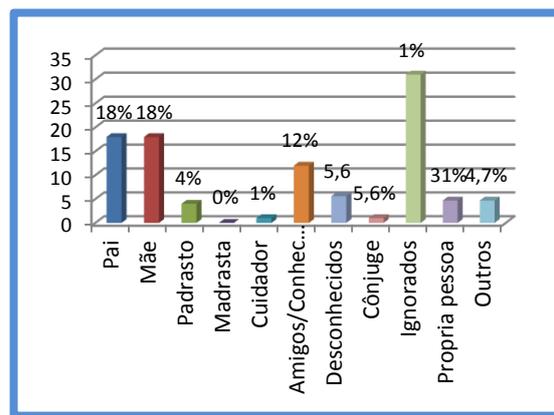
Fonte: CEVEPI /SMS / SINAN NET (sujeitos a revisão), Fortaleza; Vigilância Epidemiológica SER V/ SINAN NET, 2013.

**Gráfico 37 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de agressor – Fortaleza.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

**Gráfico 38 - Porcentagem dos casos notificados por tipo de agressor - SER V.**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Na Tabela 20, podemos ver que a “mãe”, com 58 registros ou 30% dos casos, foi o agressor mais frequente; o “pai”, em 40 registros ou 21% dos casos; o “padrasto”, em 13 registros ou 7,0% dos casos; a “madrasta”, aparece com 1 registro ou 0,5% dos caso; os “amigos”, com 35 registros ou 18% dos casos; o “cuidador”, em 3 ou 2% dos casos e “desconhecidos” aparecendo com 41 registros ou 21,5% dos casos.

Na SER V, o “pai” aparece em 19 registros ou 18% dos casos e a “mãe” com 19 registros ou 18% dos casos. São os agressores mais frequentes “amigos” com 13 registros ou 12% dos casos; “desconhecidos” em 6 registros ou 5,6% dos casos;

“padrasto” em 4 registros ou 4% dos casos; “outros” em 5 registros ou 4,7% dos casos envolvendo namorado, primo, avô, avó; “cuidador” em 5 registros ou 4,7% dos casos; o “cônjuge” aparece com 1 registro ou 1% dos casos; o “cuidador” também aparece com 1 registro ou 1% dos casos e “ignorado” aparece com 33 registros ou 31% dos casos.

A violência intrafamiliar é, comprovadamente, a mais difícil de controle devido ao vínculo entre agressor e vítima. Muitos sentimentos estão envolvidos nas relações familiares de gratidão, de perdão, de necessidade de manter a família unida, de culpabilização, pelo fato da criança/adolescente, que estão em fase de desenvolvimento, terem a necessidade de proteção, tendo em vista o agressor ser o provedor da família.

Os pais são os principais responsáveis pelas violências notificadas, concentrando 39,1% dos atendimentos em 2011. Esse papel dos pais começa a ser substituído a partir dos 5 anos por amigos, conhecidos e a partir dos 10 anos, por parceiros ou ex-parceiros e por pessoas desconhecidas (WAILSEFISZ, 2012).

Apesar de estudos apontarem para os pais biológicos serem os maiores responsáveis pela violência doméstica, há famílias compostas por padrastos e/ou madrastas e pai ou mãe biológicos que convivem com os filhos. Embora esses casos apareçam em menor número, quando somados aos pais biológicos, as estatísticas de violência por esses agressores pode aumentar ao relacionar esses dados.

O foco da violência não deve ser apenas a família. A omissão do Estado não é questionada pela sociedade civil apenas, e o que ocorre é uma transferência da culpabilização dos danos e a responsabilização pelo não funcionamento das políticas públicas.

Na política de enfrentamento as violências não existe um trabalho preconizado para o agressor apenas o afastamento. O medo da denúncia, por parte das crianças e adolescentes, que não têm seus direitos respeitados, ainda é muito presente, tendo em vista que o provedor, com a convivência da mãe, parece poder tudo fazer.

Os dados colhidos através do SINAN foram avaliados em fichas direto do sistema e de impressos, fazendo-se a análise comparativa com as fichas preenchidas manualmente pelos profissionais de saúde que chegam das unidades de saúde e são digitadas no referido sistema.

Observou-se que as fichas arquivadas continham dados valiosos em um campo denominado observações complementares e que através desse campo o profissional tenta expressar o que, por diversas vezes, não consegue em todo o preenchimento da ficha, que são dados sobre as circunstâncias do fato e a contextualização da ocorrência.

Foi observado, ainda, muitos campos preenchidos de forma incorreta, bem como deixados em branco. Na maioria dos casos, quem notificou foi o profissional assistente social, seguido de médicos e anônimos.

A grande ruptura a que o ECA se propunha em 1990, era que com a Lei os filhos de todas as classes sociais fossem tratados da mesma forma, contribuindo, assim, para a redução das desigualdades entre crianças e adolescentes, o que ainda continua a ser um desafio.

O debate contemporâneo tem sido a proteção dos direitos da criança e do adolescente, traçando um paralelo entre 1988, momento da redemocratização do país, em que havia um grande número de movimentos sociais a favor da proteção da criança e do adolescente e, hoje, ano de 2013.

Podemos citar que os grandes debates sobre a infância e a adolescência concentram-se na redução da maioridade penal, na cultura da internação compulsória para os dependentes químicos, não levando em consideração os seus direitos. Ao contrário, há um desejo maior de punição instigado pela mídia, sem considerar os direitos violados e a omissão do Estado em relação aos seus deveres para com as crianças e adolescentes.

Sabe-se que o discurso da política ao implantar a notificação é que ao encaminhar as notificações dar-se-á início à quebra da cadeia de violência e o trajeto que a notificação faz, acionando e articulando as instituições da Rede, tem um papel fundamental no estímulo às notificações pelos profissionais de saúde.

Os casos relatados na observação complementar, por vezes, eram diferentes do tipo de violência selecionado, podendo ser uma falha de digitação ou falha humana. O fato é que para entender o tipo de violência foi preciso recorrer às observações dos profissionais que nem sempre constavam no sistema. Segundo a técnica que opera o sistema, o problema é devido à falta de espaço na própria base de dados.

## **5.2 Apresentando os casos acompanhados por uma Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos de uma Unidade de Atenção Primária da SER V**

A Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos contra crianças e adolescentes da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Graciliano Muniz foi criada em 2010 após uma reunião de sensibilização quanto a problemática decorrente da capacitação para a formação da rede de atenção as vítimas de violências, sua função era identificar, notificar, monitorar e encaminhar os casos ao Conselho Tutelar.

A comissão foi formada por uma equipe multiprofissional com um pediatra, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social, uma educadora física, uma técnica de enfermagem, que é a secretária, e quatro agentes comunitários de saúde. Alguns profissionais desistiram e outros entraram, mas hoje a composição permanece esta. Em 2012 após a mudança da gestão municipal, houve a saída da psicóloga e da assistente social, profissionais que era contratadas pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A reunião é mensal e ocorre toda terceira quarta-feira do mês, no período da manhã. O local é uma igreja localizada na comunidade, pois a Unidade de Saúde não tem salas suficientes e adequadas para reuniões sigilosas. É sempre iniciada com a leitura da ata anterior pela secretária e os profissionais trazem notícias sobre os casos citados, como está cada caso. São discutidos os entraves e o que dificulta a condução ou a resolução do caso. Em seguida o coordenador pergunta se há algum caso novo, este é exposto ao grupo e são analisados a situação e o que a comissão pode atuar. Muitos casos não são notificados, e quando são, era a psicóloga e a assistente social quem preenchiam as fichas e encaminhavam a coordenação da Unidade de Saúde que por sua vez encaminhava a SER V e em seguida ao Conselho Tutelar.

Ao identificar os casos suspeitos ou sinais de violência os ACS os mais citados foram: as alterações de comportamento, crianças sozinhas em casa, falta de vacinas, crianças com problemas de saúde que a mãe não trazia para a consulta, eram planejadas ações.

As ações mais utilizadas eram o agendamento de consulta com o pediatra ou com a psicóloga, ou visita domiciliar da equipe quando não era possível a ida da criança ou adolescente a Unidade. Alguns encaminhamentos aconteceram como ao distrito de educação, ao Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ao Centro de

Referência da Assistência Social (CRAS), ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e havia uma dificuldade nas respostas dos casos. Muitas vezes os ACS utilizavam ajuda da própria comunidade cabeleireira, vereadores, comerciantes e outros.

**Tabela 21 – Distribuição dos casos acompanhados pela equipe da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos contra crianças e adolescentes na UAPS Graciliano Muniz/SER V, no período de 2010 a 2013, município de Fortaleza.**

TIPO DE VIOLÊNCIA	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Violência física		3		1	4
Violência física e negligência		1	1	1	3
Negligência		6	2	4	12
Negligência/Abandono		2			2
Violência Sexual		2			2
Trabalho infantil		1			1
Cárcere privado		1		1	2
Outros					
<b>TOTAL</b>		<b>16</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>26</b>

Fonte: Livro Ata 2010/2013.

Durante o acompanhamento dos casos, é comum a revitimização, na família, ou na escola, na rua. Há uma busca ativa do Agente Comunitário de Saúde (ACS), em suas visitas domiciliares para acompanhamento e por vezes é comum a mudança de domicílio.

Os dados mais registrados na Unidade de Saúde foram a negligência com doze casos.

**Quadro 1 – Casos suspeitos de violência física acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz / SER V.**

MOTIVO DO ACOMP.	CONTEXTO FAMILIAR	ENCAM/ RESULT.
Negação do acesso à saúde.	O marido tem 57 anos e a mãe das crianças 35 anos, as duas crianças apanham do marido da mãe . Ele recebe o agente de saúde mas não deixa ver as crianças.	Não notificado
A mãe tem problemas com o marido e sofre de depressão e agride a filha.	As crianças moram com a mãe recém-separada que briga na justiça pela pensão das filhas.	Não notificado
Agressão	Mãe batia nos filhos. Segundo ela, a culpa era da ex-empregada.	Demissão da empregada após orientação do ACS.

(Continuação)

MOTIVO DO ACOMP.	CONTEXTO FAMILIAR	ENCAM/ RESULT.
Com doença neurológica(Epilepsia), espancada na escola, teve atendimento na UPA.	Mora com a mãe que tem problemas de saúde e sobrevive com o benefício do governo. A criança já teve desmaios no colégio e, segundo a mãe, foi espancada por várias colegas no colégio. Ao falar com os pais dos agressores, estes lhe responderam que “lugar de doido é no asilo”, a criança não quer ir à escola e a mãe refere que não pode perder o benefício. Não teve orientação na escola.	Não notificado Conversa da mãe com os pais dos agressores . A direção da escola não mistura os alunos menores no recreio.

Fonte: Livro Ata da Comissão, 2013.

Os casos não notificados geralmente estavam relacionados ao uso de drogas por algum membro da família, já eram identificados pelo ACS, devido ao seu trabalho na comunidade e por morar na área de trabalho, há o medo de represálias. A equipe discute sobre os riscos e não notifica, mas acompanha o caso focando nos procedimentos relacionados aos programas de saúde da unidade de saúde, como o pré-natal, a imunização e assim monitorava a família. Alguns casos foram denunciados de forma anônima, pelo Disque 100, já referido anteriormente.

**Quadro 2 – Casos suspeitos de violência física e negligência acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz/ SER V.**

MOTIVO DO ACOMP.	CONTEXTO FAMILIAR	ENCAM/ RESULT.
Negação do acesso a saúde	Criança apresenta sinais de transtorno mental (autismo) e mãe não leva a criança ao médico, agride o filho e é agredida.	Notificado ao CT. Em tratamento no hospital de Messejana (NAIA), não vai a escola, sem fonoaudiólogo e terapia ocupacional ainda aguarda em fila de espera.
Negação do acesso a educação e desenvolvimento saudável	Avó cuida dos netos e da filha, os três têm problemas mentais, agride e é agredida, foi negado o acesso a escola de um dos netos por agressividade na sala, e o benefício por falta de um laudo médico, uma neta é criada por um casal homoafetivo que está se separando.	Os dois netos foram diagnosticados como autismo, estão em tratamento. O benefício dos netos foi concedido. Estão em sala de aula sem os profissionais adequados.

Fonte: Livro Ata e gravação das Reuniões da Comissão, 2013.

Alguns dos casos acompanhados são de crianças com diagnóstico de autismo, esquizofrenia, cujos benefícios foram concedidos após o acompanhamento e encaminhamento dos profissionais da equipe. Infelizmente, nos casos citados, as escolas regulares não conseguiram oferecer as condições necessárias para aprendizagem e convívio, principalmente com crianças que apresentam transtornos mentais.

Algumas políticas não são direcionadas para as necessidades de cada indivíduo, alguns benefícios nem chegam a sequer ser usados, provando que não tem utilidade em alguns casos. Houve um depoimento de uma mãe de uma adolescente que tem direito ao transporte público gratuito, porém, segundo a mesma, devido as crises de agressividade esse tipo de “benefício”, até agora não teve utilidade para a família.

**Quadro 3– Casos suspeitos de negligência e abandono acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz/ SER V.**

MOTIVO DO ACOMP.	CONTEXTO FAMILIAR	ENCAM/RESULT.
Negação do acesso à educação	Mãe abandonou 3 filhos, criança não estudam, gravidez não desejada, não realizou pré-natal.	Caso pendente, sem notificação. Mãe não fica em casa, parece ter envolvimento com drogas.
As crianças ficam sozinhas em casa.	São quatro crianças na casa , o mais novo tem 1 ano é acompanhado no IPREDE, os pais são usuários de drogas e deixam as crianças sozinhas em casa.	Caso não foi notificado, as visitas são realizadas com cuidado pelo ACS, não foi encaminhado ao CT. Medo do profissional de represálias devido ao envolvimento com drogas.

Fonte: Livro Ata e gravação das Reuniões da Comissão, 2013.

As estratégias utilizadas são formuladas nas reuniões priorizando a integridade físicas e emocional do profissional de saúde, inclusive quando articulado com outros setores, tendo em vista que ao mesmo tempo que o vínculo é um vantagem na condução dos casos pode ser uma grande fragilidade principalmente na Estratégia Saúde da Família, onde os ACS, residem na área de trabalho.

**Quadro 4– Casos suspeitos de negligência acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz / SER V.**

<b>MOTIVO DO ACOMP.</b>	<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>	<b>ENCAM / RESULT.</b>
Negação do acesso a um nome, à educação e à saúde	Mãe tem transtorno mental, crianças não tem documentos e não tem vacinas. São duas crianças, o menino tem pé torto congênito. O marido é usuário de drogas.	Caso pendente, sem encaminhar Ao CT, devido ao marido ter envolvimento com drogas.
Abandono parcial Pai e mãe não ficam em casa	Mãe e pai usam drogas na frente dos três filhos.	Caso não notificado, pendente, devido ao envolvimento da família com drogas.
Negação do acesso à educação	Avó cuida da criança acamada e os vizinhos é que fazem a alimentação, os pais são usuários de drogas.	Caso não notificado, pendente, devido ao envolvimento com o uso de drogas.
Negação do acesso à saúde	O pai foi morto quando a criança tinha 4 anos. Ainda faz xixi na cama. Mãe não comparece às consultas, não dá importância às crianças.	ACS agendou consulta com Pediatra e visita domiciliar
Negação do acesso à educação.	Mãe teve 5 filhos. O primeiro faleceu, o mais novo ela deu. Os três filhos ficam com a avó. A mãe das crianças e o companheiro fazem uso de drogas.	Caso pendente, sem notificação, devido ao envolvimento da família com uso de drogas.
Não realiza pré-natal, negando o acesso à saúde.	Idosa cuida dos netos, filha grávida não realiza pré-natal.	Após a visita do ACS, realizou as Consultas de pré-natal
Negação do acesso à saúde (vacinas em atraso).	Mãe tem 4 filhos cada um de um pai diferente, está com as vacinas em atraso.	Agendado visita domiciliar para Vacinar em casa
Negação do acesso ao nome e à educação.	Mãe acamada por sequela de meningite, não tem transporte para registrar as crianças e levá-las à escola, o pai é usuário de drogas.	Através da equipe agendou consulta Com psiquiatra, tirou documentos pendentes e colocou as crianças na escola
Negação do direito a um nome.	Moram em uma reciclagem com a mãe e o pai, sem documentos e benefícios do governo.	Agendado consulta, orientações sobre verminose e medicamentos. Permanecem sem documentos
Negação do acesso à educação	Mãe e 3 filhos que não estudam.	Não notificado, pendente, faltam dados para o preenchimento da ficha de notificação

(Continuação)

MOTIVO DO ACOMP.	CONTEXTO FAMILIAR	ENCAM / RESULT.
Negação do acesso à saúde e à educação	Mora com a mãe, crianças desnutridas e não estudam, não realiza os exames solicitados pelo médico que acompanha na escola.	Agendado nova consulta e visita domiciliar
Negação do acesso à educação	Adolescente mora com os pais evangélicos. Saiu da igreja e agora está com “más companhias”, não vai à escola e se diz neonazista, contra homossexuais, racista.	Voltou a igreja e segundo os pais “está ótimo... foi resolvido o problema”. Segundo a família e a comissão o problema foi tido como resolvido.

Fonte: Livro Ata e gravação das Reuniões da Comissão, 2012/2013.

As abordagens domiciliares são realizadas com foco no atendimento a saúde da criança e do adolescente, por vezes as soluções foram paliativas ou a própria família considera resolvido. A equipe considera o caso encerrado, quando a situação exposta para análise foi “resolvida”, embora que alguns casos tenham sido ações pontuais. A questão da mobilização da comunidade e da participação infantojuvenil no processo de enfrentamento as violências contra essa faixa etária, não tem sido efetivada na atenção primária em Fortaleza.

**Quadro 5 – Casos suspeitos de cárcere privado acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz / SER V.**

MOTIVO DO ACOMP.	CONTEXTO FAMILIAR	ENCAM/RESULT.
Apoio psicológico a família. O jovem é acompanhado pelo CAPS geral em visitas domiciliares. A família tem medo de mantê-lo em liberdade.	Jovem esquizofrênico, mantido em jaula e acorrentado pelo pai. Sai da jaula somente para tomar banho, uma vez por semana. O pai é agressivo, agride a mãe e o filho quando usa álcool. A mãe tem depressão. Tem duas irmãs que ameaçam o pai, caso ele agrida a mãe.	Realizado visita domiciliar, Encaminhado a internação hospitalar Agendado consulta para a mãe. O caso foi notificado ao CREAS.
Negação do acesso à liberdade, à educação.	Moram no “beco da morte”, deixa os filhos trancados e o vizinho alimenta pelo buraco na parede. A irmã está na justiça pedindo a guarda da criança. A mãe é pedinte, é dependente de crack e já tomou o cartão de crédito da avó.	Notificação pendente, devido ao envolvimento da família com drogas

Fonte: Livro Ata e gravação das Reuniões da Comissão, 2012/2013.

Apesar das diversas intervenções da equipe, em relação a situação de cárcere privado, o medo impede a ação dos profissionais de saúde.

A ação em alguns casos, deve ser contínua e a equipe tem que ser preparada para casos difíceis como esta situação. No caso citado acima, a família foi orientada, a internação realizada e ao retornar ao domicílio, os hábitos familiares se restabeleceram, necessitando de novas intervenções.

**Quadro 6 – Casos suspeitos de violência sexual acompanhados pela Comissão Prevenção aos Maus-tratos, na UAPS Graciliano Muniz/ da SER V.**

MOTIVO DO ACOMP.	CONTEXTO FAMILIAR	ENCAM/RESULT.
Abuso sexual. Criança na escola apresenta-se triste, isolada, sem interação com os colegas, segundo a professora.	Criança mora com a mãe e o padrasto, fica sozinha em casa, com o pai do padrasto. Disse a mãe que ele a abusou. A mãe não acreditou.	Mãe não compareceu a consulta agendada com a psicóloga, realizado visita domiciliar, mãe refere que “está tudo bem”...O caso não foi notificado.
Abuso sexual. Mãe não comparece as consultas	Foi abusada pelo pai, que foi expulso da rua onde morava pela mãe. Encontrase foragido.	O pai é foragido, a mãe acha que é necessário um acompanhamento psicológico mas não comparece a consultas agendadas. O caso não foi notificado.

Fonte: Livro Ata e gravação das Reuniões da Comissão, 2012/2013.

Os casos de violência sexual são os que exigem ação mais imediata, devido aos procedimentos que podem ser realizados quanto a gravidez indesejada e a transmissão de possíveis DST/HIV. Também é indicado o atendimento psicológico à criança e à família. O atendimento e tratamento deveria ser dado ao agressor, porém a política não contemplou esse aspecto.

**Quadro 7– Casos suspeitos de Exploração da mão de obra infantil, acompanhados pela Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos, na UAPS Graciliano Muniz / SER V.**

MEIO DE AGRESSÃO	CONTEXTO FAMILIAR	ENCAM/ RESULT.
Negação do direito de educação e brincar nas horas livres.	Filha realiza tarefas domésticas e não comparece as aulas	Orientada pelo ACS sobre os direitos da criança e do adolescente. O caso não foi notificado.

Fonte: Livro Ata e gravação das Reuniões da Comissão, 2012/2013.

Com relação ao trabalho doméstico, ainda constitui-se uma tradição nas famílias, dedicar os afazeres domésticos, principalmente, as meninas. Entretanto, a orientação de que aprendizagem não deve intervir no acesso a educação e às horas de lazer da criança ou adolescente, foi suficiente no caso acima. Houve um receio dos profissionais em trazer complicações a mãe e a família. A equipe percebeu a notificação como uma ação punitiva e não como proteção ao adolescente.

## 6. PROCESSO DE ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FAMILIARES E CONSELHEIROS TUTELARES

### PAZ

Será que a paz assusta?  
 Será que a paz é justa?  
 Será que a paz tem preço?  
 Quanto é que o preço custa!  
 A paz que não tem raça  
 Nem boa aparência,  
 A paz não vem de graça  
 A paz é consequência,  
 A paz, que a gente faça  
 Sem peso e sem medida  
 A paz dessa fumaça  
 A paz virando vida.  
 A paz que não tem prazo  
 A paz que pede urgência  
 Não vai ser por acaso  
 A paz é consequência  
 Não é coincidência nem coisa parecida  
 A paz a gente faz feito um prato de comida.

(Gabriel o pensador)

### 6.1 Análise do processo de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes na visão de profissionais de saúde e familiares

Nos quadros a seguir, a intenção foi fazer um confronto entre as concepções utilizadas pelos profissionais de saúde e os familiares que acompanham os casos de crianças e adolescentes em situação de violência com relação aos conceitos, causas, rede de apoio às vítimas e às sugestões para uma melhor abordagem dos casos, compondo uma visão da política em nível local.

Fora, realizado dois grupos focais com os cinco profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível médio, identificadas no quadro como (NS-1, NS-2, NS-3, NS-4, NS-5) e (NM-1, NM-2, NM-3, NM-4, NM-5) respectivamente. As entrevistas em profundidade realizadas com cinco familiares de crianças acompanhadas pela referida Comissão são identificadas no quadro como (E-1, E-2, E-3, E-4, E-5).

