

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS**

**GABRIELA SOUZA SCHUMACHER**

**BIOÉTICA, VIOLÊNCIA E PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE: UM  
ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

**PORTO ALEGRE**

**2016**

**BIOÉTICA, VIOLÊNCIA E PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE: UM ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

**GABRIELA SOUZA SCHUMACHER**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de Mestre em Medicina: Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

**PORTO ALEGRE**

**2016**

CIP - Catalogação na Publicação

SCHUMACHER, GABRIELA SOUZA  
BIOÉTICA, VIOLÊNCIA E PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO  
ADOLESCENTE: UM ESTUDO SOBRE A PERCEPÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE / GABRIELA SOUZA SCHUMACHER. --  
2016.  
129 f.

Orientador: JOSÉ ROBERTO GOLDIM.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto  
Alegre, BR-RS, 2016.

1. Bioethics. 2. Child abuse. 3. Child advocacy.  
4. Domestic Violence. I. GOLDIM, JOSÉ ROBERTO,  
orient. II. Título.

*Sólo le pido a Dios*  
*Que el dolor no me sea indiferente*  
*Sólo le pido a Dios*  
*Que lo injusto no me sea indiferente*  
Mercedes Sosa

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus queridos orientadores, José Roberto Goldim e Márcia Santana Fernandes, pela inspiração, carinho, amizade, atenção, pelas oportunidades, por acreditarem em mim e na realização deste trabalho. Para vocês, dedico as palavras de Gabriel García Márquez: “Um verdadeiro amigo é alguém que pega a sua mão e toca o seu coração”.

Agradeço aos meus pais, meus maiores exemplos de força e caráter, pelo amor, apoio, preocupação e pelo incentivo para que eu sempre alcance os meus objetivos e nunca desista.

Ao meu irmão, o sol da minha vida, por todo amor, incentivo, carinho e inspiração.

À minha afilhada Érika, por ser o meu maior presente, por ser a minha alegria e inspiração. A dinda te ama!

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela parceria e troca de conhecimentos. Agradeço, especialmente, ao Dr. José Antônio Daltoé Cezar, pelo apoio, incentivo e ensinamentos; à Roberta Silvestrin, pelo carinho e amizade e à professora Cristiane Alves, pelo carinho, incentivo e amizade.

Ao meu querido amigo Lucas França Garcia, pela paciência, amizade, apoio e por me ajudar tanto na realização deste trabalho.

À querida Bruna Genro, pela paciência, amizade, oportunidades e carinho.

À querida Gabriella Santos, pela amizade, carinho e apoio na realização deste trabalho.

À professora Marcia Mocellin, pelo carinho, amizade, apoio, por me fazer acreditar em um mundo melhor em cada aula que eu assistia, me inspirando na busca dos meus ideais.

Às queridas colegas do Programa de Proteção à Criança, pelo acolhimento, carinho, amizade, inspiração, pela troca de conhecimentos, por permitirem que este trabalho se realizasse. Agradeço, especialmente, à Dra. Maria Regina Fay de Azambuja, pelo carinho e

ensinamentos; à Dra. Eunice Camargo, pelo carinho e acolhimento; à professora Simone Algeri, pelo carinho, amizade, apoio e ajuda com os materiais; à Fran Minuscoli, pelas conversas, amizade e carinho durante esta trajetória.

À querida Myriam Marques, coordenadora do Programa de Proteção à Criança, pelo carinho, amizade, inspiração, pelo acolhimento e por me ensinar tanto, sendo um grande exemplo de profissional e ser humano.

Ao professor Paulo Carvalho, pela oportunidade de aprender e realizar o estágio na disciplina de Introdução à Bioética Médica.

Às professoras Alzira Lewgoy e Ramona Toassi, pelo carinho e estímulo.

Às minhas amigas e amigos que me apoiaram e incentivaram para a realização deste trabalho. Agradeço, especialmente, à Camila Pastori, Nicole Sartori, Daniela Lesina, Andressa Teixeira, Tatiana Sequeira, Francine Benites, Anelise Jaques, Aline Cadore e Vanessa Bernardi.

À Dalva Ribeiro, pela força e pelos conselhos.

À Brenda, Frederico, Ma e Pietra, pelo amor e companheirismo.

Aos profissionais que participaram desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, por meio de bolsa de estudos, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFRGS; ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e ao seu programa de apoio FIPE.

## RESUMO

**Base teórica:** A violência contra crianças e adolescentes é um problema que está assumindo proporções epidêmicas, manifestando-se em todas as culturas, classes, níveis de escolaridade, faixas de renda e origens étnicas. Tal fenômeno, que contradiz obrigações de respeito aos direitos humanos e às necessidades de desenvolvimento da criança, é frequentemente aprovado e autorizado pela sociedade e pelo Estado. Diante do problema apresentado, a legislação brasileira determina, ao Sistema de Saúde, diferentes obrigações, objetivando restabelecer os direitos violados de crianças e adolescentes vítimas de violência. Tais obrigações envolvem o atendimento integral da saúde da criança e do adolescente, incluindo, como obrigação, a notificação dos casos de suspeita ou confirmação de violência. Apesar das determinações legais, o atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de maus-tratos se encontra pouco estruturado em muitos locais do país, sendo insuficiente para a demanda que chega aos serviços de saúde. **Objetivo:** Avaliar o atendimento hospitalar de crianças e adolescentes em situações de violência. **Método:** Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 28 profissionais que atuam no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Foram incluídas perguntas sobre a percepção de violência, o entendimento sobre proteção à criança e interdisciplinaridade, além da percepção sobre os diferentes recursos intra e extra-hospitalares de proteção. A avaliação dos dados foi realizada com o programa QSR NVivo®, versão 11, utilizando como referência a Análise de Conteúdo. **Conclusão:** A partir do presente trabalho, pode-se constatar que o atendimento hospitalar de crianças e adolescentes em situação de violência, por vezes, se apresenta de modo precário. Tal precariedade surge da limitação e fragmentação que os profissionais de saúde demonstram em relação à percepção e à compreensão da violência e proteção sobre crianças e adolescentes.

**Palavras-chave:** Bioética, abuso infantil, proteção à criança e ao adolescente, violência doméstica.

## ABSTRACT

**Background:** Violence against children is a problem that is assuming epidemic proportions, manifesting itself in all cultures, social classes, schooling levels, income brackets and ethnic origins. Such a phenomenon, which contradicts obligations to respect human rights and the child's developmental needs, is often approved and authorized by society and the State. In view of the problem presented, the Brazilian legislation determines, to the Health System, different obligations, aiming at restoring the violated rights of children and adolescents victims of violence. These obligations involve the integral care of the children's health, including, as an obligation, the notification of cases of suspected or confirmed violence. Despite the legal provisions, the care of children and adolescents victims of abuse is poorly structured in many places throughout country, being insufficient for the demand that reaches the health services.

**Aim:** To evaluate the hospital care of children in situations of violence. **Method:** Semi-structured interviews were conducted with 28 professionals who work in the care of children victims of violence. Questions about perceptions of violence, understanding about child protection and interdisciplinarity, and perceptions about the different intra- and extra-hospital protection resources were included. The data evaluation was performed with the QSR NVivo® program, version 11, using as a reference the Content Analysis. **Conclusion:** Based on the present study, it can be observed that the hospital attendance of children in a situation of violence sometimes presents in a precarious way. Such precariousness arises from the limitation and fragmentation that health professionals demonstrate regarding the perception and understanding of violence and protection of children.

**Keywords:** Bioethics, child abuse, child advocacy, domestic violence

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CONANDA</b>	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>FUNABEM</b>	Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
<b>HCPA</b>	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>PPC/HCPA</b>	Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Tipologia da violência. Elaborada pela OMS .....	35
Figura 2: A Bioética como espaço de interfaceamento dos diferentes aspectos envolvidos em um problema (Goldim, 2009). .....	61
Figura 3: Representação esquemática do processo de tomada de decisão assumido pela Bioética Complexa (Goldim, 2009). .....	62
Figura 4: Nuvem de palavras – Ambulatório .....	119
Figura 5: Clauster – Ambulatório .....	119
Figura 6: Nuvem de palavras– Emergência.....	120
Figura 7: Clauster – Emergência .....	120
Figura 8: Nuvem de palavras– Internação .....	121
Figura 9: Clauster – Internação .....	121
Figura 10: Nuvem de palavras – Programa de Proteção à Criança HCPA.....	122
Figura 11: Clauster – Programa de Proteção à Criança HCPA .....	122