Os familiares notificados como “agressores”, de acordo com a classificação utilizada, ou seja, aquele que violar os direitos da criança e do adolescente ou em caso de omissão (negligência) é caracterizado como agressor, no instrumento utilizado (Ficha de Notificação, em anexo), que não contém as circunstâncias que envolvem o caso, nem o contexto socioeconômico cabendo ao profissional encaminhar ao conhecimento do Conselho Tutelar ou à delegacia especializada da criança e do adolescente de acordo com o caso.

**Quadro 8 – Concepção de violência para os profissionais de saúde da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos.**

<b>PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>
“Violação de direitos” (NS -2).
“Qualquer coisa que cause danos à pessoa” (NS 1).
“Mas eu apanhei quando criança e acho que foi merecido” (NM 1).
“Como não pode mais bater, eu boto de castigo, mas eu já bati muito na minha filha” (NM2).
“Violência é toda e qualquer violação de direitos e deveres do cidadão” (NM 3).
“É causar algum dano, algum prejuízo à pessoa” (NS1).
“Muitas pessoas não têm direito à educação, à saúde, se a pessoa tem um problema neurológico, como tem na área...não tem ... isso também é violência” ( NM3).
“ Violência é bater, é a droga” (NM 2).

Fonte: Grupo focal realizado com nível médio e superior.

Legenda: NS1 – MÉDICO; NS2 – PSICÓLOGA; NS3 – ASSISTENTE SOCIAL; NS4 – ENFERMEIRA; NS5 – EDUCADORA FÍSICA; NM 1 – ACS; NM 2 – ACS; NM3 – ACS; NM4 – ACS; NM – 5 TÉCNICA DE ENFERMAGEM.

**Quadro 9 – A concepção de violência para os familiares da criança ou adolescente acompanhado pela equipe.**

<b>FAMÍLIA – AGRESSOR</b>
“E esse uso de drogas ( E- 1).
“É ciúme, traição (E-2).
“È agredir, agredir com palavras .... é pior do que bater, porque ofende (E-3).
“Ele gostava muito de desfazer de mim (E-3).
“Dizer palavrão é pior que bater” (E-3).
“Ele me difamava muito e eu não gostava” (E-5).
“Acho que é o preconceito, acho que as pessoas tem que respeitar, não importa se é feio, se é nego, se é bonito, o importante é o respeito” (E-3).
“Embora essas sejam assim (lésbicas) eu acho que cuidam melhor que nós... (E-4).
“A falta de atenção e falta de ser humano né...” (E-3).

Fonte: Entrevistas em profundidade com familiares das crianças acompanhadas pela referida comissão (2013).

Legenda:

Entrevistado 1 (E1); Entrevistado 2 (E2); Entrevistado 3 (E3); Entrevistado 4 (E4); Entrevistado 5 (E5).

Na verdade, apenas um conceito não consegue abranger a definição de violência. Para Guerra (2001, p.31):

Violência é um forma de relação social; está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Sob esta óptica, a violência expressa padrões de sociabilidade, modos de vida, modelos atualizados de comportamentos vigentes em uma sociedade em um momento determinado de seu processo histórico.

Como se trata de um conceito polissêmico e controverso, sob o olhar de cada disciplina, são reveladas novas faces sobre o tema. Assim, a concepção de violência depende da visão do campo disciplinar em que a pessoa se encontra e do contexto social no qual se está inserido e suas normas culturais.

Desta forma, para os profissionais de saúde a concepção de violência está relacionada à violação de algum direito, qualquer coisa que cause danos ou prejuízos a outrem, a falta de acesso a um serviço básico como a saúde e a educação.

A expressão “direitos fundamentais”, utilizada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990, *on line*), significa que todas as crianças e os adolescentes não são mais vistos como portadores de necessidades, de carências ou de vulnerabilidades, mas, antes de tudo, são reconhecidos como sujeitos de direitos exigíveis em lei. Esses direitos são os seguintes: 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, direito à profissionalização e proteção no trabalho

Tanto na fala dos profissionais quanto na fala dos familiares, a violência foi colocada como uma forma de se relacionar, impondo a força física, a vontade própria sobre o outro, ofensas verbais e falta de respeito que existem nos relacionamentos, ao se referirem que violência é “agredir”, “bater”, “difamar”, “ofender”, “dizer palavrão”.

Entre tantas definições, Tavares dos Santos (2009, p.9), define violência:

[...] como uma forma de sociabilidade na qual se dá a afirmação de poderes, legitimados por uma determinada norma social, o que lhe confere a forma de controle social: a violência configura-se como um dispositivo de controle, aberto e contínuo.

Mas a violência não seria apenas a sua manifestação institucional, pois a “força, coerção e dano em relação ao outro, enquanto um ato de excesso presente nas relações de poder” estaria “seja no nível macro, do Estado, seja no nível micro, entre os grupos sociais” (TAVARES DOS SANTOS, 1995, p.281).

Sua forma social contemporânea estaria expressa no

excesso de poder que impede o reconhecimento do outro — pessoa, classe, gênero ou raça — mediante o uso da força ou da coerção, provocando algum tipo de dano, configurando o oposto das possibilidades da sociedade democrática contemporânea. (TAVARES DOS SANTOS, 1995, p. 282).

Nesta pesquisa, além das agressões físicas e verbais, a violência foi associada ao uso de drogas e à traição. Vale ressaltar que a SER V, se trata de uma localidade de Fortaleza que tem alta densidade demográfica, altos índices de violência e consumo de drogas lícitas e ilícitas.

É a Regional mais populosa de Fortaleza e, também, a mais pobre da Capital, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos. O bairro mais populoso é o Mondubim (80 mil habitantes), seguido da Granja Lisboa (49 mil habitantes), Genibaú (39 mil habitantes) e Vila Manoel Sátiro (34 mil habitantes).

A SER V (2014, *on line*) também é uma das Regionais com perfil populacional dos mais jovens de Fortaleza: 44% da população têm até 20 anos. É ainda a área da Cidade com segundo maior índice de analfabetismo (17,83%), inferior apenas ao registrado pela Regional VI. Na Regional V tem sido identificadas altas taxas de homicídios e, de modo mais específico, os bairros Bom Jardim, Siqueira, Canindezinho, Granja Portugal e Granja Lisboa integram o denominado Grande Bom Jardim.

Não há como negar que nas áreas mais pobres, existe maior concentração de conflitos<sup>62</sup>. Esse universo pesquisado é conhecido por ter articulado vários movimentos sociais na prevenção às violências, como descrito a seguir:

[...] entender o caráter relacional sempre presente nos eventos violentos, que faz de todos nós, em algum momento ou situação, ora vítimas ora

---

<sup>62</sup> É comum associar violência, mero instrumento usado com maior ou menor intensidade, a um estado social permanente e excessivo na sociedade como um todo ou entre os excluídos, explorados ou dominados. O conflito é necessário e inevitável nas sociedades justamente porque o consenso nunca é total, nem fechado, nem muito menos permanente.

algozes. Investigar tanto as formas mais atroz e condenáveis para a opinião pública como situações não menos escandalosas, mas que são naturalizadas pela cultura, protegidas por ideologias e/ou instituições aparentemente respeitáveis, como a família, a escola, as empresas e o Estado. (MINAYO; SOUZA, 1998, p 522).

A partir da análise das falas sobre a concepção de violências, pode-se perceber que tanto para o profissional de saúde quanto para os familiares, a agressão física ainda é a principal característica relacionada as violências.

Durante as entrevistas com os familiares foi observado pela pesquisadora, uma postura de vítima, uma falta de consciência quanto à negação de direitos ou violação de direitos da criança e do adolescente. A maioria dos familiares não tinha conhecimento da existência do ECA e da instituição que zela pela garantia dos direitos da criança e do adolescente, o Conselho Tutelar. Alguns afirmaram que já ouviram falar, mas não sabiam o seu papel, outros realmente nunca ouviram falar .

Percebe-se que as práticas que foram utilizadas na educação dos pais é reproduzida em alguns momentos na educação dos filhos. Na fala seguinte:

Mas eu apanhei quando criança e acho que foi merecido; devo aos meus pais o que sou, ainda bem que fizeram isso. (NM-1);

Como não pode mais bater eu boto de castigo, mas eu já bati muito na minha filha. (NM-3).

Percebe-se que há uma concepção de um “bater pedagógico”, nas falas aqui relatadas. Como o bater passou a ser reprovável em nossa sociedade a partir do ECA, as mudanças decorrentes ainda estão em processo, provocando algumas discussões.

Afirma Oliveira (2008) que a “violência doméstica” foi caracterizada sem ter sido levado em consideração o contexto e os sentidos locais de determinados atos, cita o exemplo do Timor Leste e a atuação de ONGs e organismos internacionais.

Enquanto bater tinha uma justificativa moral e o sofrimento da vítima era essencialmente físico, a prática não era só aceita, mas também defendida por homens e mulheres, que se limitavam a criticar os excessos. Não obstante, quando o bater se constitui uma “nova” forma de agressão, dirigida a pessoa da vítima e representada como um desrespeito ou negação de sua identidade como pessoa moral, agressão ganha ares de “violência doméstica” e passa a ser intolerável (OLIVEIRA, 2008).

Todos os familiares entrevistados tiveram a necessidade de orientação quanto

aos direitos da criança e do adolescente e reportaram que foram orientados pelos profissionais da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos da unidade de saúde pesquisada. Referiram, ainda, que “abaixo de Deus”, devem tudo aos profissionais que as orientaram quanto aos benefícios que conseguiram acessar. Todos atribuem o acesso aos seus direitos, como um sentimento de caridade vindo dos órgãos públicos ou das autoridades competentes, sem demonstrar consciência dos seus direitos e de sua cidadania.

Os profissionais de saúde do nível médio, em sua maioria, justificaram a entrada e a permanência na referida Comissão por estarem “ajudando o próximo”, “ajudando de alguma forma as pessoas”, demonstrando que a visão predominante, nestes profissionais de saúde, é caritativa e assistencial.

Quanto às causas relacionadas às violências, tanto foram citados aspectos individuais como de natureza pessoal, como a índole, o caráter quanto de aspectos coletivos, como as causas sociais como o desemprego, a falta de acesso às políticas públicas básicas, ainda foram citados a ausência da família, aspectos subjetivos como a falta de amor, a falta de Deus, dentre outros.

O Relatório Mundial de Violência e Saúde da OMS propõe um modelo ecológico de explicação das raízes da violência. Este leva em conta os fatores biológicos, que cada indivíduo apresenta em seu comportamento, os fatores relacionais, suas interações sociais, amigos, familiares e suas influências; e os fatores comunitários como: os locais de trabalho, a escola, a presença de drogas e armas ou o isolamento social de certas famílias; e os fatores sociais como: normas culturais que justificam a violência como forma de resolver conflitos, machismo, cultura adultocêntrica, valorização do suicídio como escolha individual e outros (OMS, 2002 apud MINAYO, 2006).

No texto da OMS, discutem-se ainda as políticas econômicas e sociais, de educação, de saúde que contribuem para manter desigualdades, ou seja, para perpetuar as formas mais perversas de violência estrutural, e lembra que, dentro de uma perspectiva de desenvolvimento humano, são diferentes elementos que influenciam a vitimização ou perpetração nas várias faixas etárias (MINAYO, 2006).

Para lidar com as situações de violências atendidas nos serviços de saúde é necessário conhecer não só a concepção de violências das variadas Ciências Sociais,

Econômicas, da Educação e não só a visão da saúde para que haja uma boa articulação entre os diversos setores.

**Quadro 10 – As causas da violência contra crianças e adolescentes na visão de profissionais de saúde da atenção primária.**

<b>PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>
“a maioria que usam drogas são desempregados” NM1.
“conheço um que trabalha o dia inteiro e o dinheiro é pra comprar droga” NM4.
“a base de tudo tá na família” NM2.
“às vezes a educação é a mesma pros 4 filhos, mas um usa droga [...] um vai pro lado errado [...] e ai o que houve, mas é do ser humano ser violento. NM3.
“antigamente se fumava pra ter ‘status’ se via os artistas fumando, a pessoa queria imitar os famoso” NM2.
“causas ah!!! bebida e ciúme” NM1.
“nos que eu conheço um que bebe todo dia e é um amor pra família” NM3.
“ é da índole do caráter” NM5.
“depende de cada um porque cada um tem uma maneira de agir [...] é do sistema nervoso da pessoa” NM5.
“eu digo lá em casa cuidado com o facebook, a internet tá ai, a gente vê todo dia as coisas aí na televisão” NM3.
“A gente se debate de frente é a ausência dos direitos que o governo oferece à população” NM5.
“se participa de algum movimento, os jovens lá da igreja dificilmente vão entrar na droga” [...] “quem já tá lá dentro ele não deixa, ele jovem vai entrar na droga porque ele conhece a Deus e sabe o que é certo, ele teme a Deus, é falta de conhecer a Deus” NM4.
“É a falta de tolerância, porque hoje tem a cultura do prazer, não se pode estar triste, dai tem a geração prozac [...] não se tem mais luto como antes [...]” NS2.
“Ao partir do momento que a pessoa só vai vendo violência, o filho vai presenciando isso aí, com certeza ele não vai reproduzir [...] ele vai querer se livrar daquilo [...] aí fica difícil definir aí já não foi o meio” NM3.
“e a sobrecarga de trabalho, a vida corrida que gera mais conflitos” NS3.
“Pessoas que não tem caráter [...] não tem personalidade” NM1.
“É a falta do bolsa família, sem tratar as drogas, esse negócio de ser a força (a internação pra quem usa droga) eu discordo [...] se tiver oportunidade de fugir ele vai, ele tem que ter vontade desejo de sair daquilo” NM2.

Fonte: Grupo Focal com os profissionais de Saúde e Entrevista com as Famílias agressor), 2012/2013.

**Quadro 11 – As causas da violência contra crianças e adolescentes na visão dos familiares acompanhadas pela equipe.**

<b>FAMÍLIA – AGRESSOR</b>
“Não, eu não conheço [...]”. (E-1, E-2 e E-3)
“Eu não entendo [...] eu não sei ler, eu preciso que alguém me diga e eu vou atrás dos meus direitos” (E-1).
“Eu acho errado uma mãe soltar um filho desse (8 anos), e deixar ir pro colégio sozinho”. (E-2)
“Assim [...] não é pra agredir não, não pra ficar marcas né, porque muitas vezes a criança não obedece, aí você com um palmada [...]”. (E-2)
“Ele já foi preso quando não dá a pensão, mas dá quando quer, ele bota 50,00 reais, eu já fui na justiça três vezes, aí deixei de mão, porque eu não vou tá só direto no Fórum, direto, direto”. (E-2)
“Eu fui pra diretora e ela não tomou as providências”. (E-2)
“Eu menti na UPA, disse só que ela tinha passado mal na escola. Na hora eu não fiz BO eu queria que ela ficasse bem [...] não tive o apoio da diretora [...]”. (E-2)
“Não, eu já ouvi falar mas não sei o que é[...] mas eu [...] sei pra ajudar né as crianças”. (E-3)
“Eu só sei que é quando o menino desobedece a mãe [...] e dá vontade de bater [...]”. (E-4)
“Eu não sei não [...] é tanta coisa”. (E-5)
“Eu acho que bater não é violência não[...] é pra ele obedecer [...] claro que não e pra machucar forte [...] mas eu boto de castigo [...] até aprender”. (E -2)
“É da doença mesmo [...]” (E- 1).

Fonte: Grupo Focal com os profissionais de Saúde e Entrevista com as Famílias (agressor), 2012/2013.

A associação entre pobreza e violência não foi comprovada. Sabe-se que a desigualdade social, medida pelo Índice de Gini<sup>63</sup> ou outros indicadores, esta associada a violência. O aumento de 1% no coeficiente de Gini esta associado ao aumento de 1,5% nas taxas de homicídio e ao aumento de 2,6% nas de furtos, por outro lado o aumento de 1% no PIB leva a redução de 2,4 % nas taxas de homicídios e 13,7% nas de furtos ( CONCHA EASTMAN, 2006 apud FAJNZULBERR, 2001, p78. )

<sup>63</sup> O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos. No Relatório de Desenvolvimento Humano 2004, elaborado pelo PNUD, o Brasil aparece com Índice de 0,591, quase no final da lista de 127 países. Apenas sete nações apresentam maior concentração de renda.

**Quadro 12 – Percepção dos profissionais de saúde sobre a Rede de Apoio às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência.**

<b>PROFISSIONAL DE SAÚDE</b>
“Não se vê interesse (eles não comparecem às reuniões), nem resposta nenhuma” NS1, NS3, NM 2, NM 3.
“Se for esperar pelo CT” NS1, NM2, NM4.
“Falta de respostas sobre os casos notificados” (NS1, NM2).
“Muitas vezes usada como trampolim eleitoral, entre os conselheiros tem vários vereadores” NS-1, NM-3).
“Deficiência no quadro de funcionários” NS-1, NS4.
“Deficiência no número de Conselhos Tutelares” (NS1, NM1, NM2).
“Falta de uma supervisão [...] um apoio [...] (da própria regional) [...] das instituições que compõem a rede” NS1, NS3, NM2, NM3.
“Falta de articulação entre os setores” NS1, NS3

Fonte: Grupo Focal com os Profissionais de Saúde e Entrevista com as Famílias (agressor), 2012/2013.

**Quadro 13 – Percepção dos familiares das crianças e adolescentes acompanhadas, sobre a Rede de Apoio às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência.**

<b>FAMÍLIA – AGRESSOR</b>
“Não tem vaga na Casa da Esperança, “já liguei pra “Mão amiga”, lá é segunda, quarta e sexta, mas tem que pagar 380 reais de transporte como é que paga? Não tem condições” (E4).
“Tem que ficar esperando [...]” (E4).
“Já tentei inúmeras vezes vaga pra ele [...]” (E4).
“É difícil [...], mas pra onde botar pra eu ir, eu vou (porque eu não sei lê né), eu só preciso saber onde é, eu vou a pé, de qualquer jeito [...]” (E1).
“Eu não sabia que tinha que ir na defensoria, uma vizinha foi e conseguiu” (E4).
“A que tem vaga é muito distante” (E4).
Falta o que ele precisa, só vai ao psiquiatra e lá só dá a receita, ele não faz mais nada, falta o fono, a terapia, a escola própria pra ele, remédio pra vermes” (E4).
“Agora tá boa, porque não deixam os alunos pequenos com os grandes” (E2).
“Não conheço não” (E4).
“Só sei da delegacia da criança e do adolescente né [...] e o IML porque quando aconteceu ela teve que ir lá” ( E5).

Fonte: Grupo Focal com os profissionais de Saúde e Entrevista com as Famílias (agressor), 2012/2013.

Observa-se que as mazelas típicas de países em desenvolvimento, como o analfabetismo, a pobreza, o desconhecimento das leis dificultam a luta na garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

Em nenhum momento foi citada a necessária participação das crianças e adolescentes, que ainda são tratados como se não tivessem “voz”, sendo submetidos às decisões tomadas por seus responsáveis, a exemplo do caso de uma criança

agredida na escola e não foi comunicado ao Conselho Tutelar e a aluna sequer foi ouvida.

Na apreciação sobre a rede de proteção integral às crianças e adolescentes em situação de violência, os profissionais e familiares compreendem que há uma fragmentação do atendimento. Não existe um atendimento integral à criança e ao adolescente, os atendimentos especializados não se articulam, cada um vê uma parte do problema da criança, nunca veem de forma integral

No relato a seguir a mãe de uma criança que faz acompanhamento psiquiátrico em uma unidade de saúde, relata que aguarda a terapia ocupacional em outra unidade e a vaga na escola em outro bairro e isso torna o acompanhamento além de dispendioso, necessita de alguém que o acompanhe diariamente aos atendimentos, enquanto que tem um benefício que nunca utilizou:

Ele tem o passe-livre mas eu nunca usei [...], toda vida que vai pro hospital é de carro[...]toda vida que ele for pra escola tem que ir deixar e buscar, sabe tem que ter um carro [...] não anda de ônibus [...] ele mexe na bolsa do pessoal, no meio do caminho se o carro parar ele fica com raiva, agora ele tá mais calmo, mas de primeiro, ele me bate dentro do ônibus, arranca meu brinco... (E-3).

Torna-se visível a ausência de proteção das crianças e adolescentes pelas instituições que deveriam proteger, como a família, a escola, o Estado e a sociedade, conseqüentemente, há um descrédito das instituições públicas pelos profissionais e também alguns familiares devido ao descumprimento das leis e à deficiência que tem de recursos humanos e profissionais capacitados. Em consonância com essa situação, há um poder paralelo, uma rede extensa e organizada, do narcotráfico e aliciadores para a exploração sexual que tem captado desde cedo jovens incluindo as crianças e adolescentes excluídas da sua própria infância ou adolescência.

Para Zaluar (2007, p.33):

A corrupção institucional, a irreverência pela lei, a ineficácia e a discriminação no sistema de Justiça, em países como o Brasil, fizeram, no entanto, que a violência urbana aumentasse num ritmo desastroso. No Brasil, começou-se tardiamente a saber um pouco sobre a provisão de drogas ilícitas ou sobre a força organizacional das redes de traficantes, principalmente suas conexões com a economia e as instituições legais.

Durante a análise dos casos na Comissão, observou-se que uma violência sempre tem outras violências relacionadas e a forma de abordagem para identificá-las nas relações deve ser feita com cautela e atenção. Não se tem bons resultados com perguntas diretas, as perguntas devem girar em torno do dia a dia, das suas relações cotidianas, de suas vivências.

Ao perguntar em uma entrevista à mãe de uma criança com diagnóstico de autismo, se a criança já sofreu violência, a mãe referiu de início que não. Ao prosseguir a entrevista e comentar sobre a última internação do filho, ela referiu que:

[...] ele ficou 15 dias amarrado lá (no hospital psiquiátrico) feito um bicho, feito um animal, eu disse foi pra assistente social: vocês não tem vergonha não de fazer isso com uma criança [...], mas elas diziam que era pra não puxar os cabelos da mãe dele [...] eu disse – “não tem nada não” [...] não é a mãe dele? era os médicos de lá [...] dava quatro injeções de uma vez [...] aqui não dá pra segurar um menino desse, pra que que servem esses seguranças? O menino dormia era amarrado, gritando, gritando, gritando, eu dizia [...] o menino vai ficar é mais doente [...] ele arrastava aquela cama, a força que o menino tinha era grande mulher [...]”. (E3)

Sabe-se que o tratamento psiquiátrico, muitas vezes, pode utilizar a contenção para evitar que o próprio paciente sofra lesões. Na década de 90, no Brasil, iniciou-se um processo de reforma psiquiátrica por movimentos de trabalhadores das saúde mental pela quebra de paradigmas sobre o doente mental. Após algumas mudanças na estrutura institucional, as internações foram reduzidas aos casos mais graves, porém denúncias de maus-tratos em hospitais psiquiátricos persistem.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é entendido como um conjunto de movimentos sociais organizados no sentido de questionar a função social da Psiquiatria, dos hospitais psiquiátricos e dos trabalhadores em saúde mental, além de reivindicar direitos dos portadores de transtornos mentais. É um processo que nasceu das crescentes denúncias sobre os maus-tratos dos portadores de doença mental em hospitais, a partir da abertura democrática verificada no Brasil em meados da década de 80. Os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial colocados em prática, buscam promover o portador de transtorno mental à condição de pessoa no âmbito da sociedade (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Com relação ao processo de desinstitucionalização no Brasil, Diamantino (2010, p.46) reconhece que:

[...] no Brasil, a desinstitucionalização significa, preponderantemente, desospitalização, dado que a cultura manicomial ainda impregna fortemente o imaginário social. A Reforma Psiquiátrica brasileira se mostra, portanto, orientada pela diminuição de ofertas de leitos e fechamentos de hospitais, assim como por um investimento muito tímido na desmontagem do modelo hospitalocêntrico e o seu aparato ideológico centrado na Psiquiatria clássica.