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	13
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	16
2.1. ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES ....	16
2.2. HISTÓRIA.....	16
2.2.1. A criança e o adolescente no cenário mundial .....	17
2.2.2. A criança e o adolescente no cenário brasileiro .....	26
2.3. VIOLÊNCIA.....	30
2.3.1. Violência na Perspectiva da Saúde.....	31
2.3.2. Violência contra Criança e Adolescente: Análise a partir da Classificação Elaborada pela Organização Mundial da Saúde.....	34
2.3.2.1. Tipologia da violência.....	35
2.3.2.1.1. Violência autoprovocada .....	36
2.3.2.1.2. Violência interpessoal .....	37
2.3.2.1.3. Violência coletiva.....	42
2.3.2.1.4. Violência estrutural .....	43
2.3.2.2. Natureza da violência .....	44
2.3.2.2.1. Violência física.....	44
2.3.2.2.2. Violência sexual .....	46
2.3.2.2.3. Violência psicológica .....	48
2.3.2.2.4. Negligência.....	50
2.4. PROTEÇÃO .....	51
2.4.1. Os profissionais de saúde como responsáveis pela proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência .....	53
2.5. BIOÉTICA.....	58
2.5.1. Bioética complexa como meio para compreender o problema da violência contra crianças e adolescentes.....	59
2.5.2. Bioética complexa como abordagem no processo de tomada de decisão envolvendo proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência .....	61
3. MARCO CONCEITUAL.....	63
4. JUSTIFICATIVA.....	64
5. OBJETIVOS .....	66
5.1. Objetivo geral.....	66

5.2. Objetivos específicos .....	66
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67
7. ARTIGO 1 ORIGINAL EM PORTUGUÊS .....	81
8. ARTIGO 2 ORIGINAL EM PORTUGUÊS .....	95
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	116
10. PERSPECTIVAS FUTURAS .....	118
ANEXOS .....	119
ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM COM POTENCIAL ATENDIMENTO DE PACIENTES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES, EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA. ....	123
ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS PROFISSIONAIS QUE INTEGRAM O PROGRAMA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA DO HCPA. ....	124
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	125
APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUIS DO HCPA .....	127

## 1. INTRODUÇÃO

A violência determina - de acordo com épocas, locais e circunstâncias - realidades muito diferentes, fundamentando suas manifestações em normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade(1). Diante das suas expressões e consequências, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, destacando que crianças, ao lado das mulheres, são as principais vítimas deste fenômeno (2,3).

A violência contra crianças e adolescentes, por vezes denominada como abuso ou maus-tratos, é um problema que está assumindo proporções epidêmicas, caracterizando-se como uma grave violação de direitos humanos. Ainda, é compreendida como um problema multifatorial, que necessita de respostas multifacetadas (4-6). De acordo com Deslandes e colaboradores (7), a violência contra crianças e adolescentes está representada

em toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral. Tais eventos geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual de poder manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional. Esse fenômeno se configura também de forma estrutural na aplicação de políticas educacionais, sanitárias ou econômicas que mantêm as condições que impedem ou não promovem o seu crescimento e desenvolvimento (2005, p. 44).

Diante do problema apresentado, a legislação brasileira determina, ao Sistema de Saúde, diferentes obrigações, objetivando restabelecer os direitos violados de crianças e adolescentes vítimas de violência. Tais obrigações envolvem o atendimento integral da saúde da criança e do adolescente, incluindo, como obrigação, a notificação dos casos de suspeita ou confirmação de violência (8). Neste sentido, ao estipular novas incumbências ao Setor de Saúde, a legislação tratando-o como esfera pública privilegiada de proteção, além de reconhecê-lo como responsável por dar apoio às vítimas e suas famílias, considerando este grupo como uma unidade de cuidado (9,10).

Apesar das determinações legais e do reconhecimento do Sistema de Saúde como um espaço de proteção à criança e ao adolescente, diferentes estudos demonstram que o atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de maus-tratos se encontra pouco estruturado em muitos locais do país, sendo insuficiente para a demanda que chega aos serviços

de saúde (11). Tal constatação demonstra uma discordância entre as diretrizes legais e as práticas de enfrentamento do problema (9).

Diante do exposto, o presente trabalho busca avaliar o atendimento hospitalar de crianças e adolescentes em situações de violência, mediante análise da percepção e compreensão dos profissionais de saúde sobre violência e proteção em crianças e adolescentes, bem como da utilização das redes de recursos intra e extra-hospitalares de proteção. Ainda, tais questões serão associadas à diferentes aspectos bioéticos, na busca de refletir sobre as ações dos profissionais perante os casos de violência contra criança e adolescente.

Na tentativa de alcançar o objetivo proposto, foram realizadas entrevistas com diferentes profissionais que atuam no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Foram incluídas perguntas sobre a percepção de violência, o entendimento sobre proteção à criança e ao adolescente e interdisciplinaridade, além do conhecimento sobre os recursos intra e extra-hospitalares de proteção.

Refere-se, ainda, que, objetivando uma aproximação do tema, abordaremos, na revisão de literatura, a trajetória histórica de crianças e adolescentes até o seu atual estágio de visibilidade social, passando à condição de sujeitos de direitos. Assim, busca-se demonstrar como tal trajetória influenciou na construção social do atual significado de infância, e que, vinculado ao processo histórico, diferentes elementos (culturais, espaciais, políticos, econômicos, entre outros) também induziram na estruturação desta concepção, além de demonstrar como a violência se incorporava na relação entre a criança e o adulto, seja no âmbito familiar, social, ou com o Estado.

Seguidamente, se discutirá, por meio da sistematização adotada pela Organização Mundial da Saúde, sobre os diferentes tipos e manifestações da violência e como estes afetam crianças e adolescente, violando seus direitos fundamentais reconhecidos pela legislação vigente. Ainda, averigua-se como o Sistema de Saúde se integra no conjunto de normas, tendo como responsabilidade a proteção de crianças e adolescentes em situação de violência. Identifica-se, igualmente, quais são as barreiras descritas pela literatura que impedem a concretização das imposições legais.

Verifica-se, como último ponto da revisão de literatura, a Bioética e sua relação com o tema referido. Indica-se tal referência como um auxílio na compreensão do problema, bem como, no processo de tomada de decisão nas questões envolvendo proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência.

Os resultados do presente trabalho originaram dois artigos: “Violência contra crianças na perspectiva de profissionais de saúde: reconhecimento e proteção em suas atividades

hospitalares” e “Proteção de crianças e adolescentes em situação de violência: a importância da abordagem multiprofissional na dinâmica de atendimento hospitalar”.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES

Esta revisão da literatura está focada nos aspectos relacionados aos aspectos bioéticos das questões envolvendo violência contra crianças e adolescentes. Também focamos na relação entre o programa de proteção à criança e a importância de uma abordagem interdisciplinar. A estratégia de busca envolveu as seguintes bases de dados: Pubmed/MedLine, Web of Knowledge, Scielo e IBICIT, no período de 1960 a 2013. Foram realizadas buscas através dos termos “bioethics”, “child abuse”, “domestic violence”, “child advocacy” e suas combinações.

<b>Descritores/MeSH</b>	<b>Pubmed</b>	<b>WoK</b>	<b>Scielo</b>	<b>IBICT</b>
Bioethics [1]	24681	7265	1409	429
Child abuse [2]	41537	33279	766	277
Domestic Violence [3]	40486	13263	751	559
Child advocacy [4]	6879	2350	42	15
1+2	73	15	3	1
1+3	75	2	0	0
1+4	163	6	1	0
2+3	27847	2254	118	42
2+4	1268	300	3	4
3+4	1121	83	5	2

### 2.2. HISTÓRIA

Estudos mostram que a violência contra crianças e adolescentes é um problema que prevalece em todos os países do mundo, contradizendo as obrigações de respeito aos direitos humanos e às necessidades de desenvolvimento infanto-juvenil. Considerando suas causas e consequências, a Organização Mundial da Saúde reconhece a violência como um grave problema de saúde pública, especialmente quando atinge crianças e adolescentes (2–4).

Entretanto, a capacidade de compreender e gerar definições para violência contra crianças e adolescentes, reconhecendo este fenômeno como um problema social e de saúde pública, é algo próprio da sociedade contemporânea, a qual legitima crianças e adolescentes como sujeitos de direito. Neste sentido, assinala-se que a noção de cidadania associada às

concepções de infância e adolescência é uma conquista recente, fruto de um longo processo de construção social (12,13).

Para compreendermos a forma como a violência contra crianças e adolescente é entendida atualmente e os instrumentos legais de proteção, é necessário retomar o papel ocupado pela infância, no âmbito familiar e social, nos diferentes períodos históricos. Desta forma, será possível visualizar como a violência se insere na construção social da infância e adolescência, permeando os diferentes vínculos e relações de crianças e adolescentes, que passaram, ao longo da história, de invisíveis a sujeitos de direito (14).

### **2.2.1. Criança e adolescente no cenário mundial**

A Convenção sobre os Direitos da Criança declarou que todas as crianças, sem discriminação, são consideradas sujeitos de direito. No Brasil, diferentes legislações determinam normas que buscam assegurar os direitos e a proteção de crianças e adolescentes desde a sua concepção. Estes instrumentos refletem profundas mudanças sociais e jurídicas que almejam modificar a trágica situação que a história reservou a infância. Nesta linha, assinala-se que os documentos históricos registram, desde os primórdios, diferentes episódios do que hoje compreendemos por violência e violação dos direitos de crianças e adolescentes (8,14–18).