Nos serviços de apoio psicossocial do município de Fortaleza observa-se uma estrutura insuficiente, os profissionais tem uma alta rotatividade devido as formas de contrato, a cobertura por bairros ainda é deficitária, agravando-se no atendimento a crianças e adolescentes. O município conta com dois CAPS infantil, que têm deficiências para o atendimento, devido a uma grande demanda e necessidade da atenção especializada .

Conseqüentemente há uma dificuldade para obter os diagnóstico de doenças mentais em crianças e adolescentes. Trata-se de violação aos direitos da criança, causando empecilho para obter os benefícios necessários e início do tratamento tardio já com déficits e danos irreversíveis a esta. Observou-se que a mãe ou responsável desconhecem a doença do filho e as formas de lidar com o problema. Em uma entrevista vimos que o diagnóstico tardio prejudica toda a família:

Não [...] só me disseram que ele tinha características, porque ele se morde, ele taca a cabeça na parede [...]. Ele não sente dor né? A doutora disse que ele não sente dor [...]. Ele se morde que sangra [...] eu acho que ele sente que ele grita [...]. Eu acho que ele sabe ler porque ele pega o celular e usa vai nas letras, ouve música, ele gosta de música [...] ele gosta de pular [...] ele desenha. (E3)

A mãe ainda tratava a criança como um bebê devido ao seu desconhecimento do diagnóstico e das mudanças ocorridas. Como lidar com suas necessidades na adolescência? Ao recorrer ao médico, segundo a mãe, houve uma culpabilização da própria mãe:

Eu não sabia como lidar com ele, o doutor disse que a culpa era minha, porque quando ele quer uma coisa e não dou, ele se bate, grita e fica agressivo, ele disse que eu faço tudo que ele quer e é verdade. (E3)

A mãe e a avó afirmam que necessitam de orientações de como lidar com a criança. Como aconteceu certa ocasião no hospital, onde a mãe teve a oportunidade de participar de reunião com os profissionais, mas alega que ocorre apenas somente

lá (No serviço de saúde Núcleo de Atenção à Infância e à Adolescência - NAIA no Hospital Mental de Messejana). Isso ressalta a falta de capacitação dos profissionais que trabalham com crianças e adolescentes com necessidades especiais, nas unidades de atenção primária à saúde.

Ao culpabilizar a mãe, no caso a única responsável, mantém a mãe sem as informações necessárias para continuar cuidando do filho e permite a reprodução de várias atitudes que desrespeitam os direitos da criança, com a agravante da fragilidade e da deficiência.

A obrigação paterna ainda se resume, por lei, à questão econômica, na pensão alimentícia e não é obrigatória a divisão das responsabilidades, como nesse caso em que a criança exige uma série de cuidados especiais e acompanhamento com profissionais em lugares diferentes e a presença do pai não é obrigatória, ficando a incumbência unicamente a cargo da mãe.

Trata-se de um grande equívoco considerar que a questão financeira supre as necessidades de uma criança em desenvolvimento, sendo esta apenas um dos aspectos do cuidado.

Para Silva (2002, p.214):

[...] o ditame da maternidade exige que estas abram mão de suas próprias necessidades em função dos interesses familiares e depois as torna depositárias da responsabilidade básica, frequentemente, exclusiva de criar e alimentar seus filhos, embora desprovidos de poder e de recursos para fazê-lo. Esse ditame é mantido mesmo nas situações em que a mulher trabalhe em tempo integral fora do lar e resulta na expectativa cultural de que a maternidade corresponde a um papel predominantemente na vida de uma mulher e tem precedência sobre tudo mais, inclusive sua própria saúde, bem-estar e necessidades. Quando os filhos apresentam problemas suas mães são imediatamente consideradas como tendo falhado em sua missão. Naturalmente, tal ditame não existe para os pais, cuja ausência do lar é considerada “normal”, e raramente são apontados como fonte da dificuldade que seus filhos experimentam.

A falta de políticas públicas que atendam as necessidades de crianças e adolescente com necessidades especiais, aliada ao tratamento aterrorizante dado durante a internação psiquiátrica, afasta a criança de um ambiente sociável e saudável de convivência com outras pessoas, tendendo ao isolamento da família.

O que eu queria era uma escola..., eu queria também que ele batesse um eletro da cabeça [...] porque pra fazer os exames ele não conseguiu fazer

porque ele não dormiu e lá não davam remédio pra dormir, então ele não fez [...] foi marcado pelo posto e pelo posto não faz com sedação [...]. A Maria (aponta para vizinha) disse que conseguiu na justiça, aí ela bateu (do filho) no Albert Sabin [...] a mulher disse até que se eu não conseguisse remédio eu fosse na Secretaria de Saúde [...] porque lá no CAPS falta remédio [...] lá no hospital não tem tudo lá [...] mas eu não vou não [...] pra ele ser amarrado de novo? (E3)

O profissional de saúde, além dos cuidados de rotina, deve estar atento às vulnerabilidades encontradas no meio em que a criança e adolescente estão inseridos, observando os hábitos locais, não tendo como referência apenas os parâmetros internacionais, o que pode causar, inclusive, desistência do tratamento.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam na referida Comissão têm sido utilizados como referência para o monitoramento e orientações da família sobre os diversos sinais de violência, levando em consideração não somente a física, mas a psicológica e a estrutural.

**Quadro 14 – Levantamento das vulnerabilidades identificadas pela pesquisadora nos casos acompanhados pelos profissionais de saúde.**

<b>Vulnerabilidades</b>
Uso de drogas por algum membro da família.
Problema financeiros na família.
Baixa escolaridade na família.
Resolução de conflitos através da força ou atos violentos.
Alguma deficiência sensorial/física em membros da família.
Algum transtorno mental em membro da família.
Falta de consciência da situação de violência.
Naturalização da violência, inconsciência da violação dos direitos.
Descrédito das instituições públicas.
Desvalorização da vida humana.
Machismo.
Preconceito, discriminação.
Falta de diálogo, tolerância diminuída.
Vida estressante devido ao trabalho.
Baixa autoestima.
Impunidade.
Gravidez indesejada.
Não reconhecimento da paternidade.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir do livro ata de registro dos casos e observações sistemáticas.

No quadro 14, pode-se identificar os sinais de vulnerabilidade encontrados pela pesquisadora nos casos acompanhados e registrados em Ata. As mais frequentes foram as várias vulnerabilidades na mesma família, como a família uniparental,

alguma deficiência em um membro da família e a relação com o usuário de drogas.

Segundo Singly (2007, p.79):

O divórcio provoca então um empobrecimento da maioria das mulheres [...] um deste movimento pós-conjugal é o peso das famílias monoparentais (na sua maior parte com origem no divórcio e separação) no grupo das famílias pobres, definidas por terem recursos inferiores a 60% (contexto europeu) do salário médio. [...] O Estado, nomeadamente através do subsidio de pais sozinhos, cria paliativos para as consequências de desregulação que decorrem de transformação da família em “sociedade de responsabilidade limitada” [...] toma a seu cargo algumas das consequências materiais dos acontecimentos familiares tais como a rutura ou o abandono da família e constitui-se como riscos sociais publicamente reconhecidos [...] o rendimento total das famílias monoparentais provem do rendimento de atividade numa proporção de 71% enquanto que o rendimento de atividade de um casal com um ativo e uma criança, ou dois ativos, fornece mais de 90%. Esta dependência das famílias monoparentais dos apoios sociais é tal que elas estão sobre representadas na “pobreza administrativa” contribuindo assim para uma certa estigmatização, redobrando as desigualdades objetivas.

O fato da criança ou algum membro da família ter alguma deficiência ou alguma doença neurológica foi uma vulnerabilidade para violência identificada em vários casos. Segundo UNICEF (2013, p. 44):

Crianças e adultos com deficiência enfrentam, frequentemente uma ampla variedade de barreiras físicas, sociais e ambientais, a participação plena na sociedade, inclusive acesso limitado a serviços de atenção à saúde, educação e outros serviços de apoio.

E continua:

Estimativas de risco indicaram que crianças com deficiência estavam expostas a risco significativamente maior de sofrer violência do que seus pares sem deficiência: 3,7 maior para medidas combinadas de violência, 3,6 vezes maior para violência física e 2,9 vezes maior para violência sexual. (UNICEF, 2013, p. 44).

Cuidar de uma criança ou adolescente com deficiência traz mais estresse aos pais ou responsáveis e às famílias, aumentando o risco de abusos. Muitas são institucionalizadas, outras têm sido abandonadas ainda na maternidade..

Apesar dos avanços tecnológicos para portadores de deficiência, como as próteses de pernas mecânicas, de braços, carros adaptados, para aqueles de maior poder aquisitivo, a grande maioria dos deficientes, que está nas classes média e

baixa, ainda não aprendeu a manejar esses equipamentos pela falta de grupos de orientações às mães ou responsáveis pelo cuidado.

“A falta de estudos de boa qualidade sobre o tema em países de baixa e média renda que tem mais altas taxas de deficiência na população, tem níveis mais altos de violência e menos serviços para os que vivem com alguma deficiência” (UNICEF, 2013, p. 44).

A preparação das mães ou responsáveis para lidar e cuidar dos filhos, identificando sinais de atraso de desenvolvimento e aprendizagem, poderá prevenir e detectar, precocemente, alterações que necessitam de cuidados específicos, como os portadores de necessidades especiais, não observou-se essa preocupação efetiva na atenção primária em saúde.

Em agosto de 2013, após uma exigência das Comissões de Prevenções aos maus-tratos em funcionamento nas unidades de saúde, foi criado um Comitê de Prevenção aos Maus-Tratos na SER V, que pretende articular as comissões existentes nas unidades de saúde e articular as instituições envolvidas no enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes no município.

Após a formação do referido Comitê Regional não houve uma continuidade das reuniões. Houve uma mudança de técnicas responsáveis, em nível regional, não havendo uma boa articulação com as comissões em funcionamento nas Unidades de saúde.

**Quadro 15 – Levantamento das potencialidades identificadas pela pesquisadora nos casos acompanhados pelos profissionais de saúde.**

Potencialidades
Grupo de orientações para as mães sobre a identificação dos casos suspeitos de violência.
Grupo de vivências para mães que tem filhos com transtornos mentais ou deficiências.
Articulações entre as comissões de outras unidades de saúde.
Formação de um comitê regional.
Cursos de capacitação para os agentes comunitários de saúde.
Realização de planos individuais de acompanhamento.
Articulação com o CAPS infantil.
Articulação com os CREAS.
Articulação com o Conselho tutelar.
Articulação dos profissionais da comissão e dos professores das escolas citadas.
Participação de ONGs.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Apesar das fragilidades, a comissão foi vista como um espaço construído por trabalhadores da atenção primária, com potencialidades a serem exploradas, que podem aqui ser explanadas

A criação de um plano individual de atendimento valoriza o indivíduo como um ser único e não apenas um dado estatístico. A possibilidade de capacitar as mães com filhos que tem transtornos mentais, para lidar com a situação de crise e de socialização contribui para a desinstitucionalização.

A articulação com os órgãos da rede de proteção as vítimas de violência exige repostas da rede, estimula o melhor funcionamento desta rede. A participação de uma equipe multiprofissional e setores afins (educação, segurança, serviço social, direitos humanos, saúde, comunidade) privilegia os vários olhares sobre a situação e o processo de enfrentamento as violências.

A capacitação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família tem função de prevenção ao identificar precocemente as situações de fragilidades nas famílias de sua área de abrangência.

Essas potencialidades, tornam a referida comissão em um instrumento que reúne um conjunto de ações interdisciplinares que podem reduzir os casos de violência quando em prática.

**Quadro 16 – Opinião dos profissionais sobre a notificação obrigatória dos casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.**

<b>OPINIÃO SOBRE A NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA</b>
“Acho que é importante pra constar os dados, mas temos que ter segurança, quem faz a nossa segurança depois da denúncia, ninguém?” NS2
“Nós não notificamos, preferimos acompanhar o caso e fazer o que podemos fazer, porque precisamos proteger os agentes de saúde, porque moram na área e são muito visados”. NS3
“Vamos ver o que podemos fazer nesse caso porque o outro não adianta, é um problema social”. NM1
“Nós não notificamos, passamos os casos pras meninas, a assistente social e a psicóloga, elas fazem a visita domiciliar, se for o caso a gente decide notificar”. NS2
“Falta de capacitação permanente dos profissionais”. (Todos NS e NM)
“Falta de experiência na abordagem dessa temática”. (Todos NS e NM)
“Eu não conheço algumas instituições da Rede de apoio”. NM2
“Preservar a integridade física mesmo do profissional”. NM1
“Isso é quebra do sigilo, da confiança que as pessoas tem na gente”. NM2
“É uma questão de ética, não só profissional, da pessoa mesmo”. NS1
“Não vou punir a mãe porque ela já é muito punida pela vida, ela já é vítima” NS2

Fonte: Grupo Focal com os Profissionais de Saúde e Entrevista com as Famílias (agressor), 2012/2013.

**Quadro 17 – Opinião dos familiares sobre a notificação obrigatória dos casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.**

<b>OPINIÃO SOBRE A NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA</b>
“Não, não sabia”. (E1)
“Eu acho que tem que notificar sim”. (E2)
“Se eu souber eu denuncio”. (E1)
“Eu não sabia [...] mas tem que ver”. (E3)
“Eu acho que tem que denunciar [...]”. E4
“Eu denunciaria pra polícia [...]”. E5

Fonte: Grupo Focal com os Profissionais de Saúde e Entrevista com as Famílias (agressor), 2012/2013.

A notificação foi vista pelos profissionais como importante no processo, porém a segurança dos profissionais na condução do caso foi considerada prioritária. Foi ressaltada a insegurança dos trabalhadores nas unidades de saúde desempenhando seu papel. Quanto aos familiares foi ressaltado o desconhecimento sobre a notificação obrigatória, e colocado sobre a necessidade de informação, inclusive à polícia.

Foi observado pela pesquisadora que os profissionais de saúde que a notificação tem um aspecto punitivo, motivo citado pelo qual não foram notificados alguns casos, como nos relatos a seguir:

NS2: “Vou estar punindo novamente aquela família já penalizada pelas circunstâncias da vida”, “ vou tirar a criança da família pra ir pra um abrigo, vai ser pior, ela já não tem nada”.

Por outro lado, defendeu-se o caráter ético profissional da profissão em notificar visando proteção da criança e do adolescente, mas ressalta a necessidade de proteger o agente de saúde, que reside na área e pode sofrer represálias.

Percebemos nos familiares o total desconhecimento da notificação obrigatória que deve ser realizada pelos estabelecimentos de educação e saúde. Também desconhecem o número telefônico de denúncia de casos de maus-tratos contra criança e adolescentes.

**Quadro 18 –Sinais reconhecidos pelos profissionais de saúde nos casos acompanhados como suspeitos de violência em crianças e adolescentes.**

SINAIS
“A gente pode perceber o comportamento da criança, existe também a própria família encobrindo”. (NS1)
“Ela tá isolada no colégio, não tira mais notas boas”. (NM5)
“Ela era obediente e deixou de ser”. (NM5)
“A menina é bem avançada pra idade, parece uma moça”. (NM5)
“A menina é adotiva, mas parece que ela quer devolver a menina”. (NM4)
“As crianças sujas, cheias de vermes, a barriga enorme”. (Nm1)
“As crianças ficam sozinhas em casa, trancadas”. (NM4)
“A menina já é grande e ainda faz xixi na cama”. (E5)
“A criança não consegue o exame”. (E3)
“Os meninos estão desnutridos”. (E1)
“O menino ficava amarrado”. (NM3)
“A mãe não comparece às consultas”. (NM3)
“Ele ia pra igreja e deixou de ir e passou a usar umas roupas estranhas, umas cruzeas [...]”. (NM5)

Fonte: Grupo Focal com os Profissionais de Saúde, 2012/2013.

Os sinais identificados como suspeitos de violências pelos profissionais de saúde estiveram relacionados às mudanças de comportamento da criança ou do adolescente em casa, na escola ou em relação aos outros, abandono, cárcere privado e os sinais visíveis como a desnutrição e falta de higiene.

A maioria dos sinais relatados culpabilizam a mãe e a família. Apenas um caso refere-se a “falta de acesso a exames”, como detalhado na declaração seguinte, por um profissional de nível médio, que remete à falta de acesso aos serviços público de saúde, à ausência do Estado e à violação dos direitos de uma criança com diagnóstico de suspeita de transtorno mental.

O menino é autista, e pelo SUS não faz o exame (E.E.C.G) com sedação, mas o menino não fica quieto, fica agitado [...] é um absurdo [...] aí não fizeram [...] agora eu vou falar com o rapaz da marcação pra colocar para o Albert Sabin [...] pra saber se lá faz [...] porque ele precisa de um remédio pra se acalmar se não, não tem como fazer o exame [...] só falta esse exame pra ter o diagnóstico e ele espera há três anos [...] por isso. (NM3)

**Quadro 19– Sugestões do profissionais de saúde para a redução das violências contra crianças e adolescentes.**

<b>SUGESTÕES PARA A REDUÇÃO DAS VIOLÊNCIAS</b>
“Que nos dê condições de trabalho inclusive com café e açúcar durante as reuniões [...] que foi o que prometeram lá na capacitação”. (NS1)
“Espero que tenha apoio da coordenação, pois nunca tivemos até agora, é tudo por nossa conta”. (NS2)
“[...]através de conversa, de palestras, do esporte, tem que ter ocupação [...] Levar esse drogado pra igreja”. (NM4)
“Precisa é de mais pediatra pra detectar violência”. (NM2)
“[...] acho que tem que fazer uma forma que ele ocupe o tempo”. (NM3)
“Acho que é fortalecer a rede”. (NS5 e NS1)
“Que tenha tratamento para os dependentes de droga [...] que só existe pago” [...] “e tem que ser a força mesmo [...] sozinho eles não vão”. (NM4)

Fonte: Grupo Focal com os Profissionais de Saúde e Entrevista com as Famílias (agressor), 2012/2013.

**Quadro 20 – Sugestões dos familiares para a redução das violências contra crianças e adolescentes.**

<b>SUGESTÕES PARA A REDUÇÃO DAS VIOLÊNCIAS</b>
“Mais médico como o Dr. Eugenio e agente de saúde como o Chagas”. (E1)
“Conseguir uma escola pra ele”. (E3)
“Conseguir o que precisa pra ele, que sempre falta o remédio”. (E1)
“Que ela possa ir pro colégio e não aconteça nada”. (E2)
“Que ele consiga um colégio, e o carro pra levar, porque ele não anda de ônibus”. (E4)
“Que tivesse justiça”. (E5)
“Que os filhos obedecessem mais”. (E4)
“Que tivesse um colégio com todas as necessidades que ele tem [...] porque onde ele tá, nem ele aprende, nem deixa os outros aprender [...] (E1)

Fonte: Grupo Focal com os Profissionais de Saúde e Entrevista com as Famílias (agressor), 2012/2013.

No quadro 19 e 20, a maioria das sugestões está relacionada ao apoio estrutural da Unidade de Saúde, da gestão, da presença efetiva, de insumos e de estrutura física para a realização das reuniões da equipe.

A sugestão de acabar com a ociosidade das crianças e adolescentes, traduz-se na inclusão na sociedade, dos excluídos, participando das ações enquanto protagonistas da sua história, diferentemente da realidade que os isola e os destitui de direitos.

Para Pinheiro (2006, p.68) são representações sociais que traduzem as desigualdades no interior do universo da infância e da adolescência:

- Há crianças e adolescentes cujas famílias e/ou responsáveis são capazes, podem suprir suas necessidades de sobrevivência, dispõem de meios econômicos para tal, enquanto outras crianças e adolescentes, não – dependem, para preservação de suas vidas, de mecanismos públicos ou privados de proteção social
- Há crianças e adolescentes cuja inserção social permite prever que serão adultos produtivos, que estarão engajados no desenvolvimento do país, e que ocupam o lugar social que lhes é destinado – de filho(a), de estudante, sem evidenciar comportamentos que perturbem a ordem estabelecida, enquanto outras crianças e adolescentes, não – necessitam de ser engajados em práticas sociais que previnam comportamentos delinquentes, e que os preparem para funções produtivas subalternas, que contribuam para o desenvolvimento do país;
- Há crianças e adolescentes que não manifestam comportamentos que possam subverter a ordem estabelecidas, que não representam perigo para a ordem social, que não ameaçam o funcionamento da sociedade, enquanto outras crianças e adolescentes, sim – a eles é atribuído o cometimento de atos infracionais, precisando ser reprimidos em suas ações, punidos por tê-las cometido, confinados para que deixem de representar um perigo, uma ameaça para a vida social.

São assim, representações sociais que têm a exclusão como fundamento socioeconômico – no caso da proteção social e do controle e do disciplinamento – ou podem levar a exclusão – quando se representam a criança e o adolescente como objetos de repressão social (PINHEIRO, 2006).

As outras sugestões dadas pelos profissionais se referem às condições estruturais, insumos e recursos humanos, bem como o apoio da coordenação. A necessidade do “café e açúcar” revela uma cobrança de valorização do profissional e do seu trabalho.

Foi sugerido que deve haver liberação dos profissionais para a reunião, maior articulação e fortalecimento da rede de apoio as vítimas de violências e a criação e ampliação urgente de instituições que façam o tratamento, na rede pública, destinados a crianças e adolescentes dependentes químicos.

Um assunto polêmico levantado, que dividiu as opiniões, foi a questão do tratamento compulsório para dependentes químicos, no caso de crianças e adolescentes.

Na análise do trabalho dessa equipe, os profissionais autoavaliaram como provedores do próprio trabalho, sem apoio da coordenação, desde o início, porém, o quadro se modificou após a mudança de gestão.

Foi sugerida a realização de palestras sobre o uso de drogas, a inclusão pelo esporte ou, ainda, na religião, contribuindo para reduzir a ociosidade das crianças e adolescentes vista como uma vulnerabilidade à violência.

A ideia de que apenas o pediatra detecta os casos de violência é equivocada, como se sabe todos podem denunciar, inclusive anonimamente. Porém, observou-se que a intenção foi no sentido de obter atendimento especializado pelo pediatra, principalmente em caso de abuso sexual.