A violência pode assumir diferentes formas, caracterizando-se, por vezes, como própria das relações pessoais, políticas, sociais e culturais, tornando-se um componente cultural naturalizado. Os estudos sobre este tema lhe conferem um caráter de permanência em todas as sociedades. Ao resgatar o conjunto de informações do passado, da evolução da humanidade, compreendendo os acontecimentos, ações, fatos e particularidades é possível constatar que o viver em sociedade sempre foi um viver violento e que, por vezes, a violência se apresenta como um elemento de ligação entre diferentes mundos, possibilitando a integração, a transformação ou a continuidade de determinado sistema (19,20).

A concepção que temos atualmente de filhos e família modifica-se completamente quando nos reportamos à época dos povos nômades. Beauvoir (21) descreve que as hordas primitivas quase não se interessavam pela sua posteridade. Segue a autora, relatando que as mulheres não tinham a preocupação de sobreviver a si mesmas e não se reconheciam na sua descendência. Isto ocorria, pois não estavam fixadas em um território, nada possuíam, portanto, não se ligavam em nenhuma coisa estável, não podiam ter nenhuma ideia concreta de permanência. Diante desta realidade, os filhos constituíam para elas um encargo, e não uma

riqueza. A autora sustenta que a prova desta perspectiva está nos numerosos infanticídios que ocorreram entre os povos nômades, sendo que muitos recém-nascidos que não eram exterminados morriam por falta de higiene em meio à indiferença geral.

A perspectiva descrita modifica-se a partir da constituição do regime patriarcal, que se forma, conforme explica Beauvoir (21), quando os nômades se fixam ao solo e se tornam agricultores. O homem, ao passo em que se torna proprietário do solo, reivindica também a propriedade da mulher e dos filhos. A partir desta nova concepção forma-se o Estado, as instituições e o direito, determinando diferentes funções para homens e mulheres, funções que já incidiam desde o nascimento. Beauvoir pontua que no regime estritamente patriarcal

O pai pode condenar à morte, já ao nascerem, os filhos ou as filhas; mas, no primeiro caso, a sociedade restringe, o mais das vezes, seu poder: todo recém-nascido masculino normalmente constituído tem o direito de viver, ao passo que o costume de abandonar as meninas é muito comum. Entre os árabes havia infanticídios em massa: mal nasciam, eram as meninas jogadas em fosso. Aceitar a criança do sexo feminino era um ato livre de generosidade do pai. (Beauvoir, 2016, p.118).

Sob esta lógica, as crianças eram consideradas como uma propriedade, inicialmente do pai, e, em seguida, do Estado, no caso dos meninos; ou do marido, no caso das meninas. Neste sentido, considerando a posição e as funções do homem e da mulher na sociedade, Aristóteles (22), ao descrever sobre a nova estrutura social, pontua que a educação de meninos e meninas deve ser feita tendo em vista a constituição da Cidade e o modo de governo da comunidade em que vivem. Ainda, sustenta sobre a necessidade de haver leis que determinem que as crianças com deformidades não devam viver.

Diante das atribuições já estabelecidas, Aristóteles (22) refere sobre o processo de criação dos meninos e os efeitos em seu fortalecimento físico, objetivando, desde cedo, o exercício para o serviço militar. Desta forma, descreve sobre a importância de expor crianças a temperaturas baixas, trazendo, como exemplo, os povos bárbaros, que costumavam mergulhar os recém-nascidos nas águas de rios gelados. Assim, esclarece que as crianças, a partir do seu calor natural, podem ser facilmente condicionadas a suportar o frio.

A estrutura social retratada se firma ao longo da história. Azambuja (14) esclarece que na civilização espartana, diferentes papéis eram destinados a meninos e meninas. O menino, conforme já mencionado, pertencia mais ao Estado do que a família, visto que seu destino era ser soldado. Ao nascer, era examinado pelos anciãos da tribo, caso apresentasse alguma imperfeição, era morto ou abandonado; sendo perfeito, permanecia com a família até os sete

anos, quando era entregue ao Estado que assumia sua guarda. Na condição de filho do Exército, o menino recebia uma educação rígida, a qual treinava para caminhar de olhos baixos e não tomar a palavra, somente quando interrogado. Em relação à menina o cenário se modifica. A menina sempre tinha um dono que a dominava, que a controlava. Enquanto criança, a menina dependia do pai; ao casar, passava ao domínio do marido; e, caso ficasse viúva, restava-se aos cuidados de parentes e filhos.

A percepção do filho enquanto propriedade do pai é claramente identificada nas palavras de Engels (23), quando o autor descreve sobre o surgimento do direito paterno no Estado Ateniense e a possibilidade de venda dos filhos pelo pai. Segundo Engels, se um camponês tinha uma dívida, poderia vender seus filhos no mercado de escravos estrangeiros, a fim de satisfazer por completo o seu credor.

A história de Roma também retrata o poder absoluto do pai sobre o filho. Corazza descreve que as mais antigas leis de Roma, as “Leis de Rômulo”, determinavam aos pais a obrigatoriedade de criar todos os filhos homens e a primeira filha mulher. Assim, existiam lugares específicos destinados à exposição de crianças indesejadas, normalmente meninas, mas, também, meninos ilegítimos, deformados ou aqueles em que o nascimento fora acompanhado por maus presságios (24).

Ainda no contexto romano, a Lei das XII Tábuas criou o instituto chamado *patria potestas*. Tal instituto, em suas origens, nomeava o pai como chefe político, sacerdote e juiz em sua casa, exercendo o poder absoluto sobre todos os filhos, a mulher e os escravos, os quais eram considerados *alieni jûris*, ou seja, sem personalidade jurídica e sem patrimônio. Os romanos davam ao pai, por exemplo, o direito de matar o filho que nascesse disforme, mediante o julgamento de cinco vizinhos. Ainda, a Lei assegurava ao pai, assim como no Estado Ateniense, o poder de vender seus filhos (14,25).

A nova estrutura familiar, a qual baseia-se na monogamia como forma de assegurar a propriedade, não aceita os filhos concebidos fora do casamento. Desta forma, em Roma, os filhos nascidos de uma união concubinária não eram reconhecidos, eram considerados ilegítimos. Estas crianças eram esquecidas, não exercendo qualquer papel social ou político na aristocracia romana (14).

Percebe-se, portanto, que tanto na sociedade grega, quanto romana, o pai, que assumia a função de chefe de família, detinha o poder maior. Assim, possuía poder absoluto sobre os filhos, podendo castigá-los, condená-los à prisão e até excluí-los da família (14). Nesta perspectiva, Corazza(24) refere que desde a Antiguidade, as crianças estiveram envolvidas e encarregadas dos cuidados dos adultos, como por exemplo, servindo-os à mesa durante as

refeições e festividades. Esta lógica de cuidado se estendeu no período da Idade Média, em que todas as crianças, exceto as de sangue real, exerciam papel de serventes, tanto em suas casas, como em casas alheias, fazendo os trabalhos domésticos e cuidado dos adultos.

O surgimento da religião cristã, originada no período da Era Cristã, ao final da Antiguidade, influenciou significativamente, em diferentes períodos históricos, as práticas sociais vinculadas ao contexto infanto-juvenil.

Antes do surgimento da Era Cristã, já era possível identificar, no Antigo Testamento, fragmentos que reiteradamente evocam submissão e punição nas relações entre adultos e crianças, sendo que estas estão postas no mesmo plano de um animal(26). Ao destacar passagens de tal escritura, Assis (18) afirma que “uma lei hebraica do período de 1250-1225 a.C. instrui que, caso os filhos não deem ouvidos às recomendações paternas, cabe aos anciãos da cidade puni-los, expondo-os para que sejam apedrejados pelos homens até a morte” (p. 127).

A grandeza da religião, explica Snyders(26), está em dispor o Perfeito como primeiro e último termo, justificando os acontecimentos através dos desígnios de um Deus absoluto e perfeito. Todavia, para purificar, ilibar a imagem de Deus, é necessário rebaixar os homens, retratando-os como seres do pecado; e é sobre as crianças, aponta o autor, que tal condenação se abate mais pesadamente.

O dogma do pecado original, o qual sustenta os princípios da religião cristã, imprime ao amor pela criança uma inflexão característica. Durante séculos, a teologia cristã elaborou uma imagem dramática da infância, representando-a como o símbolo da força do mal, um ser imperfeito, portador da marca mais cruel do pecado. Reconhecia-se o pecado no adulto, no entanto, acreditava-se que com o tempo e a fé, era possível agir de forma compensatória, aproximando-se de Deus, na busca pela dignidade. Desta forma, era designado ao adulto o dever de educar a criança, colocando-se constantemente em oposição aos desejos do educado (26,27).

A relação entre religião e educação, por vezes, concretizou-se mediante práticas punitivas. Nesta lógica, oportuno referir o entendimento de Santo Agostinho, que traduzia a natureza da infância como algo corrompido e sem valor, representando o indício de nossa corrupção, o que nos condena e do que devemos nos livrar. Assim, o filósofo justifica previamente todas as ameaças, as varas e palmatórias como meio de recuperação, visto que a Redenção transita pela luta contra a infância, ou seja, pela anulação de um estado negativo e corrompido (27). No entanto, não é somente Santo Agostinho que apresenta a infância como algo degenerado, para São Tomás de Aquino, a criança é marcada por um desregramento, uma inclinação para atos desordenados, legitimando determinada pena como castigo do pecado (26).