Após a análise do programa de atendimento às crianças e adolescentes que sofrem violência doméstica. Vendruscolo (2007, p.5), percebeu que:

A viabilização de um programa de atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica enfrenta alguns pontos críticos: as condições sociais e econômicas da criança, do adolescente e suas famílias, que sofrem violência doméstica; a manutenção de práticas profissionais que ratificam a violência doméstica, centrando a atuação no problema individual da questão, relevando o contexto político, econômico, cultural e social em que a violência emerge, circula e se retroalimenta; falta de vontade política para criar e gerir os serviços comprometidos com um plano coerente para seu combate e desmonte.

O elogio dos familiares acompanhados à equipe provém de alguns benefícios (pensões, benefícios, habitação, transporte para exames, diagnóstico, consultas especializadas, vaga na escola, documentação, acesso à escola após impedimento) conseguidos através deste acompanhamento e de orientações que mudaram a situação de miséria e de violências em que essas crianças se encontravam.

Para Vendruscolo (2007, p.7):

[...] A equipe funciona como um paliativo, nem sempre efetivo, para os problemas cotidianos enfrentados pela clientela assistida. Os profissionais, nesse sentido, se tornam instrumentos de compensação pela ausência das garantias sociais e até da própria estrutura do serviço público ao qual esta vinculado.

A queixa comum entre os familiares é que os filhos são desobedientes e precisam de castigo, estes veem na orientação da equipe um modelo ideal, mas no dia a dia, elas comentam “eu bato sim”; “não vou negar, se precisar eu bato”; “mas só quem pode bater sou eu”; “eu não deixo ninguém bater nele não”. O que se percebeu, na maioria dos entrevistados, é o fato de mães e pais biológicos considerarem que

têm o poder de bater, porém, o fazem no sentido de educar, ensinar o que é o certo e o que é o errado, nunca de prejudicá-los.

Em uma entrevista com um dos familiares, na qual pede que justiça fosse feita, é para que o pai da criança seja preso por abuso sexual, na ocasião, a adolescente interrompeu a conversa para que “ele devia está morto”. Ao analisar esse desabafo, pode-se perceber a questão da justiça “com as próprias mãos” e a mãe continua a dizer que “[...] se ele tivesse ficado, ele tinha sido linchado pelo pessoal aqui da rua, que tem uns só esperando, quando souberam [...].”

Outro ponto levantado foi a questão da inclusão de crianças e adolescentes com necessidades especiais em escolas “regulares” sem estruturas adequadas e profissionais qualificados para este fim, não atendendo seus direitos assegurados legalmente.

Para a UNICEF (2013, p.3):

[...] inclusão vai além de “integração”. Integrar significa trazer crianças com deficiência para uma estrutura pré-existente de normas e padrões predominantes. Por exemplo, no contexto da educação, uma tentativa de integração pode ser simplesmente a admissão de uma criança com deficiência em escolas “regulares”. Essa medida não resulta em inclusão, que só será possível quando as escolas forem projetadas e administradas de modo que todas as crianças possam, juntas, receber educação de qualidade e ter momentos de recreação. Para tanto, será preciso garantir aos estudantes com deficiência os recursos necessários, como acesso ao método Braille, linguagem de sinais e um currículo adaptado que lhes permita oportunidades iguais de aprender e interagir.

Um aspecto relevante é o fato da inutilidade do benefício do “passe livre” para uma família que possui um adolescente autista que, segundo a mãe:

Ele não tem condições de andar de ônibus, ele fica parado, ou ele quer sair do ônibus, quando para o trânsito, ele agride as pessoas [...] ele ainda não tem condições [...] eu nunca usei o “passe” dele [...] não serve pra nada.

Segundo a UNICEF (2013, p. 15):

Demonstrou-se que programas de transferência monetária beneficiam as crianças, embora possa ser difícil avaliar em que medida são utilizados e úteis para crianças com deficiência e seus cuidadores. Um número crescente de países de média e baixa renda vem se baseando nos resultados promissores desses esforços mais amplos, e adotando iniciativas de proteção social com alvos específicos que incluem transferência monetária diretamente para crianças com deficiência.

Ou seja, é necessário compreender a situação em que estão inseridos a criança ou adolescente e seus cuidadores, para que o tipo de benefício traga alguma melhora em sua qualidade de vida. Ressalto a necessidade de ver o caso individualmente, com suas peculiaridades.

As sugestões dos familiares foram de cunho individual, não esteve presente o espírito coletivo, a maioria esteve relacionada a conseguir a escola para o filho, o transporte, remédio e o atendimento médico.

Em uma situação podemos citar a sugestão de justiça, relacionando a impunidade citada pelo familiar, em um caso de abuso sexual, como um aspecto coletivo. Pode-se relacionar ao descrédito em algumas instituições públicas ou a demora na resposta do caso o que gerou a reprodução da violência por familiares que tem feito “justiça com as próprias mãos”. Neste caso em particular, organizou-se um grupo de pessoas da comunidade para realizar a “justiça” compreendida pela família, em que o Estado não atuou.

A sugestão de obediência dos filhos envolve o caráter ainda autoritário e disciplinador da família. Para Guerra (2011, p.140):

A imagem da criança que durante tanto tempo foi vista com indiferença e que depois pretenderam “reabilitar”, embora esta “reabilitação” não tenha passado de uma utopia, mostra-nos hoje como é realmente concebida: a criança é um ser socialmente marginalizado a quem atribuímos direitos que não podemos respeitar.

**Quadro 21 – Dificuldades ou limitações observadas pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento dos casos suspeitos de violência.**

<b>DIFICULDADES E LIMITAÇÕES OBSERVADAS</b>
“Perdemos o NASF [...] a psicóloga que acompanhava os casos”. NM1
“Não tem interesse da gestão [...] o gestor disse que parasse o funcionamento da comissão”. NS1
“Todos deviam conhecer o Estatuto, se ele desrespeitar vai receber punição, até perder a guarda da criança, aqui só nós (da Comissão) que sabe disso”. NM3
“Só tem um dentista, vai ter que dormir aqui, só tem marcação uma vez no mês, chega 3 horas da manhã, a equipe é incompleta”. NM3
“O local pra reunião é aqui porque no posto não tem espaço [...] (No momento acontecia um grupo de oração na igreja onde estávamos reunidos, ouvindo durante toda a reunião)” NS3
“Precariedade na estrutura física da unidade, falta espaço, salas”. NM2, NS1, NS3
“Não temos como dar o diagnóstico, precisamos de psiquiatras, que só conseguimos entrar em contato com profissionais de outras unidades, através do CRAS”. NS3

(Continuação)

<b>DIFICULDADES E LIMITAÇÕES OBSERVADAS</b>
“Não temos material, papel, cópias, tudo é do nosso bolso”. NM2
“A enfermeira é capacitada, mas não participa. [...] Há uma falta de interesse nas reuniões dos ACS, das outras equipes”. NM1
A gestão não tem um local para um menino que tem problema neurológico e tem até uma sigla agora né [...] TDH, acho que é [...] isso tudo é uma violência, os jovens estão usando drogas [...] o CAPS adulto não atende criança e o CAPSi não atende dependente químico, então os meninos, tem alguns acorrentados em casa pra não usar crack.” NM2
“Tem gente que chega no posto aí não tem remédio [...] a farmácia tá fechada [...] porque o funcionário está sem receber dinheiro há 3 meses, [...] aí ele dá um murro no computador daqueles, e faz agressão aos funcionários, não vai procurar saber o que está acontecendo.” NM2
“Quando passa de uma gestão pra outra começa tudo de novo, sem aproveitar os que já tem experiência, querem é botar os deles.” NS1
“Eles não são registrados, porque a mãe diz que só vai registrar quando o pai reconhecer a paternidade. Os meninos não estudam porque não tem documentos, e a mãe não tira os documentos porque não tem os dela também, ela é acamada (sequela de meningite) e o pai é usuário de drogas, passa o dia fora, e ela não tem condições de pagar o transporte para ir até o local tirar os documentos, ainda por cima estava grávida de novo e nós conseguimos, Graças a Deus fazer a ligação dela.” NM5
“As condições da casa são as piores, moram em uma reciclagem, não tem nenhum benefício porque não tem documentos e não temos carro pra levar, as vezes conseguimos com um vereador que leva.” NM2
“A criança é hiperativa, não tem diagnóstico, está em fila de espera há muito tempo para fazer um eletroencefalograma e passar no neurologista.” NM3
“A avó não pode trabalhar porque tem que cuidar dos três que tem transtorno mental, a filha dela e os dois meninos, a outra neta ela deu, e o colégio não queria aceitar eles no colégio porque tinham algum distúrbio e eram inquietos, não aprendiam nada, ela teve que ir na regional, com a nossa ajuda, pra que o colégio aceitasse o menino de volta na sala de aula.” NM1

Fonte: Observação sistemática e participante das reuniões da referida Comissão, Fortaleza, 2012/2013.

**Quadro 22 – Dificuldades ou limitações observadas pelos familiares durante o acompanhamento dos casos suspeitos de violência.**

<b>DIFICULDADES E LIMITAÇÕES APRESENTADAS</b>
“Negaram receber meu neto, porque ele era agitado, eu tive que ir na regional falar lá no distrito de Educação”. (E1)
“Não permito que ninguém bata no meu neto só eu”. (E1)
“Não tive apoio da diretora”. (E2)
“Pra conseguir o diagnóstico levou 4 anos”. (E3)
“Tô cansada de ir na justiça já fui várias vezes, não vou tá indo direto no Fórum”. (E2)
“A distância do médico dela”. E2
“As vezes falta o remédio [...]”. (E1)
“Tenho medo de ir ao hospital porque vão amarrar ele [...]”. (E3)
“Ninguém nunca me ensinou a lidar com ele”. (E3)
“Ah eu vou ver quando eu vou de novo lá no Forum [...]”. (E5)

Fonte: Observação sistemática e participante das reuniões da referida Comissão, Fortaleza, 2012/2013.

Dentre as limitações relacionadas no discurso dos profissionais, percebemos problemas crônicos relacionados à descontinuidade das políticas que causam um eterno recomeço de todos os programas e planos em execução. A mudança de gestão causa remanejamentos de profissionais, não realiza avaliação e desconsidera os trabalhos que apresentam êxito. Outro prejuízo com a mudança de gestão foi a falta do acompanhamento das crianças e adolescentes que apresentam necessidades de acompanhamento psicológico, devido a saída da equipe do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) que contava com uma psicóloga e assistente social .

Nas colocações dos familiares observou-se um total desconhecimento do ECA e sobre o papel do Conselho Tutelar, inclusive, com uma inversão de conceito quanto ao papel do conselheiro tutelar tanto para os familiares quanto para os profissionais. Nas discussões dos casos, as decisões de notificar ficam sempre a cargo dos profissionais de nível superior, enquanto os de nível médio trazem os detalhes da situação de violência.

A decisão de notificar tem como referência punir ou não punir o agressor, não é tomada com base nos direitos da criança. Antes de notificar o caso, avalia-se o tipo de violência, dando uma graduação que varia entre leve, moderada e grave, considera-se, ainda, a situação socioeconômica da família e os riscos que se vai correr com aquela denúncia, pois consideram a proteção do trabalhador em primeiro lugar.

Como a maioria dos casos que tem envolvimento do uso de drogas pelos familiares não foram notificados, nem aqueles em que a família vive em situação de extrema pobreza, observou-se que a equipe considera que o CT tem um papel punitivo e não chega a notificá-los para não puni-los, como na fala a seguir: “Eu não vou notificar um caso desse [...] a mulher já é tão vítima de violência (estrutural) que eu não vou penaliza-la mais ainda [...].”(NS1)

No artigo 131 do ECA, sobre a definição de Conselho Tutelar diz que:

Art. 131. O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei. (BRASIL, 1990, p. 88).

Outro aspecto relevante, trata do surgimento de novas demandas sociais, ou seja, as políticas públicas não podem ser estáticas, têm que ser avaliadas e reavaliadas, considerando as mudanças ocorridas na sociedade. Existem demandas que não dispõem ainda de políticas públicas acessíveis para sanar o problema, como o caso de crianças e adolescentes dependentes químicos.

Um aspecto importante enfatizar foi colocado em discussão em reunião ordinária, não fazendo parte das entrevistas. Todos os participantes concordam com a lei da redução da maioridade penal, apesar de serem protetores dos direitos da criança e adolescente, algo contraditório mediante ao trabalho que desenvolvem.

A partir desse dado, percebi como a observação participante é fundamental em uma pesquisa, constatando que falta uma autoavaliação da equipe. E surgem as indagações pertinentes ao estudo: Qual a real postura destes profissionais diante do processo de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes?

E elaborei o quadro a seguir sobre a dinâmica de atuação da comissão frente ao referido processo.

**Quadro 23 – Percepções da pesquisadora acerca do ambiente de trabalho, da dinâmica da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos e dos sentimentos de seus componentes na discussão dos casos de violência contra crianças e adolescentes na UAPS, na SER V.**

COMPONENTES DO AMBIENTE	POTENCIALIDADES DA COMISSÃO	LIMITAÇÕES DA COMISSÃO
Barulhos	Espaço democrático	Descrédito nesse trabalho
Conversas paralelas	Comentários críticos construtivos	Comentários por vezes, sem contribuições
Debates	Aprender a ouvir o outro	As vezes sem conclusão
Opiniões contraditórias	Diversidade no enfrentamento da problemática	Dificuldade de encontrar um consenso
Compromisso	Responsabilidade	Atrasos, faltas, ausências
Choro, emoção	Compartilhar emoções	Não se envolver pessoalmente com o caso.
Polêmicas	Conhecimento	Interpretações errôneas.
Falta de apoio da coordenação	Atuam com criatividade e articulação	Sobrecarregados com programas vários, rotatividade.
Atenção ao agressor	Evitar a revitimização	Não atua na prevenção
Desesperança	Não desistiram	Não conhecem a capacidade total da rede
Momentos de confraternização	Estímulos à convivência	Muito estressante, limite de tempo, mais de um emprego

(Continuação)

<b>COMPONENTES DO AMBIENTE</b>	<b>POTENCIALIDADES DA COMISSÃO</b>	<b>LIMITAÇÕES DA COMISSÃO</b>
Baixa participação das outras equipes	Estímulo e convites, reuniões	Casos sem resposta, falta de articulação
Ausência da ficha de notificação	Por conta dos profissionais	Faltam impressos básicos como receita médica
Impotência	Cobrar a Rede seu papel	Dificuldade na articulação da rede, trabalho hercúleo
Ausência de um comitê regional	Proposta reforçada na SER V	Faltam técnicos na SER V
Aprendizado	Experiência	Falta capacitação permanente, atualizações
Revolta	Transformações, trabalho externo	Impunidade
Indignação	Não conformismo	Comodismo
Resolução através de amizades	Clientelismo	Falta de acesso a todos
Dedicação	Compromisso profissional	Sobrecarga de tarefas
Adoecimento	Envolvimento do profissional até o limite	Falta apoio psicológico à equipe

Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir de observações sistemáticas e participação nas reuniões da referida Comissão, Fortaleza, 2012/2013.

O momento da reunião é iniciado com a leitura da Ata, onde são lidos todos os casos acompanhados e avaliam-se os resultados do atendimento naquele mês. Todos os ACS ficam muito ansiosos em falar sobre os casos da sua microárea, proferir respostas positivas sobre os casos pendentes e repetir que não vão notificar os casos que põem em riscos sua integridade física e moral.

Apesar de suas limitações, a reunião é um espaço de discussão das causas da violência naquela região e naquele contexto, uma vez que ficou compreendido que a violência está em toda parte, mas é necessário momentos para refletir sobre cada caso, posto que, em cada um, há particularidades.

A equipe se mostrou bastante cooperativa com o estudo e a pesquisadora envolveu-se na resolução dos casos acompanhados, por vezes, ajudando a elaborar documentos, solicitando ao CAPS visita domiciliar ou convidando profissionais para abordar alguns temas relativos à problemática. Durante esse período, agosto de 2013, foi criado o Comitê de Prevenção aos Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes da SER V, junto à técnica responsável pelo programa na SER V, por solicitação das Comissões já mencionadas que estão em funcionamento.

Nas reuniões ocorrem conversas paralelas que atrapalham a análise e a reflexão dos casos. Observou-se que muitos assuntos são pendências cotidianas, percebendo-se a falta de um momento para avaliação do trabalho realizado na área. Vários assuntos são citados, como reuniões ou eventos a participar avisados de última hora.

Sobre a conduta nos casos, observou-se que a última palavra é a do médico que também coordena a equipe e, quando necessário, aciona outros setores, outras Unidades e a própria SER V. O preenchimento das notificações ficava a cargo da psicóloga e da assistente social. Após a saída das duas, todos aprenderam a preencher a referida ficha.

Durante a discussão dos casos há muitas opiniões contraditórias quanto aos papéis das instituições que compõem a rede de proteção às vítimas de violências, havendo a necessidade de atualização. Embora exista articulação com alguns setores há necessidade de participação de representantes da sociedade como a pastoral da criança, além da realização de visitas a algumas ONGs da SER V como o Centro de Defesa a Vida Herbet de Sousa e a Visão Mundial.

Os participantes da Comissão alegam a ausência das outras equipes participando das reuniões e de alguns profissionais que foram capacitados e não participam da equipe. Observou-se momentos de tensão, de revolta e de emoção nos relatos dos casos, quando as vítimas compareciam as reuniões acompanhadas das mães para relatar a situação de violência vivenciada.

Quanto ao agressor, não houve nenhuma perspectiva de acompanhamento por parte da equipe. Todas as atenções estavam voltadas a encaminhar as vítimas à rede de apoio.

Durante as discussões da equipe, também foi observado que as declarações trazem incorporadas as crenças e as tradições individuais, bem como resquícios de comportamentos de várias gerações como os hábitos individuais e a identificação com os casos.

Na realidade, em todas as opiniões são carregadas das nossas próprias experiências e visão de mundo. Em vários momentos, foram observadas falas preconceituosas, como são evidenciadas nas colocações seguintes: “A mãe sai pra farra e deixa a criança”, “A menina é doida por homem”, perpetuando a ideologia que

a mãe é a única e exclusiva responsável pelo cuidado dos filhos e que não tem outras necessidades. Encontrou-se no discurso uma visão machista e preconceituosa da mulher, visão tradicional em nossa sociedade.

As declarações da criança e do adolescente foram irrelevantes para alguns membros da equipe, como pode-se perceber nas colocações seguintes: “ele não tem condições de decidir nada não, tem que ser obrigatório”, “ele não tem querer não” – ditas em relação à decisão sobre a internação compulsória para o tratamento de dependentes químicos –, “Ela não tem condições de se responsabilizar por nada [...] ele não tá prejudicando só ele, tá prejudicando a família e a sociedade.”

Essa postura, na condução dos casos que envolvem crianças e adolescentes, colabora para a segregação das minorias não para a qualidade de vida da criança e do adolescente, não estimula o seu protagonismo, não prepara para a autonomia, ao contrário, colabora para acentuar as desigualdades sociais.

Ao produzir uma pré-concepção sobre a criança ou adolescente, muitas vezes, estamos impondo nossos valores, desrespeitando os seus direitos, a sua liberdade de escolha, a diversidade, como nota-se nas declarações a seguir: “Ele é da igreja, é uma pessoa que jamais vai usar drogas” ou que “o menino é desses que usa preto, se diz neonazista, detesta homossexuais, tem racismo aí”, “eu jamais queria que meu filho fizesse uma tatuagem [...] pra mim [...] parece coisa de marginal mesmo.”

Algumas afirmações ditas pelos profissionais nas reuniões sobre as causas associadas à violência estariam ligadas à “pobreza”, “família desestruturada” ou que “ali não tem jeito porque o problema é social”, reduzem a violência a uma causa, quando sabemos que as violências é um fenômeno plural, pluricausal e multifacetado e que uma única explicação não é capaz de abarcar todos os seus conceitos.

Ao utilizar essa forma de condução dos casos, o setor saúde contribui para reproduzir uma violência que Bourdieu (2012) chama de violência simbólica é para manter a visão de mundo centrada no adulto, onde a criança e o adolescente são meros objetos sobre o qual devem ser formuladas políticas públicas que não são efetivadas.

Por vezes o profissional pode está reproduzindo a violência, através de sua atuação como ator social.

Para Bourdieu (2007), o poder simbólico é esse poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe são sujeitos ou mesmo que o exercem. Segundo o autor:

Poder quase mágico, que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico da mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário. (BOURDIEU, 2007, p.14).

Os profissionais de saúde são peças estratégicas nessa rede de proteção à criança, esses profissionais, podem colaborar não só para manter a desigualdade como para justificar a violência, dependendo de suas condutas.

Compreender a visão do profissional de saúde e sua forma de atuação em suas condutas em relação às crianças e adolescentes sujeitas às condições de violência doméstica é fundamental para a avaliação da política, seus entraves e suas potencialidades.

## **6.2 Visão dos conselheiros tutelares sobre a política de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes e o desfecho dos casos encaminhados**

Ao percorrer o trajeto feito pela notificação do profissional de saúde, chega-se, obrigatoriamente, ao Conselho Tutelar. Os dados sobre os desfechos dos casos, foram coletados nos relatórios enviados à supervisão dos conselhos, somente exigidos a partir do ano de 2013. Esses dados foram os únicos disponibilizados para a pesquisa. Não existe um documento padronizado para a coleta de dados, sendo elaborado de um modelo (em anexo), que será implantado a partir de 2014 em todos os Conselhos Tutelares.

**Quadro 24 – Distribuição de Conselhos Tutelares, por Regionais, no município de Fortaleza.**

REGIONAL	POPULAÇÃO	Nº CONSELHO TUTELAR	META IDEAL
SER I	363.912	1	4
SER II	363.406	1	3
SER III	360.551	1	4
SER IV	281.645	1	3
SER V	541.511	1	5
SER VI	541.160	1	5

FONTE : IBGE (2010).

No quadro 24 temos a distribuição do número de Conselho Tutelar (CT), de acordo com a população de cada SER. Segundo a legislação vigente deve ter um Conselho Tutelar para cada 100 mil habitantes<sup>64</sup>.

O município de Fortaleza conta com trinta conselheiros tutelares atualmente para avaliar e requisitar serviços aos casos encaminhados aos Conselhos Tutelares. No entanto, há uma deficiência na quantidade de dados arquivados. Quanto às questões norteadoras para as entrevistas: De onde vem os casos encaminhados ao CT? Quais as medidas tomadas pelo CT? Quais os desfechos dos casos?

Pode-se afirmar que há uma escassez de dados para uma análise em profundidade. Na Tabela 22 tem-se o quantitativo referentes aos meses de janeiro a junho de 2013, do atendimentos realizados nos Conselhos Tutelares de Fortaleza.

<sup>64</sup> Secretaria de Direitos Humanos Conselho Nacional dos Direitos das Criança e do Adolescente Resolução nº 139, de 17 de março de 2010, Art. 3º Em cada Município e no Distrito Federal haverá, no mínimo, um Conselho Tutelar como órgão da administração pública local. § 1º - Para assegurar a equidade de acesso, caberá aos Municípios e ao Distrito Federal criar e manter Conselhos Tutelares, observada, preferencialmente, a proporção mínima de um Conselho para cada cem mil habitante. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/Ferramentas/DireitosdasCriancaseAdolescentes/tabid/77/>> Acesso em: 22 set. 2013.

**Tabela 22– Distribuição dos casos atendidos nos conselhos tutelares de Fortaleza, por Regional, Fortaleza, janeiro a junho de 2013.**

CONSELHO TUTELAR	2013
SER I	1.851
SER II	1.554
SER III	-
SER IV	-
SER V	2.526
SER VI	-

Fonte: SCDH /Supervisão dos Conselhos de Fortaleza/outubro/2013.

Nos dados disponibilizados pela supervisão dos conselhos, não constavam dados da SER III, SER IV e SER VI. Segundo o supervisor, os dados foram solicitados a partir do ano de 2012 e apenas estes dados foram enviados. Não existem arquivos de dados do período solicitado, de 2008 a 2012.

Os dados que constam na Tabela 25, foram fornecidos pelo CT da SER V e não corresponde a realidade, segundo os conselheiros entrevistados. Todos comunicaram que não há como informar todos os meses, devido a ausência de computadores e de recursos humanos. Relataram que anualmente enviam um relatório ao COMDICA. Não e pretende nessa pesquisa avaliar o trabalho do CT, mas como ocorre o fluxo dos casos notificados de violência contra crianças e adolescente no serviços de saúde e, como a política pública é operacionalizada e avaliada por esses componentes da rede de proteção à criança vítima de violência: unidades de saúde, familiares e Conselho Tutelar.

**Quadro 25 – Distribuição dos casos atendidos no conselho tutelar da SER V em relação ao tipo de violência, Fortaleza, janeiro a março de 2013.**

TIPO DE VIOLÊNCIA	ATENDIMENTO	QUANT.
VIOLAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE	- Falta de atendimento médico	01
	- Falta de medicação	03
	- Negligência no agendamento psicológico	76
LIBERDADE, RESPEITO E DIGNIDADE	- Sedução	-
	- Agressão	01
	- Exploração sexual	10
	- Violência física	182
	- Ameaça de morte	15
	- Abuso sexual	32
- Estupro	04	

Fonte: SCDH/Supervisão dos Conselhos tutelares de Fortaleza/outubro/2013.

Na ótica do CT as violências cometidas contra crianças adolescentes são violações aos direitos da criança e do adolescente e devem ser registradas. Em seus relatórios constam como violação do direito à vida e à saúde, violação do direito à liberdade, respeito e dignidade, violação do direito à convivência familiar e comunitária, violação do direito à educação, cultura e lazer e violação do direito à profissionalização. Todas as violações aos direitos da criança e do adolescente são registradas. De acordo com o ECA, todos os casos devem ser comunicados ao CT.

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 1990, *on line*).

**Quadro 26 – Distribuição dos casos atendidos no conselho tutelar da SER V em relação ao tipo de violência, Fortaleza, janeiro a março de 2013.**

TIPO DE VIOLÊNCIA	ATENDIMENTO	QUANT.
CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA	Conflito familiar	129
	Conflito com vizinhos	02
	Conflito em abrigo	-
	Abandono	33
	Impedimento de acesso aos pais	69
	Condição de miséria	-
	Confinamento	-
	Negação de filiação	-
	Identificação de paternidade	08
	Falta de moradia	-
	Não pagamento de pensão alimentícia	-
EDUCAÇÃO, CULTURA E LAZER	Falta de vaga na escola	85
	Constrangimento de qualquer espécie	07
	Retenção de documento	15
	Falta de vaga na creche	13
	Ausência de serviço público	-
	Escola longe de casa	-
PROFISSIONALIZAÇÃO E PROTEÇÃO DO TRABALHO	Exploração no trabalho	08
	Não acesso a capacitação técnica	-
	Acolhimento	34
	Assistência social	177
	Certidão de nascimento	-
	Dependência química	04
	Desvio de conduta	116

(Continuação)

TIPO DE VIOLÊNCIA	ATENDIMENTO	QUANT.
	Termo de entrega (de responsabilidade)	58
	Maus-tratos	47
	Negligência paterna e materna	37
	Negligência paterna	20
	Negligência materna	255
	Reconhecimento de paternidade (DNA)	36
	2ª via da certidão de nascimento	373
	Situação de risco	07

Fonte: SCDH/Supervisão dos Conselhos tutelares de Fortaleza/outubro/2013.

Apesar das quantidades apresentadas no relatório consultado, pode-se observar no quadro 26 que os casos mais registrados são a solicitação da segunda via da certidão de nascimento com 373 registros, a negligência materna com 255 casos, a violência física com 182 casos, o conflito familiar com 129 casos.

Ao analisar os encaminhamentos podemos visualizar as frequentes violações de direitos das crianças e adolescentes, porém, a quantificação é insuficiente para compreendermos como o processo se realiza.

Solicitou-se, então, a participação dos conselheiros para uma entrevista em profundidade sobre a dinâmica dos CT e como ocorre a resolução dos casos. A justificativa foi a falta de dados no sistema, com relação à população da SER V, com mais de meio milhão de habitantes, com dados de 6 meses de atuação de (janeiro a julho de 2013).

**Tabela 23 – Distribuição dos procedimentos adotados e solução dos casos, no período de janeiro a julho de 2013.**

PROCEDIMENTOS	TOTAL
Acolhimento institucional	33
Notificação <sup>65</sup>	271
Audiência <sup>66</sup>	77
Termo de entrega	05
Assistência social	99
Visita domiciliar	-
Enc. ao Ministério Público	-

Fonte: SCDH/Supervisão dos Conselhos tutelares de Fortaleza/outubro/2013.

<sup>65</sup> Audiência – Reunião com ambas as partes reunidas para esclarecimento das questões relacionadas na denúncia (Entrevista ao CT – SER V).

<sup>66</sup> Notificação – Documento elaborado no CT, solicitando o comparecimento de ambas as partes em uma audiência (Entrevista ao CT-SER V).

Quanto às possíveis soluções para os casos, foram postos em relatório o acolhimento institucional com 33 casos, a notificação com 271 casos, a audiência em 7 casos, o termo de entrega em 5 casos e o encaminhamento ao serviço social 99 casos. Não foram registradas quantas visitas domiciliares foram realizadas, e não há registros de quantos encaminhamentos ao Ministério Público.

Vale destacar que em entrevista os conselheiros relataram que a visita domiciliar é realizada para acompanhar os casos já conhecidos ou os casos que vem das denúncias do DDH (Disque 100). O encaminhamento ao Ministério Público acontece quando os serviços requisitados pelo CT não são atendidos.

Para compreender a dinâmica do Conselho Tutelar e a sua visão sobre o enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes, ao nível local, foram entrevistados os cinco conselheiros que atuam no CT da SER V, que serão identificados como Conselheiro 1 (C1), Conselheiro 2 (C2), Conselheiro 3(C3), Conselheiro 4 (C4) e Conselheiro 5 (C5) pela ordem das entrevistas realizadas.

O local da entrevista foi o próprio CT, onde cada um tem sua sala para a requisição de serviços, em horário previamente agendado e com autorização, por escrito, para a gravação do conteúdo.

Quanto a dinâmica do trabalho do Conselho, pode-se citar que a demanda vem de várias instituições como o DDH (disque 100), o disque denuncia da prefeitura (0800 25 0880), o CRAS, o CREAS, as escolas, os hospitais e as unidades de saúde a demanda espontânea que busca o CT diariamente, em média 20 a 25 atendimentos por conselheiro.

Nas entrevistas, percebeu-se que um dos maiores problemas que tem interferido na dinâmica do CT da SER V, citado por todos os conselheiros, foi a criação de um sistema de CT plantão para urgências há aproximadamente 1 ano, com a utilização de uma escala de rodízio entre os trinta conselheiros do município.

Nas colocações a seguir os conselheiros citam os prejuízos ocasionados pelo cumprimento dessa Lei Municipal nº 9.843 de 11/11/2011 (D.O.M., 01/dez/2011) que dispõem sobre a organização e funcionamento dos conselhos tutelares e dá outras providências:

Art. 17 - O Conselho Tutelar funcionará em 2 (dois) turnos, em uma jornada de 8 (oito) horas diárias e em regime de plantão.

Art. 18 - No período de funcionamento do Conselho Tutelar, cada unidade manterá pelo menos 3 (três) conselheiros em atividade nos horários regulares de funcionamento, sendo que, no mínimo, 2 (dois) conselheiros, deverão necessariamente permanecer na sede do órgão para realizar as audiências e dar encaminhamento aos atendimentos, podendo o terceiro estar em atividade externa.

§ 1º - Pelo menos 2 (dois) conselheiros, de quaisquer unidades, deverão estar de plantão nos demais dias (sábados, domingos e feriados) e no horário noturno no Plantão Central dos Conselhos Tutelares, de forma a poder atender de imediato os casos urgentes.

Segundo os conselheiros o atendimento ficou prejudicado, devido as folgas geradas pelos plantões noturnos, como nas falas a seguir:

Prejudicou e muito [...] devido às folgas [...] ai sempre fica faltando conselheiro na semana [...] além disso, ninguém mais tá querendo ir [...] porque não tem segurança é um ambiente [...] tentaram arrombar a porta [...] Graças a Deus não aconteceu nada. (C2)

Um grande problema que criaram, é de suma importância o plantão que foi criado por uma lei municipal, mas não levaram em conta o que ia prejudicar na semana, porque temos direito a duas folgas, e prejudica muito o atendimento, como que eu vou fazer os acompanhamentos [...]? Como você pode ver eu tenho aqui uma pasta com uns quinze casos pra fazer visita domiciliar e não consigo. (C4)

Foi um vereador que criou uma Lei totalmente errada, eu trabalho ai eu tenho duas folgas descobre o trabalho essencial, porque urgência e emergência não trabalha o essencial é o acompanhamento [...] ai eu paro de atender pra atender no plantão. Se o outro conselheiro adoecer, ai não tem atendimento[...] mas a gente atende [...] a gente hoje é um infrator da Lei a gente comete um monte de crime hoje porque não tem o MP atuando. (C3 )

Acerca da dinâmica para requisição de serviços no CT, várias colocações destacaram a sobrecarga de trabalho para os cinco conselheiros, embora tenham ressaltado que não resolveria criar mais CT, são favoráveis a melhores condições de trabalho para os que já estão em funcionamento. Sobre o quantitativo e a forma de atendimento dessa demanda, os conselheiros citaram que:

Eu atendo em média vinte e cinco famílias, vinte e cinco, isso é uma média, nesse período de natal, ano novo diminui bastante [...]. C1

Às vezes é correndo [...] só 5 conselheiros não dá conta [...] porque é grande a demanda [...] Em média varia muito, eu já atendi aqui 30 pessoas,

correndo porque tem casos que a gente tem que ouvir, tem que dar uma atenção maior, um encaminhamento específico, às vezes é pedindo um ofício pra secretaria de saúde, pra uma consulta pra um exame [...] mas tem casos de abuso sexual, maus-tratos [...] às vezes é só um encaminhamento por inclusão o bolsa família, porque a mãe é usuária de droga e a pró-genitora que tá com a criança, a genitora tem que vir pra assinar, tem casos de escola, hospital, até briga de vizinhos vem pra cá. (C-2)

Na realidade existe uma visão de que o conselho tutelar é de execução [...] e na verdade ele não executa nada, ele encaminha qualquer tipo de violação, ele encaminha ao órgão competente. Um exemplo clássico quando vem encaminhado da saúde pra cá, a gente chama faz um relato descrição do que está acontecendo [...] depende do que é o problema [...] encaminha ao psicólogo ou assistência social ou encaminha para alguma vara do Ministério Público ou encaminha para a delegacia depende do caso. (C3)

Por exemplo [...], quando a gente encaminha ao CAPS, quando não tem funcionários suficientes ou eu não possa resolver o caso, a gente encaminha ao Ministério Público, então a gente não age com opressão, a gente não executa, quem executa é o Ministério Público [...] O Conselho Tutelar é a porta de entrada, isso não quer dizer que o Conselho Tutelar vai resolver todos os problemas [...] Vem muito comunicado do hospital, da UPA que a mãe evadiu-se não quis o atendimento, a gente notifica essa mãe pra gente descobrir porque aquela mãe fez aquilo, quando ela não comparece agente faz uma visita domiciliar e a gente encaminha pra delegacia. (C3)

Só esse ano (2013) eu atendi 698 pessoas, casos registrados que são famílias que dependem de todo um acompanhamento da Rede e dentro da SCDH [...] hoje tudo funciona, seria injusto dizer que não funciona, o problema que não é a contento, os nossos casos são de extrema urgência [...] na verdade a mãezinha chega aqui pedindo socorro [...] então os casos mais gritantes [...] é o filho que está usando drogas e os outros estão no mesmo caminho [...] aí você olha pra trás e não tem o que fazer [...]. (C3).

Quanto à dinâmica de atendimento, organização e à rotina do colegiado, que trabalha de forma autônoma e independente, todos os conselheiros descreveram suas rotinas individuais. Parece não haver uma padronização no atendimento e cada um imprime seu modo de trabalhar os casos. Não há um espaço para avaliação dos casos e elaboração de planos individuais.

Um exemplo clássico que eu vou te dar [...] às vezes tem uma mãezinha precisando de uma tomografia, e a demora é muito grande, então a gente encaminha a requisição solicitando ao hospital credenciado com o SUS e um prazo de 72 horas, se não houver resposta ou se for negativa a gente encaminha ao Ministério Público para obrigar a fazer o exame daquela criança, então a gente não executa, solicita e encaminha. (C3)

[...] sempre dois, o nosso horário é de segunda a sexta, só que tem dias específicos de atendimento, de audiência [...] Uma pessoa vem [...] há uma denúncia [...] pra tirar dúvidas [...] as duas partes, a gente notifica as duas

partes [...] tem muito conflito familiar [...] a parte vem ao conselho [...] a gente notifica pra comparecer ao conselho [...] quando não vem a gente faz a visita ou pede a assistente social para visitar. (C2)

[...]eu prefiro entrar em contato antes com o local que eu vou encaminhar [...]. (C2)

[...] eu não divulgo mais nas escolas, porque a gente não dá conta nem dos casos que temos aqui. (C3)

[...] eu priorizo os que estão aqui, o real [...] o virtual [...] fica pra depois. (C3)

Percebe-se que a forma de tratamento com os usuários como “mãezinha” infantiliza o indivíduo, como uma visão caritativa, excluindo-a do seu lugar de cidadã, de respeito aos seus direitos, como um sujeito digno de pena somente.

Para seguir com o fluxo de encaminhamento preconizado pela política, todos citaram que faz-se necessária uma melhor articulação intersetorial e intrasetorial. De acordo com os conselheiros essa articulação tem acontecido da seguinte forma

Articulação com a unidade de saúde não, eu envio um ofício pra secretaria de saúde e ofício também para o próprio hospital que estamos pedindo aquela consulta específica. Mas muitas vezes quando vem, é uma especialidade específica, como assim é uma operação, uma urgência cirúrgica [...] eu ligo pro hospital, pro HGF [...] tanto eu peço pro diretor do HGF como eu peço pra secretária, tô tendo retorno bom. (C2)

Quanto às unidades de saúde, a gente geralmente encaminha pro CAPS, mas agora a gente tá com uma psicóloga, que a gente não tinha [...] ela atende alguns casos que a gente vê que tem necessidade da criança e adolescente [...] a gente agenda ela, tá, todo dia no período da manhã, agora a gente tem a própria psicóloga do conselho agora [...] tem uma equipe que chegou há uns meses [...]. (C2)

Os registros disponibilizados à pesquisadora, segundo a fala conselheiros, não estão de acordo com a realidade. Os dados são registrados em livro de protocolo e cada conselheiro tem um registro individual, pois o conselheiro que recebe a denúncia acompanha o caso individualmente, sem repassar para o outro conselheiro.

Quanto à forma de registro, afirmam que a quantidade de conselheiros por turno é insuficiente. Percebe-se que há uma difícil articulação entre os conselheiros, bem como com os órgãos da rede, devido a falta de crédito, falta de respostas em tempo oportuno e outros obstáculos.

Toda vida quem notifica, registra em um livro de protocolo, fica registrado, mas já está sendo atendido por outro conselheiro tem que ser com o que está acompanhando o caso. (C3)

Encaminha ao MP ao juiz, toda vida que encaminhar faz um protocolo e acompanha a demanda através de cada conselheiro.(C3)

Era pra ser três na verdade [...] pela Lei, mas com o plantão, às vezes ficam dois, ou até só um [...]. (C4)

Para realizar o seu trabalho os conselheiros tutelares apontaram algumas dificuldades encontradas diariamente como a falta de transporte, a enorme população e o tamanho da SER, a questão da dificuldade do acesso a *internet* e conseqüentemente ao Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA) e falta de articulação com a rede de apoio e a falta de acesso a SCDH:

Tem caso emergencial, só tinha um carro, às vezes porque quebrava, não tinha gasolina, agora tá tendo há uns 8 meses [...] eu acho que foi a luta mesmo nossa [...] é assim, por mais que tenha essa equipe por mais que tenha os conselheiros trabalhando [...] o número de conselheiros é insuficiente e você sabe que a regional V é imensa né, se eu não me engano são 18 bairros. (C2)

Nós estamos sem carro no momento. Se chegar um caso de uma criança que tenhamos que abrigar não temos carro. Agente tem que mendigar. Quem manda, quem paga o nosso salário é a prefeitura. Quando não manda aí nós vamos pedir à secretaria de SDH, nós não conseguimos falar com o secretário. A secretária é extremamente ausente, hoje 70% dos conselheiros não tem contato com o secretário, não tem diálogo coma gente. (C3)

Um conselheiro comentou que não faltava transporte. Em alguns comentários citou-se que há um transporte que fica à disposição do CT, porém, serve a todos os conselhos tutelares de Fortaleza, quando precisam, ligam para a supervisão e realizam a solicitação.

Além desses problemas operacionais, foram relatados vários entraves que dificultam o trabalho do Conselheiro relacionados ao desconhecimento e ao desrespeito ao ECA e ao CT:

[...] uma criança ou adolescente que sofre um abuso sexual ele não tem, não tem prioridade nenhuma, no IML, nem na DECECA, a gente tem que aguardar a vez, fazer o BO ir pro IML e ficar lá [...]. Lá no IML é horrível a espera, o pessoal da recepção lá no IML, eles não respeita [...] no ECA tem um artigo que diz que é prioridade a criança e o adolescente, na rede hospitalar, na unidade de saúde, em qualquer atendimento [...], mas lá eles

não são capacitados pra isso, coloca uns junto com os outros. E tem que esperar por ordem de chegada [...] eu sei porque eu já fui várias vezes que demorou, eu já fui conversar com o responsável, não tem prioridade, depois de muita demora, eles dizem eu tenho que aguardar por ordem de chegada [...]. Muitas vezes a gente acompanha, se sofreu abuso, tem que ter uma pessoa que vai fazer o BO, da família. (C2)

Eu já fui em uma maternidade conceituada aqui de Fortaleza, eu tive que dar o ECA de presente ao médico porque ele não conhecia [...] ele não sabia que a adolescente tinha direito a acompanhante na sala de parto [...]. (C2)

Tem pessoas em escolas que rasga na frente do pai a notificação do Conselho pra desmoralizar o Conselho Tutelar. (C3)

Tô cansada da falta de sensibilidade dos governantes, tô aqui esperando que Deus resolva [...] porque existe verba destinada como prioridade para a infância assegurada por lei [...] eu atendo um menino de 9 anos que queria sair da droga pra onde eu mando esse menino [...] pra onde? [...] eu sou revoltada com isso [...] você finge que trabalha [...], é verdade [...] eu não falo pra agradar [...] (lágrimas). (C1)

Com relação à rede de proteção as vítimas de violências foram citadas algumas dificuldades relacionadas à demora nas respostas referentes aos serviços solicitados e o fato das instituições terem uma diferença nos horários de funcionamento, ficando algumas ações pendentes, como podemos ver em algumas falas:

Eu tive que deixar as crianças na casa de passagem porque não tinha vaga no abrigo, é a única delegacia que estava aberta, eu fiz um documento pra me resguardar [...] porque a delegacia especializada não funciona nos horários da noite, fim de semana e feriado. (C5)

Temos uma demanda sem retaguarda [...] a culpa é do Estado [...] a preocupação é privatizar, é com o petróleo [...]. (C1)

O mais gritante na área da saúde é o uso de droga, como não temos uma política que obrigue ele a fazer o tratamento é onde vem as várias interpretações da lei, porque no meu ponto de vista a criança ela não tem uma visão pra dizer que não quer o tratamento, tem que ser obrigatório o tratamento, ela não tem a [...], vamos dizer assim, ela não tem a idade suficiente, pra decidir que ela não quer o tratamento, às vezes tem crianças de 8 10 anos dependente de crack num grau elevadíssimo. (C3)

E a rede que a gente tem de apoio ela é muito frágil, agente encaminha pro CAPS, mas hoje tem um centro de referência de drogas, mas também que não tem uma política mais efetiva, ela passa por um grau de, o nosso relatório, quando a gente encaminha, ele não vê nosso relatório como prioridade, o que é um erro, porque tem uma equipe deles lá e da prefeitura [...] da secretaria de direitos humanos, é novo. Antes era CAPS infantil,

sempre manda pra eles recebem o caso, mas não tem um tratamento de clinica, eles mandam embora e voltam, é um tratamento de rotina. Não tem aquela coisa de um tratamento mais ostensivo pra droga então. (C3 )

Todos os dados até hoje, os estudos que a gente acompanha, o adolescente é visto de 15 anos acima e hoje o nós temos meninos que entram com 8 anos, com 7 anos, você perde um pouco da essência [...] exemplo nós temos um projeto muito bonito “O Primeiro passo”, mas precisa o aluno tá estudando, o aluno tem que tá no ensino médio [...] ora [...] nosso público é aquele que tá precisando de ajuda mas e aquele que tá na quinta série, na sexta série, tá fazendo Ensino de Jovens e Adultos -EJA [...]. Então, quer dizer, ele não é público para o Conselho Tutelar, é uma demanda muito pequena, então se você perguntar um projeto desse é pra ter beleza [...] é dinheiro público, tá tentando tirar da ociosidade. (C3 )

Nós trabalhamos no plantão (24h) e não tem, por exemplo, a delegacia (especializada) não funciona esse horário. (C4)

Há o funcionamento do CT no horário noturno e final de semana, sem os outros órgãos necessários para a tomada de decisão, o que tem atrasado a resolução do caso e causado uma peregrinação do conselheiro para buscar delegacias de apoio aos feriados e finais de semana, tendo em vista que a delegacia especializada está fechada:

O CT não tem o apoio do MP. Nós não somos funcionários da prefeitura, nos somos autônomos [...] a nossa função é cobrar que a prefeitura execute, nós não pedimos vaga de creche nós exigimos, é lei tem fé pública [...] quando a garantia do direito não é realizada o MP tem que cobrar então esse e o erro [...]. Nós não temos o MP do nosso lado, o MP está ausente isso é fato. Eu peço uma certidão no cartório e o cartório demora a entregar, cadê o MP? [...]. Não existe prioridade a criança nos cartórios, não existe e se essa criança chegar a morrer [...] nós vamos enterrar como? Onde e como, dois meses esperando. (C3 )

Uma articulação com o setor saúde que tem acontecido, segundo as colocações de alguns conselheiros, com reposta positiva, tem sido o reconhecimento de paternidade. Quanto à necessidade de outros exames de alta complexidade ou consultas com especialista, é solicitado através de ofício à secretaria de saúde ou diretamente à instituição hospitalar:

A defensoria pública que é um pedido de guarda, um pedido de pensão, que isso é uma atribuição do conselho, tem chegado muitos casos também de pedido de DNA e o LACEN tem prontamente resolvido esses casos né, de DNA. (C2)

Pode-se perceber algumas contradições apresentadas durante a resolução dos casos. Em meio a um contexto de desrespeito às Leis federais, inclusive ferindo a CF de 1988 e o ECA, como destacado na declaração seguinte na qual refere-se à obrigatoriedade de um documento que afirme pertencer à Igreja Católica para a emissão da primeira via da certidão de nascimento, apesar de sermos considerados um Estado laico, onde é livre a escolha da religião para todos:

Não é justo [...] eu tô num caso que tem uma senhora de 56 anos que não tem registro, a filha de 35 anos não tem registro, por consequência as filhas não tem registro, essas meninas tem 7 e 8 anos, nunca frequentaram uma escola [...] o que eu vejo com essa família, as meninas estão estudando [...] eu já fiz as buscas [...] e assim a gente vai em todos os cartórios ver se ela foi registrada no período que ela nasceu, vai na defensoria, eu já tenho as dez negativas que ela não tem registro em cartório público aí, no caso dela teve a distribuição cível e criminal, só que agora eu tô num dilema, tem que ter o batistério, e ela não foi batizada [...] pois é [...] se ela não for católica? Mas tem que ter o batistério, é uma exigência do cartório, pra tirar a primeira via da certidão, eu não consegui batizá-la ainda,[...].(C2)

A questão do investimento no CT foi citado em algumas colocações. Tanto foi citado na fala que diz:

Existem três vereadores, hoje, que foram Conselheiros tutelares e eles aprovaram um orçamento menor ainda. (C3)

Hoje o problema do CT é gerencial, porque a mulher do Moroni foi contratada pra ganhar sete mil por mês, o dinheiro que ela vai ganhar por ano é maior do que se investe no CT. (C3).