Com a Era Cristã e o advento do cristianismo, houve, de certa forma, uma humanização do direito romano e do poder absoluto do pai, pois, em determinada época, os senhores foram proibidos de abandonar os recém-nascidos, sob pena de perder seus privilégios (14). Passa-se a refletir o sentido e a imagem de Deus na relação entre pais e filhos. Nesta perspectiva, vincula-se o castigo à educação, surgindo a ideia de que quem castiga ama, baseando-se na lógica de que Deus castiga quem ama, então o pai irá castigar o filho, pois lhe quer bem(26). Snyders(26) menciona que

o amor dos pais pelo filho constitui, à escala humana, o amor de Deus pelos homens. Ora Deus é um pai bastante severo, tendo em conta a intensidade das infelicidades que nos inflige, e se Ele age assim é, ao mesmo tempo, porque o merecemos e porque o sofrimento que nos causa é o melhor meio de educação. Estes castigos enviados por Deus justificam, autorizam, e até exigem, os castigos aplicados pelo adulto à criança (Snyders, 1984, p. 77).

Com o surgimento da Idade Média e a consolidação das convicções cristãs, cria-se, no século XII, a roda de expostos. Originada para a realização das Obras de Misericórdia, a roda de expostos, explica Marcilio, prestava assistência aos pobres, aos peregrinos, aos doentes e aos expostos. Entre os anos de 1201 a 1204, este modelo foi implementado em Roma, criando o primeiro hospital destinado a acolher e a assistir crianças abandonadas, implementando-se um sistema institucional, destinado à proteção de crianças expostas. Estruturou-se este hospital, diante do número de bebês encontrados mortos pela cidade. Assinala-se que tal modelo institucional seria copiado por toda Europa e, séculos depois, exportados para outros continentes (28).

Na Idade Média, a literatura aponta que a infância e a adolescência não foram tão ignoradas como na Antiguidade; porém, foram definidas de forma imprecisa e, por vezes, desdenhadas. Neste período sugere-se, pela primeira vez, a compreensão de infância como um processo, ao invés de um estado fixo, ou seja, se reconhece a dinâmica do crescimento. Documentos médicos do período demonstram uma consciência sobre as etapas da infância, sendo que alguns documentos demonstram que tal etapa iria até os sete anos (29). Desta forma, percebe-se que nos diferentes documentos e tratados produzidos na Idade Média, as distinções baseada nas idades começam a ganhar destaque, passando a existir as denominações de infância, juventude, velhice, a fim de designar períodos diferentes do desenvolvimento humano. Até o século XVIII, adolescência e infância se confundiam, existindo apenas o termo *enfant*, o qual significava não saber falar ou se expressar corretamente. Porém, assinala-se que o surgimento da percepção da existência de infância, não reflete melhores condições na vida das

crianças. Ainda, com o surgimento da imprensa, em 1454, emerge um novo entendimento de infância, baseado na incompetência de leitura (14).

Sobre o período da Idade Média, Ariès(30) menciona que a educação de crianças era feita juntamente com os adultos, os jogos e as brincadeiras não apresentavam diferenças, visto que até esta época, não se reconhecia a diferença entre as diferentes fases da vida. Entretanto, com o advento da Idade Moderna, a educação passou a ser fornecida cada vez mais pela escola, passando a se tornar um instrumento de iniciação social, da passagem do estado da infância ao do adulto. Segue o autor alegando que essa transformação se deu diante de uma nova necessidade de rigor moral da parte dos educadores, que tinham a preocupação de isolar a juventude do mundo sujo dos adultos, buscando mantê-las na inocência primitiva. Afirma, ainda, que a substituição da aprendizagem com os adultos pelas escolas refletiu, igualmente, uma aproximação da família e das crianças, uma união entre o sentimento de família e infância, até então inexistente.

Diante deste novo sentimento entre família e infância, surge o que Ariès(30) denomina de “paparicação”, lógica que refletia uma fonte de distração e relaxamento para o adulto. Este sentimento corresponde à preocupação dos aspectos psicológicos da criança, que se encontra em formação. A “paparicação” surge principalmente entre os educadores, no século XVII (14,30). Diante deste sentimento, buscava-se analisar a criança, a fim de corrigi-la, reforçando-se a ideia do castigo como meio de educar. Assim, utilizavam de punição física e espancamentos, mediante chicotes, ferros e paus, como meio de moldar as crianças conforme os desejos dos adultos, as quais deviam estrita obediência como a única forma de não serem punidos. Assinala-se, ainda, que paralelo à “paparicação” e ao castigo como educação, desenvolve-se o interesse pela higiene e saúde física das crianças (14,24).