Há uma distância muito grande com a Secretaria de Direitos Humanos, faltam insumos, papel, agora que chegou uma impressora, fomos agraciados pelo presidente, todos os Conselhos receberam computadores novos e uma impressora. (C4)

Nós não temos apoio, a gente liga pra supervisão do conselho, às vezes dá, mas estamos mesmo com falta de investimento [...] tem infiltrações na salas, apesar que aqui é a melhor estrutura de conselho [...]. Mas os outros são piores [...] existia um suprimento de fundo de mil reais, inclusive eu era o responsável, mas após essa gestão não tem mais, agora fica na Secretaria de Direitos Humanos e a gente não tem acesso. (C4)

Ao analisar as colocações seguintes podemos entender como a perpetuação da violação dos direitos acontece com a contribuição de instituições que deveriam proteger a criança e respeitar os seus direitos. E não utilizar os meios de repressão aos mais fracos e que não são detentores do poder.

Pode-se afirmar que o conselheiro tutelar ao reproduzir o tratamento desigual em sua atuação tem colaborado para a reprodução das violências em nível local:

Eu tive dois casos, duas denúncias uma de espancamento e eu fui visitar, a tia estava alcoolizada com a criança, nós pegamos a criança e levamos pra um abrigo e abrigamos a criança. Nós fizemos um papel que não cabe a gente. [...] Vou explicar o outro caso, nesse caso a família era humildíssima. O outro caso a família tinha um poder aquisitivo melhor, já tinha um conhecimento melhor da lei e não deixou nem eu entrar na casa dela [...] não é nosso papel, nós não podemos invadir a casa das pessoas não [...]. Já o outro não deixou, disse [...] se você entrar aqui eu lhe processo. Quer dizer onde tá a diferença? [...] um tem informação. Todos dois era pra ter ido pra delegacia especializada, mas se você solicitar à delegacia especializada, não vem [...]. Se solicitar o ronda ele não vem [...], nós não temos poder de polícia, por mais que a criança esteja em situação de risco [...] nós precisamos de uma ordem judicial. O caso seria DECECA, a polícia acompanharia o CT. (C3)

Além da dificuldade de vagas, as experiências relatadas pelo conselheiro sobre os acolhimentos do município, apresentam contradições, tendo em vista que o motivo para o acolhimento se trata da garantia dos direitos e da proteção integral à criança e ao adolescente.

Se vier alguém atrás de vaga para abrigo, eu não posso levar pra minha casa, ela tem que ir pra prefeitura, agente notifica o MP, só pra você ter uma ideia nesse meu tempo de CT eu já fiz duas visitas aos abrigos porque é papel nosso [...] e nas duas visitas que fiz eu vi comida vencida, comida pra crianças vencida. Eu fiz a denúncia, pra que serviu? Até hoje não deu em nada. Da última vez que eu fui estavam servindo iogurte fermentado do sol às crianças. (C3)

Eu já levei uma criança pra um abrigo, e cheguei lá a funcionária disse [...] você sabe que ela vai ficar com um colchão no chão né [...] eu olhei pra ela e disse você tá dizendo pra um defensor dos direitos da criança que vai cometer maus-tratos contra a criança, eu encaminhei à promotoria, não deu em nada. (C3)

Nós temos que usar a lei, hoje se eu precisar de um abrigo, você fica mendigando vaga porque não tem. Hoje eu faço assim pego o menino vou ao Fórum e digo [...] doutor tá aqui o menino. (C3)

Um dos maiores problemas enfrentados relatado pelos conselheiros foi da criança que necessitava de tratamento para dependentes químicos. Percebeu-se que a política praticamente inexistente na prática. Está em processo de implantação o Centro Integrado de referência sobre drogas. De acordo com os conselheiros tutelares, como podemos ver no relato:

Não existe centro de referência pra crianças, só a partir de 12 anos. A partir de 7 ou 8 anos estão esperando morrer em casa, nós não temos pra onde mandar. (C3)

Uma minoria dos adolescentes, consegue vaga para o tratamento, enquanto as crianças tem que completar a idade de 12 anos para ter o direito ao tratamento pela rede pública.

Depois de 12 anos recorrendo na Justiça, o município de Fortaleza foi condenado, pela 4ª Vara da Infância e da Juventude a criar e manter em funcionamento hospital para tratamento - em regime ambulatorial e de internação - de crianças e jovens, pais ou responsáveis dependentes químicos.

A decisão, tomada no último mês de agosto, foi assinada pelo juiz auxiliar da Infância e da Juventude Jurandir Vieira Marques, atualmente respondendo pela 4ª Vara. O prazo estabelecido para que o Município crie o hospital é de 12 meses, depois de ouvido o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA).

Segundo notícia no Jornal Diário do Nordeste (2009, *on line*):

De acordo com a sentença, o tratamento deverá incluir programa oficial de auxílio às crianças e jovens, pais ou responsáveis dependentes de substâncias químicas ou outros (alcoólatras e toxicômanos, por exemplo). Esse programa deverá ser ampliado para atendimento psiquiátrico infanto-juvenil.

Um fato identificado nas colocações dos conselheiros que até então não havia sido divulgado, foi quanto ao impedimento da entrada do CT na Copa das Confederações em 2013:

Nós fomos impedidos de entrar no Castelão, na Copa das Confederações [...] o que você acha [...] você vai dar uma festa [...] você quer que alguém atrapalhe? [...] e ninguém pode fazer nada [...] o prefeito não pode fazer nada [...] a ordem é lá da Presidência [...] eu acho que esse CT da copa (de 2014), vai ser só um plantão de urgências. (C4)

Ao solicitar uma avaliação da política de enfrentamento às violências em seu dia a dia, alguns conselheiros avaliaram como boa, outros que ainda falta muito a melhorar e outros que a falta de investimento é o grande problema, há também a questão gerencial:

Falta vontade política pra resolver as questões [...] eu vou mandar pra onde um menino que chega pra mim com 9 anos, chorando, com os dedos tudo queimado de crack, querendo sair da droga e vc fica sem fazer nada, a criança veio ao CT sozinha (fala alto e revoltada) [...] sai juiz entra juiz e nada muda [...] eu tô tão angustiada. (C1)

Olha falta melhorar e muito, principalmente nessa questão[...] cobre um santo e descobre outro.(C2)

Avaliação [...] nós enviamos ao COMDICA, eu avalio como bom o meu trabalhos em falsa modéstia, os casos que eu acompanho eu tenho resolvido, eu até fui homenageado na câmara de vereadores pelo meu trabalho como conselheiro. (C4)

É pra ser todo mês, não tem computador e impressora, se agente não tem tempo? Como faz? É pra ser mensal. (C3)

Olha o Conselho Tutelar está hoje entregue as moscas. A secretaria de direitos humanos, não recebe a gente de bom grado, ele não tá presente nas nossas necessidades [...], semana passada eu necessitei de um veículo pra fazer uma visita, e um carro que atende todos os conselhos. A gente não temos suporte, hoje meu computador não tem internet. O SIPIA não funciona porque nossa capacidade é de 1 mega, quer dizer nem existe mais isso. Então só pega facebook. (C3)

Nós temos um computador que chegou, eu que tive que instalar, e a internet não tem capacidade de suportar o SIPIA seria ótimo, facilitaria o trabalho, mas se dois conselheiros acessarem, o sistema cai, não se consegue acessar, então nós não usamos [...]. Falta muito investimento do gestor municipal. (C4)

Nas colocações a seguir, apresentam-se algumas sugestões dadas pelos conselheiros para a melhoria do atendimento dos CT, como a questão do registro dos dados, que deveriam está sendo alimentados no SIPIA:

Não temos um formulário padrão, é um erro que a gente tem, mas eu pergunto dá pra quem, pra onde e pra quê? Porque o SIPIA<sup>67</sup>é o único que daria todo esse mapeamento não adianta colocar isso no papel se não vai pro SIPIA? (C3)

O SIPIA é bom pro conselheiro, mas vai gerar outro problema, quem vai digitar isso aqui no SIPIA? São 70 denúncias por dia [...] ou eu digito ou eu atendo [...] não tem quem faça isso tem educadores que não sabem nem o que tão fazendo aqui. (C3)

---

<sup>67</sup> SIPIA: É um sistema nacional de registro e tratamento de informações sobre a garantia e defesa dos direitos fundamentais preconizados no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (SIPIA, 2014, *on line*).

Tem um relatório anual que nós enviamos pra promotoria da infância e juventude. A única hierarquia é a promotoria não tem outra hierarquia. Criaram agora uma comissão disciplinar que a meu ver está totalmente equivocada no COMDICA [...] Ela veio pra punir excesso dos conselheiros, é formada por pessoas leigas que não tem nenhuma formação, quem errou quem não errou. Não funciona, casos de omissão do conselheiro [...] e quem é que fiscaliza os erros e omissões da prefeitura? Eu faço essa pergunta aqui todo dia. (C3)

Nas declarações subsequentes, outros aspectos ressaltados foram a prevenção das violências, baseadas na educação e na disseminação na sociedade dos direitos da criança e do adolescente, inclusive com a presença do Conselheiro Tutelar e a união dos Conselheiros para padronizar o atendimento e cobrar do MP o seu papel:

Na hora que o Conselheiro conseguir trabalhar a prevenção aí melhora [...] eu nunca consegui um curso aqui pra conselheiro [...]. Nós não temos curso [...] a gente precisava. O MP é o pior problema [...] se o MP tivesse uma promotoria de infância atuante, quando tivesse uma criança com problema de droga [...] eles podem [...] cobrassem, eles podem cobrar uma resposta, aí a gente ia dar uma resposta ao CRAS, à família [...], aqui todo mundo faz o que quer. (C3)

A garantia de direitos vai ter resultado quando os conselheiros se reunirem junto ao MP, infelizmente alguns não fazem o papel de conselheiro, cada conselheiro tem um padrão, quando criasse um padrão pra isso, quando os 30 se unirem e cobrarem do MP a execução, aí tudo melhoraria. (C3)

Um aspecto relevante que foi sugerido é a mudança da percepção das crianças e adolescentes, pois afirmou-se que o sentido do “Código de menores” ainda está presente inclusive entre o poder judiciário. Ainda parece entranhado a forma de percebê-los como “menores” ou “incapazes”:

O código de menores parece que ainda existe, é tanto que agora tá legalizado, tem um plantão que o adolescente foi encontrado na rua e foi levado pro CT [...] sim o conselheiro coloca no carro e vai deixar em casa. Isso é proibido por lei, o CT tem que abrigar a criança pra depois a equipe multidisciplinar fazer a visita [...] e punir o que aconteceu. Você vai deixar a criança em casa, é crime [...], tem conselheiro que faz e tem outro que não. Então o código de menores tá aí. Esse é o código de menor, tá aí ainda operando e muito. (C3)

Em 1927, no Brasil entrou em vigor o primeiro Código de Menores da América Latina, e a criação do Serviço de Assistência ao Menor (SAM), em 1940, para o atendimento de “menores” de 18 anos abandonados e delinquentes, em nível nacional (KRAMER, 1992; OSTERNE, 1993 apud PINHEIRO, 2006).

Segundo Pinheiro (2006, p.61):

Inicia-se a era do isolamento, da retirada do convívio social de crianças e adolescentes a quem se atribuía o cometimento de atos considerados infracionais. É o uso da punição como instrução de correção, pela exclusão da vida social, uma forma de neutralizar a ameaça que esses adolescentes representavam para a sociedade.

Hoje temos resquícios desses códigos que permeiam no imaginário da população e instituições envolvidas com a problemática e contribuem para reproduzir o preconceito e a discriminação dessas crianças e adolescentes de classes sociais inferiores.

Quanto às ausências de conselheiros devido aos plantões de vinte e quatro horas no CT, a sugestão é a de que não se retire os conselheiros do seu CT de origem para cobrir plantão como na declaração seguinte:

O plantão é totalmente equivocado porque acumula trabalho [...] que fosse um conselho só pro plantão [...] aí acabaria com isso. (C3)

A última sugestão seria o fim da interferência política que tem permeado todas as eleições dos CT, servindo inclusive de trampolim eleitoral para futuros cargos no legislativo, como podemos perceber nas colocações seguintes:

Nós temos uns 30 conselheiros [...] são cargos eletivos [...] por trás de cada um deles tem um cargo político que não deixa eles [...] (se eu sou um cara de criticar e punir a prefeitura eu vou denunciar o erro da prefeitura) [...] e eles [...] cadê a autonomia se a maioria deles são primos são irmãos de vereadores? (C3)

A recepção quando tem folga ou férias não tem substituto, quem tem que manter é a prefeitura e o governo federal [...] manter o salário e o material. (C1)

O nosso maior problema é gerencial [...] é entregue a todo mundo, os terceirizados são cargos políticos, quebra a autonomia do CT e muita política e tem que tratar com cuidado, quando você pega um terceirizado desse, que não vem consertar o computador (eu chamei e o carro chegou tarde ele disse que não vinha) [...] era pra ele levar falta a função dele qual é? A demanda tá alta [...] ai não tinha [...] eu vou me desgastar com ele? O serviços gerais que não vem eu vou reclamar pra quem? (C3)

Contribui-se para a exclusão quando não conseguimos reunir dados suficientes para subsidiar nossas decisões, bem como para compreender como se dá esse

processo de exclusão social.

Enfim, em meio a toda essa dinâmica exposta, os possíveis desfechos relatados e contidos em relatórios foram: o acolhimento institucional, a notificação, a audiência, o termo de entrega da criança ao juiz e encaminhamento ao serviço social do próprio Conselho tutelar. As visitas domiciliares são realizadas quando as partes não comparecem às audiências e para o acompanhamento dos casos e o encaminhamento ao MP é utilizado quando não são cumpridos os serviços requisitados pelo CT às instituições da referida rede de apoio.

### **6.3 Perseguindo a trajetória da política: o papel do Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude (CAOPIJ)**

Após análise da dinâmica do CT da SER V, podemos identificar o fluxo da notificação após a porta de entrada quer seja pelas UPAS, quer pelas UAPS ou hospitais. Além desses setores, os CT recebem encaminhamentos dos CRAS, CREAS, Escolas, DDH (Disque 100), das delegacias e a demanda espontânea que é geralmente priorizada pelos Conselheiros.

Segundo os Conselheiros, o CT é um órgão autônomo, fiscalizado somente pelo MP que tem cobrado sobre as respostas pendentes de casos de violências contra crianças e adolescentes, no município, através de um órgão do MP o CAOPIJ de Fortaleza.

O Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude (CAOPIJ) é um órgão Auxiliar do Ministério Público Estadual, instituído para acompanhar e executar ações voltadas à proteção dos interesses de crianças e adolescentes, servindo de suporte ao trabalho dos Promotores de Justiça.

Assim, em 2012, após visitas aos Conselho Tutelares de Fortaleza, foi apresentado pelo CAOPIJ, um diagnóstico inicial dos Conselhos Tutelares de Fortaleza<sup>68</sup>, que levantava os problemas e determinava a entrega de relatórios mensais sobre os casos pendentes ao referido órgão.

---

<sup>68</sup> Como encaminhamentos, quanto ao acúmulo de denúncias do Disque 100, registradas pelo CAOPIJ e sem resposta dos seis Conselhos Tutelares de Fortaleza, no total de 2390, ficou pactuado com os conselheiros tutelares que serão encaminhados até o dia 16/03/2012 (CTs I e II) e até o dia 30/03/2012 (CTs, III, IV, V e VI), relatórios informando os encaminhamentos adotados pelos seis colegiados (CEARÁ, MP, 2014, *on line*).

Segundo o Ministério Público do Estado do Ceará (2014, **on line**):

O Conselho Tutelar V deverá aumentar o quadro de pessoal de apoio administrativo; garantir *internet* para todos os conselheiros, aumentando a velocidade; implementar o SIPIA; destinar uma equipe multidisciplinar; regulamentar o plantão dos conselheiros tutelares; disponibilizar espaço para biblioteca dos CT; disponibilizar agenda de todos os serviços da rede de atendimento de crianças e adolescentes do município de Fortaleza e duas impressoras multifuncionais a *laser*; material de limpeza e material de expediente: capas de processos, caixas arquivos; duas estantes arquivos; pessoa que ajude organizar os arquivos; modernização dos computadores; suprimento de fundos; consertar carro “Kombi” que está avariado.

A partir de algumas falas de Conselheiros Tutelares, verificou-se uma sobrecarga de denúncias que os leva a priorizar a demanda espontânea:

A demanda real, porque as denúncias que vem do Disque 100, às vezes o endereço é incompleto, não se encontra o endereço, e a pessoa estando aqui com o problema real na minha frente, é mais importante. (C3)

Alguns itens citados no diagnóstico foram solucionados em 2013. Quanto às impressoras a *laser*, a equipe multidisciplinar que está em atendimento, recebeu os novos computadores. Outros problemas citados permanecem, como a *internet* lenta que não favorece à utilização do SIPIA, a falta do suprimento de fundos e as ausências resultantes dos plantões dos conselheiros.

Para compreender a dinâmica do CAOPIJ, foi realizada uma entrevista com a coordenadora, que a partir desse diagnóstico, estabeleceu prazos de entrega de respostas do CT, sobre as denúncias pendentes no ano de 2012. Ao indagar sobre uma avaliação das respostas recebidas dos Conselhos Tutelares, observa-se que não há uma estrutura em funcionamento para avaliar os desfechos dos casos, encaminhados pelo CAOPIJ:

Avaliação, nós não temos como avaliar, porque nós só encaminhamos, não executamos [...] o problema é que nem todos os conselheiros dão uma resposta [...] os Conselhos Tutelares estão sendo cobrados [...] mas nem todos enviam [...] isso é uma dificuldade, inclusive tem conselho que a maioria dos conselheiros estão sendo oficiados [...] a SER V é uma delas. (Coord CAOPIJ)

Quando temos a resposta do conselho [...] enviamos às delegacias ou ao promotor [...] não sabemos o resultado [...] eles não dão resposta sobre o caso [...] não, ficamos sem saber. (Coord CAOPIJ)

Sobre a dinâmica do CAOPIJ, a instituição tem um quadro de funcionários que recebem as denúncias do DDH e encaminham para os Conselhos Tutelares de cada área correspondente, como também recebem denúncias de cidades do Estado que não têm CT e encaminham aos órgãos competentes:

Todos os municípios encaminham denúncias pra cá, os que não tem CT, e nós recebemos todas as denúncias do DDH (Disque 100) e encaminhamos aos CT de cada área [...] recebemos também denúncias dos Conselheiros que não atuam, ou que são omissos [...]. (Coord CAOPIJ)

Uma das maiores dificuldades citadas foi com relação a ausência do SIPIA, já implantado em outras cidades do país, facilitando o processo de avaliação dos dados e desfechos das denúncias, com livre acesso à rede de proteção às vítimas de violências, como exposto a seguir:

Se o SIPIA fosse alimentado, nós teríamos todos os dados sobre os encaminhamentos e desfechos dos casos, mas nem todos os CT usam [...] alguns usam. (Coord CAOPIJ)

Quanto às sugestões para a redução das violências contra crianças e adolescentes em Fortaleza, foram citadas algumas recomendações do MP, como a valorização do trabalho do ACS, conforme as colocações seguintes:

Temos inclusive várias recomendações emitidas, que você deve ter visto [...] para agilizar e dar prioridade aos processos de notificações das Comissões de prevenção aos maus-tratos das unidades de saúde [...]" (Coord. CAOPIJ)

O agressor não tem consciência de que é o agressor, eu vejo aqui pais e mães, que não têm consciência que estão ferindo os direitos dos filhos, o papel do agente de saúde é maravilhoso [...], eu diria que são uns anjos da guarda das famílias. (Coord. CAOPIJ)

Desta forma, todos os entrevistados ressaltaram a importância do protagonismo de crianças e adolescentes no enfrentamento às violências, sobre o conhecimento e a informação como aliados das famílias na busca de garantia dos direitos, o que, na visão da coordenação, poderia reduzir as violências:

Nós temos que formar esses meninos e meninas e eles têm que participar [...] conhecer [...] e ser multiplicadores [...] o importante são projetos como esse dos “promotores da paz”.<sup>69</sup>

Algumas mudanças, inclusive nos executores da referida política, foram citadas nas colocações a seguir. Quanto à mudança de visão, uma tomada de consciência sobre a criança como sujeito de direitos, ainda tem sido necessária, ressaltando que se depara com resquícios do velho “Código de Menores”<sup>70</sup> quase sempre, quer seja em alguns documentos, quer seja em algumas conduta:

O Código de menores ainda está presente demais [...] está aí [...] nós temos utilizado nos procedimentos, no Judiciário [...] e em alguns juízes e advogados [...] ainda tem muito que mudar essa visão do “menor” sabe [...] muito mesmo [...]. (Coord. CAOPIJ).

A respeito da articulação com a rede de proteção às vítimas de violências, afirmou-se que há uma articulação com o setor saúde, com as comissões hospitalares e agora com as comissões das unidades de saúde que estavam sendo implantadas:

A articulação com o setor da saúde tem sido através dessas Comissões de Prevenção aos maus-tratos que estão sendo implantadas nas regionais e nós fomos convidadas [...] e do Comitê que foi formado lá na SER V [...] que foi a primeira por pedido de vocês [...] e com as comissões dos hospitais. (Coord. CAOPIJ).

Para que todas as dificuldades sejam superadas e todas as sugestões realizadas é necessário haver o interesse político, a vontade política, na sua visão dos entrevistados esse é o grande entrave das políticas de proteção às crianças e adolescentes no município, “a falta de interesse e vontade política”. (Coord. CAOPIJ).

---

<sup>69</sup> O Ministério Público do Estado do Ceará contará com 50 promotores legais juvenis [...]. A iniciativa é do Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude (CAOPIJ) em parceria com a Escola Superior do Ministério Público (ESMP), Mudança de Cena, Instituto Camargo Correa. O projeto tem como objetivo contribuir para o enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes por meio da formação de jovens da Barra do Ceará para atuar como promotores dos direitos da criança e do adolescente através da observação dos serviços da rede do sistema de garantia de direito; da promoção de atividades para crianças e jovens da região; da articulação dos setores e serviços da rede de proteção; e do debate qualificado com a sociedade civil sobre temas relevantes sobre a garantia de direitos de crianças e jovens (CEARÁ, MP, 2013).

<sup>70</sup> Em 1927 é promulgado o primeiro Código de Menores do Brasil (Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927), no qual a criança merecedora de tutela do Estado era o “menor em situação irregular”. O Poder Judiciário cria e regulamenta o Juizado de Menores e todas suas instituições auxiliares (BERNARDO, 2008, p.23).

Pode-se considerar que a rede de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência, não depende apenas das articulações de todos os eixos envolvidos com a referida política, mas de autorização e investimento dos governantes nesta rede de apoio que ao ser acionada, possa produzir uma resposta satisfatória.

A meu ver, seria necessária uma mudança macroestrutural, a começar por um sistema de governo que reduzisse as desigualdades e valorizasse a cultura nacional, que desviasse o foco do capital e investisse no ser humano.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### *Até quando?*

*A polícia só existe pra manter você na lei,  
lei do silêncio, lei do mais fraco:  
ou aceita ser um saco de pancada ou vai pro saco.  
A programação existe pra manter você na frente,  
na frente da TV, que é pra te entreter, que é pra você  
não ver que o programado é você.  
Acordo, não tenho trabalho, procuro trabalho,  
quero trabalhar.  
O cara me pede o diploma, não tenho diploma,  
não pude estudar.  
E querem que eu seja educado,  
que eu ande arrumado, que eu saiba falar  
Aquilo que o mundo me pede não  
é o que o mundo me dá.  
Consigo um emprego, começa o emprego,  
me mato de tanto ralar.  
Acordo bem cedo, não tenho sossego,  
nem tempo pra raciocinar.  
Não peço arrego, mas onde que eu chego,  
se eu fico no mesmo lugar?  
Brinquedo que o filho me pede,  
não tenho dinheiro pra dar.  
Escola, esmola!  
Favela, cadeia!  
Sem terra, enterra!  
Sem renda, se renda!  
Não! Não!!*

*(Gabriel o pensador)*

A violência foi considerada “um problema de saúde pública” baseado no conceito de saúde ampliada contido na Constituição Federal de 1988, que inclui além de questões médicas, as relacionadas ao estilo de vida e ao conjunto de condicionantes históricos, sociais e ambientais. Dentre as múltiplas expressões de violências, a violência doméstica talvez seja a de mais difícil conhecimento e intervenção devido ao vínculo com o agressor.

A inserção do setor saúde neste contexto, fez-se por meio da Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, que implantou a Política Nacional de Redução de Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) e passou a orientar a atuação do referido setor. E tem-se percebido uma reorganização dos serviços de saúde para atender novas demandas relacionadas à problemática.

Como se trata de uma política em processo de implantação percebe-se uma alta taxa de subnotificação no município de Fortaleza e na SER V , local onde está inserido o bairro Conjunto Esperança , utilizado como recorte empírico deste estudo. Ainda percebeu-se que há a ocultação de unidades notificadoras, dificultando o processo iniciado com a notificação.

A utilização da Ficha de notificação de violência doméstica foi considerada de real importância como evidenciaram as falas de profissionais e familiares, em contrapartida foi relatado que a notificação não é realizada para proteger a integridade física do profissional .

Apesar de ser um setor para onde convergem os casos de violência ,observa-se que os diferentes níveis de atenção a saúde, apresentam dificuldade na articulação entre si, além de uma deficiência e desconhecimento dos direitos conquistados.

A comissão de prevenção aos maus tratos em uma Unidade de atenção primária foi vista como um espaço de discussão democrático, não apenas de notificação , como “ato mecânico”, pois trata-se de profissionais de saúde da família que tem a oportunidade de acompanhar uma área adscrita, tendo a possibilidade de manter um vínculo com a família, com destaque para o papel dos agentes comunitários de saúde.

A descontinuidade das políticas bem como uma insuficiência dos dados para análise prejudicam a avaliação da política. A interferência política na referida política dificulta ao profissional exercer sua autonomia com vista a denunciar as falhas do governo, além da existência de utilização da máquina pública para interesses particulares, o que contribui para a violência estrutural, permitindo assim a reprodução da violência.

As mobilizações e movimentos sociais a favor das crianças e adolescentes devem fortalecer o protagonismo, especialmente neste momento peculiar de desenvolvimento voltado para sua emancipação.

O tipo de violência mais notificado foi a violência física e violência sexual que atinge mulheres da raça negra(pretos + pardas) aponta para uma sociedade machista, com preconceito de cor, de raça e a forte presença de autoritarismo , que decide impor o domínio usando a força.

Compreendeu-se que apesar de nosso país ter uma das legislações mais avançadas em relação aos direitos da criança e do adolescente , o ECA (1990) , há muito a ser feito para a garantia universal dos direitos. O intuito dos movimentos sociais romper com velhas tradições não teve o alcance esperado, observou-se que grande parcela da população não conhece a lei específica de garantia dos direitos da crianças e adolescentes ( o ECA) , incluindo-se profissionais de saúde e órgãos de proteção as vitimas de violência.

Em nível local, no relato da experiência da dinâmica de atuação de uma equipe multiprofissional, constatou-se que as habilidades e aptidões pessoais de alguns profissionais são importantes para manter um espaço de: identificação , notificação, discussão, monitoramento e encaminhamento dos casos, que foi denominada Comissão de prevenção aos maus tratos , nos moldes das comissões hospitalares, que já haviam sido implantadas no Ceará, em 1993 .

A equipe oferece uma atenção individualizada nesse casos e de forma interdisciplinar e multidisciplinar , por meio da articulação com outros setores afins ( educação, serviço social, habitação, a tenção especializada ). A atuação é inovadora, com a capacitação dos agentes comunitários de saúde que participam e pela criação de um espaço democrático de discussão e participação da comunidade o que em potencial, pode iniciar uma luta pela garantia de direitos das crianças e adolescentes.

Neste estudo, a família foi culpabilizada, em particular a mãe, pelos maus-tratos ocorridos em ambiente familiar. Em casos de separação ou divórcio , à figura masculina coube a pensão alimentícia, e a maior carga da responsabilidade do cuidado aos filhos permanece voltada a mãe, na educação e na saúde , tradição antiga que mesmo após os movimentos feministas, se perpetuaram nas famílias, reproduzindo a violência de gênero.

A descontinuidade das politicas, tem causado prejuízos aos beneficiários da politica com a interrupção dos acompanhamentos psicológico. Nos casos de violências ou abuso sexual , há a necessidade de acompanhamento psicológico preconizado na politica estudada, tanto para as vítimas de violência quanto para a equipe que acompanha os casos , esse item não tem sido atendido, o que dificulta casos em que o profissional tem se envolvido profundamente, e em casos que há abuso sexual, pelos pais, padrastos ou familiares (tio, primo, irmão, avô e desconhecidos ) interferindo no desenvolvimento da criança ou adolescente.

A omissão do Estado foi constatada pela dificuldade de acesso das famílias às políticas essenciais , principalmente considerando que elas não tem acesso a rede privada .Como agravante a rede de apoio e suas instituições foram vistas como insuficientes, desarticuladas e fragilizadas , muitas em situação precária.

Além desses casos extremos, vários casos tem sido noticiados de mães que deixam os filhos sozinhos em casa, devido a falta de creches e são notificadas, podemos destacar neste casos, a ausência do Estado, em não priorizar e oferecer condições as mães que trabalham o direito de creches aos seus filhos.

A precarização do trabalho e o mercado da informalidade favorecem ao trabalho infantil e obrigam a família a deixar as crianças e adolescentes em lugares não adequados ou sozinhos em casa, o que representa um risco maior para violência.

O preconceito, a discriminação e as dificuldades de inclusão social para essas minorias citadas , contribuem para a formação de uma linguagem violenta. A impunidade e a falta de equidade, tem trazido de volta a barbárie , traduzida nos extermínios de jovens que assistimos na capital fortalezense.

Quanto as causas relacionadas as violências os profissionais ,tanto citaram aspectos individuais, biológicos, à causas sociais e a espiritualidade. As faltas de acesso aos serviços básicos como educação e saúde. Para os familiares , o difícil acesso aos serviços de saúde ,a falta de informação, o analfabetismo, a ausência de um atendimento integral, para suprir todas as necessidades de saúde de uma forma holística. O preconceito e a discriminação foram citados como causadores de atos violentos.

Outras dificuldades foram citadas como a falta de interesse de outros profissionais, falta de apoio da gestão, estrutura física inadequada e insuficientes para o número de profissionais, a difícil articulação com outros órgãos da rede.

Especificamente com relação as crianças portadores de deficiência, há uma dificuldades na inclusão nas escolas regulares e as necessidades de transporte para essas crianças tem difícil locomoção e as escolas adequadas são distantes da periferia.

A responsabilidade de um Estado de proteger os direitos de todas as crianças sob sua jurisdição estende-se igualmente a crianças com deficiência. Crianças com dificuldade de falar, de compreensão, tem uma dificuldade maior em denunciar o abuso sofrido. Devem ser vistas com prioridade, podem beneficiar-se de intervenções como programas de visitação domiciliar e programas que capacitem os pais que se mostram eficazes na prevenção da

violência e na atenuação das consequências em crianças sem deficiência Deve ser considerada prioritária a avaliação da eficácia dessas intervenções para crianças com deficiência (UNICEF, 2013, p. 45).

As sugestões obtidas nas falas dos profissionais se referem a melhores condições estruturais e uma supervisão ao trabalho que esta sendo realizado nas unidades de saúde, apoio da gestão e da rede envolvida na temática. Para os familiares estiveram relacionadas as necessidades individuais relacionados geralmente ao filho que está sendo acompanhado, como o acesso ao transporte , a escola que atendesse todas as necessidades da criança e adolescentes que apresentem alguma deficiência ou transtorno .

As sugestões com sentido coletivo foram relacionada a justiça e a obediência .A justiça com as” próprias mãos”, foi exaltada como única saída pelo descrédito as instituições de segurança, essa fala demonstra a revolta e a indignação com a impunidade e a injustiça dos menos favorecidos.

A omissão do Estado foi citada quando se referia a dificuldade de acesso aos serviços sociais básicos como saúde , educação , tendo em vista que se trata de famílias de baixa renda que não tem acesso a serviços privado. A percepção tanto dos profissionais de saúde quanto dos familiares foi de desconfiança e descredito nas instituições, causados pela ausência de respostas e pela sua insuficiência e dificuldades na articulação intersetorial.

Uma visão caritativa sobre as crianças e adolescente predominou conforme a concepção de todos os entrevistados , prevalecendo sobre a visão de sujeito de direitos, reafirmando a visão atrasada de submissão e falta de autonomia.

Relatou-se um misto de tradições e contradições na contemporaneidade como a aceitação da “palmada pedagógica “ que ainda habita os lares , e a não aceitação da autoridade do Estado sobre os filhos. Mas a autoridade dos pais sobre os filhos, nas falas seguintes “ eu não deixo ninguém bater nele ..só eu que posso”, “ uma palmada , mas sem machucar”. Contradições que trazem a seguinte reflexão: até que ponto o Estado pode entrar nos domicílios , até que ponto pode influenciar na educação dos nossos filhos? Ate quando as crianças vivem com pais sob ameaças?

Faz-se urgente a mudança de percepção dos profissionais de saúde , familiares e inclusive conselheiros tutelares sobre a escuta e a participação de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, principalmente nas situações de violências.

Sob a ótica dos conselheiros a politica sofre uma forte interferência politica, que causa uma dificuldade na autonomia do conselheiro tutelar em denunciar as falhas na rede de apoio ligadas a prefeitura, que foi considerada insuficiente e por vezes omissa.

O serviço dos conselheiros vem sendo utilizado como “trampolim eleitoral”, ou seja o conselheiro direciona seus serviços para construir uma base eleitoral, priorizando aos seus “futuros eleitores”, geralmente envolvidos com políticos, por vezes seus parentes.

Não há uma tendência a avaliação no trabalho do Conselho tutelar CT, não foi identificado uma rotina de avaliação do desfechos dos casos. O trabalho é realizado individualmente e não há uma rotina de prestação de contas sobre o trabalho realizado, segundo os conselheiros pela dificuldade de reunião entre os conselheiros e pela exclusão digital observada no CT.

Em todos os discursos, tanto dos profissionais, familiares e conselheiros analisados não há percepção do próprio ator social como capaz de estimular a mudança da realidade atual. Ao permitir que a violência se reproduza e não arregimentando dados sobre a situação da não universalidade dos direitos da criança e do adolescente, e não acionando a rede de proteção existente, colabora-se para que existam crianças e adolescentes que continuarão vivendo a margem da infância e da adolescência.

Há que fortalecer os profissionais de saúde e o seu papel de ator social, dentro da comunidade, fortalecer os espaços democráticos de reflexões como a formada na SERV, não apenas para preencher dados, mas para avaliar e discutir todo o contexto no qual essa vítima esta inserida, ampliando a cidadania.

Enquanto o profissional de saúde tiver uma visão caritativa em relação as vítimas e familiares, sem a consciência de sua participação e atuação para emancipação desses sujeitos, ambos continuarão a sobreviver as violências com suas sequelas físicas e psicológicas, aparecendo apenas nos poucos registros, “insignificantes”, das notificações realizadas por profissionais destemidos.

O papel do agente comunitário de saúde é fundamental para a prevenção dos casos, quando orientam sobre o reconhecimento dos sinais de violências e as consequências para o crescimento e desenvolvimento dessas crianças e adolescentes, no entanto lhes falta a capacitação permanente prevista na referida política, assim como o apoio psicológico de toda a equipe que lida como casos tão complexos.

Foi sugerido algumas mudanças nos dados da notificação principalmente relacionadas ao contexto sócio econômico da família, que podem indicar vítimas da violência estrutural. A notificação foi vista como um passo insuficiente, devido a dificuldade de articulação e a precariedade entre os órgãos da rede, para a mudança da realidade social.

Ao notificar os casos presentes nas áreas mais vulneráveis podemos estigmatizar crianças e adolescentes da classe social mais baixa, nos dados epidemiológicos não houve registros de serviços de saúde particulares, esse fato pode demonstrar como é diferenciado a percepção da violência nas diferentes classes sociais.

È oportuno enfatizar que a redução da violência não cabe exclusivamente ao setor saúde, muito menos atribuir apenas ao setor segurança. Entretanto, de acordo com o conceito ampliado de saúde, a intersectorialidade é fundamental para abarcar o fenômeno. De início, as Comissões de prevenção aos maus tratos das Unidades de saúde em articulação com as comissões de prevenção aos maus tratos das escolas, de existência obrigatória, podem trabalhar juntos a prevenção à violência , com outros setores, norteados pela formação do novo cidadão.

É no processo educativo que se permite incorporar novas ideologias ou perpetuam a visão atual, ultrapassada, em que as crianças e adolescentes das classes menos favorecidas economicamente, não conhecem, ou não se apropriam dela. A educação é passo essencial para uma sociedade desenvolvida, apesar de a violência doméstica permear todas as classes sociais, sempre pode estar relacionada a violência na sociedade.

Enfim , a avaliação de uma política pública deve levar em consideração , a intenção política da política, as particularidades identificadas nesse recorte temporal , não pretende esgotar , mas ser “uma amostra” da realidade , nesse contexto estudado, nos casos notificados , o agressor culpabilizado , foi na maioria dos casos, vítima da violência estrutural. A avaliação dos dados epidemiológicos neste caso, seriam insuficientes para se elaborar instrumentos ou estratégias para a redução da violência doméstica.

Na pesquisa compreende-se ainda que a Comissão de Prevenção aos maus-tratos , pode ser uma ferramenta para elaborações de campanhas ,diagnósticos locais, ações políticas para a articulação intersectorial e intrasetorial ,podendo ser um espaço democrático de discussões e construção de novas ideologias , pelo menos em nível local, como poder de mobilizar a comunidade, solicitar capacitações aos profissionais e divulgar avaliações da execução das políticas servindo como instrumento de ampliação da cidadania.

**Até Quando?**

Não adianta olhar pro céu,  
com muita fé e pouca luta  
Levanta aí que você tem muito protesto pra fazer  
e muita greve, você pode, você deve, pode crer  
Não adianta olhar pro chão,  
virar a cara pra não ver  
Se liga aí que te botaram numa cruz  
e só porque Jesus sofreu  
não quer dizer que você tenha que sofrer  
Até quando você vai ficar usando rédea?  
Rindo da própria tragédia?  
Até quando você vai ficar usando rédea?  
(Pobre, rico, ou classe média).  
Até quando você vai levar cascudo mudo?  
Muda, muda essa postura  
Até quando você vai ficando mudo?  
Muda que o medo é um modo de fazer censura.

**(Gabriel o Pensador)**

## REFERÊNCIAS

ADORNO, Sérgio França. A criminalidade urbana violenta no Brasil: um recorte temático. **Boletim Informativo e Bibliográfico das Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, n.35, 1º sem., p.3-241 1993.

\_\_\_\_\_. A violência na sociedade brasileira: um painel inconcluso em uma democracia não consolidada. **Sociedade e Estado**, Brasília, v.10, n.2, p.299-342, jul./dez. 1995.

\_\_\_\_\_. Conflitualidade e violência: reflexões sobre a anomia na contemporaneidade. **Tempo Social – Revista de Sociologia USP**, São Paulo, v.10, n.1, p.19-47, maio 1998.

ANDI. **Crianças chefiam 132 mil casas no Brasil**. Disponível em: <<http://www.andi.org.br/infancia-e-juventude/noticia-clipping/criancas-chefiam-132-mil-casas-no-brasil>> Acesso em: 02 mar. 2014.

ARENALES, L.; ARENALES, N. H. B.; CRUZ, J. Autópsia psicológica em adolescente suicida: relato de caso. **Psychatryonline Brasil**, São Paulo, v.7, n.5, 2002. Disponível em: <[http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0502\\_b.htm](http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0502_b.htm)> Acesso em: 02 mar. 2014.

ARENDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. Tradução de Mauro W. Barbosa. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981, 279p.

ASSIS, Fernanda Raquel Eusébio Ribeiro de; FERREIRA, Emanuela Batista. Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Revista Adolescência & Saúde**, v.9, n.2, p.53-59, abr./jun. 2012.

ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes; PESCE, Renata Pires; PIRES, Thiago de Oliveira; GOMES, Daniela Lopes. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.9, p.2305-2317, set. 2012.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. de A. (Org.). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. 2. ed. São Paulo: Iglu, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELLUZZO, Lilia; VICTORINO, Rita de Cássia. A juventude nos caminhos da ação política. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n.4, p.8-19, out./dez, 2004.

BERNARDO, Renata. **A construção da ameaça**: juventude, delinquência e educação nos primeiros tempos da República no Brasil. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade São Francisco, Itatiba, 2008.

BOURDIEU, Pierre. Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, Renato (org.). **A Sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo: Olho d'Água, 2007.

\_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. 16.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRANT, V. Caldeira. **São Paulo**: trabalhar e viver. São Paulo: Brasiliense, 1989.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. 232p. (Coleção Progestores). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 17.943-A**, de 12 de outubro de 1927. Código de Menores. Discorre da consolidação das leis de assistência e proteção aos menores. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Rio de Janeiro, 1927.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei n.º 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n.º 065**, de 16 de julho de 2010a. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_13.07.2010/art\\_227\\_.shtm](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_13.07.2010/art_227_.shtm)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 12.015**, de 7 de agosto de 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 7.209**, de 11 de julho de 1984. Código Penal Brasileiro. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/l7209.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7209.htm)> Acesso em: 02 mar. 2014.

BRASIL. **Lei n.º 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Acidente e violências: conceito**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008c. Disponível em: <<http://bvsm2.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=40>> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1.968**, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu\\_doc/ev\\_vio\\_leg\\_portaria\\_1968\\_\\_2001\\_\\_notificacao\\_compulsoria\\_violencia\\_contra\\_crianças.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_vio_leg_portaria_1968__2001__notificacao_compulsoria_violencia_contra_crianças.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.60p. Disponível em: <[http://bvsm2.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsm2.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 687**, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/06pf687.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 737**, de 16 de maio de 2001. Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 64p Disponível em: <<http://bvsm2.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **PNDS 2006**: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase e direitos humanos**: direitos e deveres dos usuários do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 72p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08\\_0317\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08_0317_M.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 340p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual instrutivo de preenchimento**: ficha de notificação/investigação individual violência doméstica, sexual e/ou outras violências. 2008b. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xz5u-mtjngkJ:portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/01\\_03\\_2010\\_9.48.45.b08c211d429981fb3856eaf7ec4807b1.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xz5u-mtjngkJ:portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/01_03_2010_9.48.45.b08c211d429981fb3856eaf7ec4807b1.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, 2002, n.8. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005b. Disponível em: <[file:///C:/Users/PC%20Karine/Downloads/PNAS%202004%20e%20NOBSUAS\\_08.08.2011.pdf](file:///C:/Users/PC%20Karine/Downloads/PNAS%202004%20e%20NOBSUAS_08.08.2011.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Direitos Humanos. **Disque 100**. Disponível em: <[www.sdh.gov.br/disque100](http://www.sdh.gov.br/disque100)> Acesso em: 02 mar. 2014.

BRAUN, Suzana. **A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo.** Porto Alegre: Age, 2002.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; SILVA, Conceição Vieira da; QUIRINO, Marinalva Dias; RIBEIRO, Circéa Amália; KURASHIMA, Andréa Yamagushi; MEIRA, Andreia Oliveira da Silva. O enfermeiro frente à criança vitimizada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.7, n.1, p.3-10, jan./mar. 1994.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. **Violência, sociedad y justicia en América Latina.** Buenos Aires: FLACSO, 2002.

CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. Direitos humanos ou ‘privilégios de bandidos’? Desventuras da democratização brasileira. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n.30, jul. 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.745 -749, 2004.

CARDOSO, Antônio Carlos A.; COELHO, Herlander M.M.; HARADA, Maria de Jesus C.S.; HIRSCHHEIMER, Mário R.; GIKAS, Regina M. Catucci; WAKSMAN, Renata D.; LOPEZ, Roseli M.D. Ancena; LERNER, Theo. Recomendações para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência física (maus-tratos). **Pediatria Moderna**, v.39, n.9, p.354-363, set. 2003.

CARNEIRO, Sueli. **A questão dos direitos humanos e o combate às desigualdades: discriminação e violência.** Disponível em: <file:///C:/Users/Odete/Downloads/A%20questao%20dos%20direitos%20humanos%20e%20o%20combate%20as%20desigualdades\_%20discriminacao%20e%20violencia.pdf> Acesso em: 02 mar. 2014.

CARVALHO, Alba Maria Pinho; GUSSI, A.F. Perspectivas contemporâneas em avaliação de políticas públicas. In: **Seminário do Mestrado de Avaliação em Políticas Públicas “valiação de Políticas Públicas em Tempos Contemporâneos”.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. 2011. (mimeo).

CEARÁ. **Lei n. 12.242**, de 29 de dezembro de 1993. Fica criado, nos Hospitais Pediátricos e nos Hospitais de Emergências da rede pública conveniados – SUS e privada a Comissão de Atendimento e Prevenção aos maus-tratos em crianças e adolescentes. Disponível em: <http://www.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis93/12242.htm> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 13.230**, de 27 de junho de 2002. Dispõe sobre a criação de Comissões de Atendimento, notificação e prevenção a violência doméstica contra criança e adolescentes nas escolas de rede pública e privada do Estado do Ceará. Disponível em: <http://www.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis2002/13230.htm> Acesso

em: 02 mar. 2014.

CEARÁ. **Mapa da criminalidade e da violência em Fortaleza**: perfil da SER V. Disponível em: < [http://www.uece.br/labvida/dmdocuments/regional\\_V.pdf](http://www.uece.br/labvida/dmdocuments/regional_V.pdf)> Acesso em: 02 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Estado do Ceará. **09/12/2013 - MP forma 50 promotores legais juvenis**. Disponível em: <<http://www.pgj.ce.gov.br/orgaos/orgaosauxiliares/cao/caopij/destaques/destaques.asp?icodigo=2747>> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Estado do Ceará. **CAOPIJ apresenta diagnóstico de Conselhos Tutelares de Fortaleza**. Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/orgaos/CAOPIJ/destaques/destaques.asp?cd=1234>> Disponível em: 02 mar. 2014.

CEDEFES. **Índios no Ceará**: falta de demarcação das terras indígenas gera crimes e violência. Disponível em: <[http://www.cedefes.org.br/index.php?p=indigenas\\_detalhe&id\\_afro=8965](http://www.cedefes.org.br/index.php?p=indigenas_detalhe&id_afro=8965)> Acesso em: 02 mar. 2014.

CHAUÍ, Marilena. (1996/1997). Senso comum e transparência. In: LERNER, J. (Org.). **O preconceito**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1996/1997, p.115-132.

\_\_\_\_\_. **Participando do debate sobre mulher e violência**: perspectivas Antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CONCHA-EASTMAN, Alberto; MALO, Miguel. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, supl.0, p.1179-1187, 2006.

COSTA, Emilia Viottida. **Da Monarquia à República**: momentos decisivos. São Paulo: UNESP, 1999.

COSTA, Marli M.M. Direito, cidadania e políticas públicas. In: COSTA, Marli M.M. da et al. (Org.). **Políticas públicas de prevenção da delinquência juvenil**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2006.

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga. A concretização de políticas públicas em direção a prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.53-69, 1999.

CUSTÓDIO, André Viana. **O trabalho da criança e do adolescente**: uma análise da capacidade jurídica e das condições para o seu exercício no direito brasileiro. 1999. Monografia (Graduação em Direito) - Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova ação de cidadania. In: DAGNINO, Evelina. **Anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2004, p. 103-111.

DAGNINO, Eveline. Políticas culturais, democracia e o projeto neoliberal. **Revista Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n.15, p.45-65, jan./abr. 2005.

DAY, Vivian Peres; TELLES, Lisieux Elaine de Borba; ZORATTO, Pedro Henrique; AZAMBUJA, Maria Regina Fay de; MACHADO, Denise Arlete; SILVEIRA, Marisa Braz; DEBIAGGI, Moema; REIS, Maria da Graça; CARDOSO, Rogério Göettert; BLANK, Paulo. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.25, n.1, p.9-21, abr. 2003.

DIAMANTINO, Rui Maia. **Internar ou cuidar**: investigando as dinâmicas familiares no contexto da reforma psiquiátrica em Salvador. 2010. 250f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

DIÁRIO DO NORDESTE. Justiça obriga a criar hospital. **Caderno Cidade**. 15 nov. 2009. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/justica-obriga-a-criar-hospital-1.415975>> Acesso em: 02 mar. 2014.

DUARTE, Marcos. **Sobral investe em políticas contra a violência doméstica**. Disponível em: <<http://blog.opovo.com.br/direitoeinformacao/sobral-investe-em-politicas-contr-a-violencia-domestica/>> Acesso em: 02 mar. 2014.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. Tradução de Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2007.

ESTADÃO. **Criança morre após ser esquecida dentro de carro em GO**. Disponível em: <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,crianca-morre-apos-ser-esquecida-dentro-de-carro-em-go,854138>> Acesso em: 10 jan. 2014.

FEIJÓ, Ricardo Becker; RAUPP, Ana Paula Gonçalves; JOHN, Angela Beatriz. Eventos estressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.48, n.4, p.151-157, abr. 1999.

FERREIRA, Manuela; NELAS, Paula Batista. Adolescências... adolescentes... **Revista Educação, Ciência e Tecnologia**, v.10, n.32, p.141-162, abr. 2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 39.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande & Senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 49.ed. São Paulo: Global, 2004.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e pesquisas em Psicologia**. UERJ. Rio de Janeiro, v 7, n 1, p.147-160, abr. 2007.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **Crianças com deficiência**: situação mundial da infância 2013 – resumo executivo. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/PT\\_SOWC2013ResumoExecutivo.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013ResumoExecutivo.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. UNICEF. **Desigualdades raciais e de gênero entre crianças, adolescentes e mulheres no Brasil**: no contexto dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Disponível em: <<http://www.unifem.org.br/sites/700/710/00000163.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. UNICEF. **O direito de ser adolescente**: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília/DF: UNICEF, 2001. 182p.

\_\_\_\_\_. UNICEF. **O direito de ser adolescente**: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília/DF: UNICEF, 2011. 182p.

\_\_\_\_\_. UNICEF. **Violência contra a criança e o adolescente indígena**: truculência e intolerância étnica. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap\\_08.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_08.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. UNICEF. **Relatório Situação Mundial da Infância**: saúde materna e neonatal. Brasília: UNICEF, 2009.

G1. **Abandono de recém-nascidos cresce 300% em um ano no Ceará**. 26 jan. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/03/abandono-de-recem-nascidos-cresce-300-em-um-ano-no-ceara.html>> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Criança morre após ser esquecida em carro por professora em MT**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/06/crianca-morre-apos-ser-esquecida-em-carro-por-professora-em-mt.html>> Acesso em: 10 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Criança morre em Cuiabá após ser esquecida pelo pai dentro do carro**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/12/crianca-morre-em-cuiaba-apos-ser-esquecida-pelo-pai-dentro-do-carro.html>> Acesso em: 10 jan. 2014.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005.

GIRÃO, Ivna. 72% das escolas não têm comissão contra violência. Diário do Nordeste, **Caderno Negócios**, 07 out. 2010. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/72-das-escolas-nao-tem-comissao-contraviolencia-1.576300>> Acesso em: 02 mar. 2014.

GOMES, Romeu; JUNQUEIRA, Maria de Fátima Pinheiro da Silva; SILVA, Cristiani de Oliveira; JUNGER, Washington Leite.. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n.2, p.275-283, 2002.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GUIA DE DIREITOS. **Crianças e adolescentes em situação de rua**. Disponível em: <[http://www.guiadedireitos.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1051&Itemid=269](http://www.guiadedireitos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1051&Itemid=269)> Acesso em: 02 mar. 2014.

GUIA DO ESTUDANTE. **Palatória ainda é usada como punição corporal em 20 estados norte-americanos**. Disponível em: <<http://guiadoestudante.abril.com.br/vestibular-enem/palmatoria-ainda-usada-como-punicao-corporal-20-estados-norte-americanos-624001.shtml>> Acesso em: 02 mar. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTIA – IBGE. **Ceará/Sobral**: Infográfico: dados gerais do município. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=231290>> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Fortaleza**: dados gerais do município. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=230440>> Acesso em: 02 mar.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2002**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm>> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Censo de 2010**: população da SER I – 363.912 hab.; SER II – 363.406; SER III – 360.551; SER IV 281.645; SER V – 541.511; e SER VI – 541.160. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>> Acesso em: 12 jan. 2014.

KOVARICK, L.; ANT, C. Violência: reflexões sobre a banalidade do cotidiano em São Paulo. In: BOSCHI, R. **Violência e cidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

KRUG, Etienne G.; DAHLBERG, Linda L.; MERCY, James A.; ZWI, Anthony B.; LOZANO, Rafael. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Organização mundial de saúde, em Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

LIMA, Cláudia Araújo de Lima (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.298.

LOPES NETO, Aramis A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v.81, n.5, p.5164-5172, nov. 2005.

MARANHÃO, Thatiana Araújo; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; LAGO, Eliana Campêlo. Violência contra adolescentes grávidas: uma revisão. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina, v.5, n.3, p.58-63, jul./ago./set. 2012.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos: perfil das vítimas e famílias segundo a intencionalidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.16, n.2, p.468-478, jun. 2013.

MARX, Karl. **O Capital**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. São Paulo: Difel, 1988.

MENEZES, Adriano Sarquis Bezerra de; MEDEIROS, Cleyber Nascimento de. **Perfil socioeconômico de Fortaleza**, v.2. Fortaleza/CE: IPECE, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra criança e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.1, n.2, p.91-102, 2001.

\_\_\_\_\_. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MINAYO, Maria Cecilia Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v.4, n.3, p. 513-531, 1998.

MINAYO. Maria Cecília de Souza; SANCHES. Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul./set. 1993.

MOREIRA, Luciana Maria Reis; TREVIZANI, Giovanna Bianca. Lei da Palmada: educaí as crianças para que não seja necessário punir os adultos. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 106, nov. 2012.

MOURA, Ricardo. **Mapa da criminalidade e da violência em Fortaleza**: perfil da SER V. Fortaleza: UECE, 2011.

MYERS, W. Alternative services for street children: the brazilian approach. In: BEQUELE, A.; BOYDEN, J. **Combating child labour**. Geneva: International Labour Office, 1988.

NASCIMENTO, Luciano. Apenas 0,65% das crianças e adolescentes vítimas de pornografia na internet é identificado. **AGÊNCIA BRASIL**. 2012. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-11-28/apenas-065-das-criancas-e-adolescentes-vitimas-de-pornografia-na-internet-e-identificado>> Acesso em: 02 mar. 2014.

O POVO online. **Fortaleza é destaque na imprensa internacional**: capital da prostituição. Dez. 2013. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/maisnoticias/brasil/2013/12/12/noticiasbrasil,3176014/fortaleza-e-destaque-na-imprensa-internacional-capital-da-prostituica.shtml>> Acesso em: 02 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Grande Fortaleza é região com maior índice de trabalho infantil no CE**. 2013. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2013/10/12/noticiasjornalcotidiano,3145134/grande-fortaleza-e-regiao-com-maior-indice-de-trabalho-infantil-no-ce.shtml>> Acesso em: 02 mar. 2014.

OBJETIVOS DO MILÊNIO. **O voluntariado e os objetivos do milênio da ONU**: 8 jeitos demudar o mundo. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/>> Acesso em: 02 mar. 2014.

OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA. PRONASCI. Disponível em: <<http://www.observatoriodeseguranca.org/seguranca/pronasci>> Acesso em: 20 jul. 2013.

OLIVEIRA, Alessandra Silva Dias de. **Violência entre parceiros íntimos durante a gestação**: um fator de risco para o desmame precoce? 2008. 185f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.191-203, jan./mar. 2005.

OLIVEIRA, Luciano. **Imagens da democracia**: os direitos humanos e o pensamento político de esquerda no Brasil. Recife: Pindorama, 1995.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. **III Conferência Global sobre Trabalho Infantil**, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/gender/doc/apresenta%C3%A7%C3%A3o%20da%20confer%C3%AAncia%20global\\_1000.pdf](http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/gender/doc/apresenta%C3%A7%C3%A3o%20da%20confer%C3%AAncia%20global_1000.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Resolución XIX: violencia y salud**. Washington, 1993. (mimeo).

PAIXÃO, Antônio Luís. Segurança privada, direitos humanos e democracia: notas preliminares sobre novos dilemas políticos. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, v.31, p.131-141, 1991.

PARKER, Richard; AGGLETTON, Peter. Estigma, discriminação e AIDS. **Cidadania e direitos**, Rio de Janeiro In: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, n. 1, 2001.

PINHEIRO, Ângela Araripe. **A criança e o adolescente no cenário da redemocratização**: representações sociais em disputa. 2001. 438 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

\_\_\_\_\_. **Criança e adolescente no Brasil**: porque o abismo entre a lei e a realidade. Fortaleza: UFC, 2006.

PIRES, Ana L.D.; MIYAZAKI, Maria C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivo de Ciências e Saúde**, v.12, n.1, p.42-49, jan./mar. 2005.

PORDEUS, Augediva Maria Jucá; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; FACÓ, Thais de Paula Pessoa. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1201-1204, jul./ago. 2003.

POUPART, Jean. A entrevista do tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, Jean. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 215-253.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Ministério da Saúde**: Fortaleza tem a terceira maior cobertura do PSF. Jul. 2012. Disponível em: <[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=359:fortaleza-3o-cidade-com-maior-cobertura-do-programa-saude-da-familia&catid=1:ultimas-noticias&Itemid=156](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=359:fortaleza-3o-cidade-com-maior-cobertura-do-programa-saude-da-familia&catid=1:ultimas-noticias&Itemid=156)> Acesso em: 02 mar. 2014.

PRIMEIRA INFÂNCIA. **Plano Nacional pela Primeira Infância**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2014.

QUINLIVAN, J. A.; EVANS, S. F. Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of best clinical practice. **Archives of Women's Mental Health**, v. 8, n.3, p.191-199, set. 2005.

R7. **Morre bebê esquecido dentro do carro pelo próprio pai.** Disponível em: <<http://rederecord.r7.com/video/morre-bebe-esquecido-dentro-do-carro-pelo-proprio-pai-5295cbc60cf2e8e181a3027c/>> Acesso em: 10 jan. 2014.

RAMOS, Fábio Pestana. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: PRIORE, Mary Del. (Org.). **A história das crianças no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Contexto, 2006.

RIZZINI, Irene. **A criança e a lei no Brasil: revisitando a história (1822-2000)**. Rio de Janeiro: Unicef, Cespi/USU, 2000.

RIZZINI, Irene; BARKER, Gary; CASSANIGA, Neide. Políticas sociais em transformação: crianças e adolescentes na era dos direitos. **Educar em Revista**, n.15, 1999. Disponível em: <[http://www.educaremrevista.ufpr.br/arquivos\\_15/rizzini\\_barker\\_cassaniga.pdf](http://www.educaremrevista.ufpr.br/arquivos_15/rizzini_barker_cassaniga.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Proposta para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, v.1, n.1, p.7-15, jan./jun. 2008.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, nov./dez. 2005.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos. **A emergência da concepção moderna de infância e adolescência**: mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias. 1996. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1996.

SANTOS, José Vicente Tavares dos. Microfísica da violência, uma questão social mundial. **Ciência e Cultura**. São Paulo, v. 54, n.1, p.22-24, jun./set. 2002.

SCHERER, Edson Arthur; SCHERER, Zeyne Alves Pires. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.22-29, ago. 2000.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (Edit.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? **Revista USP**. São Paulo, n.51, p.104-113, set./nov. 2001.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávio Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, supl.2, p.S205-S216, 2009.

SEN, Amartya K. **Resources, values and development**. Oxford: Blackwell; Cambridge, MA: Harvard University Press, 1984.

\_\_\_\_\_. **Conceitos de capacidade humana**. Disponível em: <<http://www.capacidadeshumanas.org/?p=29&lang=es>> Acesso em: 02 mar. 2014.

SILVA, Ana Carolina Silva Ramos. **6º colóquio internacional Marx e Engels**: o papel da violência no processo histórico de acumulação de capital – o caso colombiano. Disponível em: <[http://www.ifch.unicamp.br/formulario\\_cemarx/selecao/2009/trabalhos/o-papel-da-violencia-no-processo-historico-.pdf](http://www.ifch.unicamp.br/formulario_cemarx/selecao/2009/trabalhos/o-papel-da-violencia-no-processo-historico-.pdf)> Acesso em: 02 mar. 2014.

SILVA, Lygia Maria Pereira da. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002. 240p.

SILVA, Marta Maria Alves da. Cuidado e proteção em saúde da criança e do adolescente em situação de violência. In: RIBEIRO, Iolete; OLIVEIRA, Maria Luiza; CASTRO, Ana Luiza; OLINDA, Eliana et al. (Orgs.). **A escuta de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência e a rede de proteção**. Brasília/DF: Conselho Federal de Psicologia, 2010.p.59-65.

SINDICATO DOS PROFESSORES DO ENSINO OFICIAL DE SÃO PAULO – APEOESP. **Reportagem especial**: violência contra professores. ago. 2013. Disponível em: <<http://www.apeoesp.org.br/publicacoes/observatorio-da-violencia/reportagem-especial-violencia-contra-professores/>> Acesso em: 02 mar. 2014.

SINGLY, F. **Sociologia da família contemporânea**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – SIPIA. **Módulo para Conselhos Tutelares**. Disponível em: <<http://www.sipia.gov.br/CT/?jsessionid=076516BC629C01293816E01F263CDC19.i nstance2?x=C4oGr0VrVgRg1ApDikYu4Q>> Acesso em: 02 mar. 2014.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; MALAQUIAS, Juaci Vitória. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.18, n.3, p.673-683, 2002.

SOUZA, Ismael Francisco de. **A exploração do trabalho de crianças na Revolução Industrial e no Brasil.** Disponível em: <<http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=1561>> Acesso em: 02 mar. 2014.

TAVARES DOS SANTOS, J.V.; DIDONET, B.; SIMON, C. A palavra e o gesto emparedados: a violência na escola. In: Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre (Org.). **Violência não está com nada.** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Educação, 1998.

TAVARES DOS SANTOS, José Vicente. A violência como dispositivo de excesso de poder. **Revista Sociedade & Estado.** Brasília, UnB, v. 10, n. 2, p.281-298, jul./dez. 1995.

\_\_\_\_\_. **Violências e conflitualidades.** Porto Alegre: Tomo, 2009.

TEIXEIRA FILHO, Fernando Silva; MARRETTO, Carina Alexandra Rondini. Apontamentos sobre o atentar contra a própria vida, homofobia e adolescências. **Revista de Psicologia da UNESP,** v.7, n.1, p.133-151, 2008.

TURECKI, Gustavo. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** v.21, n.2, p.18-22, out. 1999.

VENDRUSCOLO, Telma Sanchez; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; SILVA, Marta Angélica Iossi. As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.15, n.spe. p.812-819, set./out. 2007.

VIANNA, Ana Luiza D'Avila; DAL POZ, Mario Roberto. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil: relatório final. **Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva,** Universidade do Estado do Rio de Janeiro, abr.1998.

WAILSELFISZ, Júlio Jacob. **Mapa da violência 2012:** crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2012.

WIKIPEDIA. **Chumbinho.** Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Chumbinho\\_%28rodenticida%29](http://pt.wikipedia.org/wiki/Chumbinho_%28rodenticida%29)> Acesso em: 20 dez. 2013.

ZALUAR, Alba. **Cidadãos não vão ao paraíso.** Campinas: UNICAMP, 1994.

\_\_\_\_\_. Democratização inacabada: fracasso da segurança pública. **Estudos Avançados,** v.21, n.61, p.31-49, 2007.

\_\_\_\_\_. Masculinidades, crises e violências. In: ZALUIR, Alba. **Integração perversa:** pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ZUCCHI, Eliana Miura; BARROS, Claudia Renata dos Santos; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; FRANÇA JÚNIOR, Ivan. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.36, n.3, p.719-734, set./dez. 2010.

## APÊNDICE



Figura 1 - 9 anos, violentada na escola por ter problemas neurológicos.



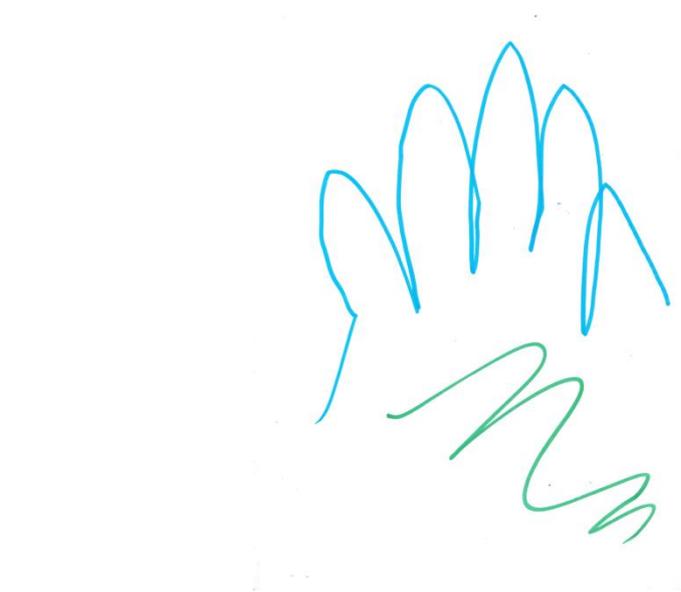
Figura 2 - 12 anos, violentada sexualmente pelo pai aos 9 anos.



**Figura 3 - 12 anos, violentada sexualmente pelo pai aos 9 anos.**



**Figura 4 - 9 anos, mãe não notificou o caso sobre a violência na escola, negou o acontecimento na UPA.**



**Figura 5 - 12 anos, autista, não frequenta a escola, por falta de vaga.**



**Figura 6 - 9 anos, segundo a mãe foi agredida a gravidez toda pelo pai.**