Esta nova preocupação envolvendo a higiene e saúde física das crianças é fundamentada nas ideias de John Locke, que alertava os pais sobre a prevenção como meio eficaz de resguardar a saúde de seus filhos. John Locke também desenvolveu propostas pedagógicas, as quais representavam os propósitos da sociedade liberal. O filósofo propôs a ideia da tabula rasa para o crescimento infantil, alegando que a criança era como uma folha em branco, na qual poderia escrever o que quisesse. Desta forma, sustentava sobre importância de dar atenção ao desenvolvimento intelectual e a capacidade de autocontrole da criança (31–33).

Em 1722, Rousseau consolidou as novas percepções originadas na Idade Moderna, dando o primeiro impulso à ideia de família moderna, fundada no amor materno (27). Nesta obra, Rousseau(34) traz sobre a importância da educação no crescimento das crianças, reconhecendo diferenças e ponderando que os homens já foram crianças. Descreve o autor:

Queixamo-nos da condição infantil e não vemos que a raça humana teria perecido se o homem não tivesse começado por ser criança. Nascemos fracos, precisamos de força; nascemos carentes de tudo, precisamos de assistência; nascemos estúpidos, precisamos de juízo. Tudo o que não temos ao nascer e de que precisamos quando grandes nos é dado pela educação. (Rousseau, 2004, p. 9).

Ao final da Idade Moderna e início da Idade Contemporânea, mediante o desenvolvimento industrial, os filhos passam a contribuir com a renda familiar, e o trabalho infantil passa a ser constante no período. Ainda, neste período de transição, ressalta-se a existência, na Inglaterra, da possibilidade de crianças serem condenadas por crimes cuja pena era o enforcamento (14).

No século XIX, o filho passa a ocupar posição central na família, tornando-se um símbolo de afetividade. Diante das modificações sobre os sentimentos e percepções em relação à criança, explica Azambuja (14), origina-se o interesse de filantropos, médicos e estadistas em ajudar crianças provenientes de famílias pobres. Assim, em 1841, segue a autora, cria-se uma das primeiras leis sobre limitação no tempo de trabalho nas fábricas, representando uma proteção à criança.

Posteriormente, a partir de 1850, a família transforma-se em matriz da sociedade e os filhos passam a ocupar um papel significativo neste grupo, sendo objeto de amor dos pais, que centralizam nos vínculos de poder o afeto. Rompe-se com a concepção de família fundada em um grupo de pessoas com vínculos parentais distantes (14).

Em 1874, em Nova Iorque, ocorreu o caso Mary Ellen. Trata-se de uma assistente social chamada Etta, que teve conhecimento de uma menina que sofria maus-tratos por parte dos pais. A menina, que se chamava Mary Ellen Wilson, tinha nove anos de idade e apresentava queimaduras e cicatrizes, bem como era mantida em cárcere privado. A assistente social tentou de todas as formas ajudar a menina, procurando igreja, polícia e judiciário, tentou todos os meios legais, mas a única resposta era que não poderia interferir na relação entre pais e filhos. Desta forma, Etta procurou a Presidente da Sociedade Americana para Prevenção da Crueldade contra os Animais, pois a única solução que restava era recorrer à legislação que protegia os animais, já que não existia uma que protegesse as crianças, pois estas eram consideradas não menos que um cachorro ou um gato. Diante deste caso, pode-se perceber que, mesmo com uma aparente mudança, vinculando o afeto nas relações familiares, a criança permanecia sendo objeto de propriedade dos pais, sem qualquer intervenção estatal (35).

Ao final do século XIX, Sigmund Freud consolida um novo arquétipo sobre a infância, que possibilita a abertura de novos entendimentos sobre as crianças, ultrapassando as questões religiosas. Ainda, em 1919, Freud expõe sobre a violência contra criança em “Uma criança é espancada”, visando demonstrar os sentimentos e as sensações que este tipo de situação produzia. Neste sentido, no início do século XX, baseando-se, não somente em questões religiosas, mas também científicas, profissionais da medicina, direito e pedagogia, passam a contribuir para novas concepções de atendimento e proteção às crianças (14,36).

Seguindo esta perspectiva, em 1962, Kempe e colaboradores publicam o texto considerado como o início de uma maior sensibilização e visibilidade do problema de maus-tratos contra a criança. “A síndrome da criança espancada” descrevia a condição clínica de crianças, os danos e as lesões, decorrentes de violência física causada por pais ou cuidadores. Mediante esta publicação, a violência contra crianças, antes oculta, estreou como objeto de investigação, chamando a atenção dos profissionais de saúde e da sociedade em geral para a necessidade de proteção à criança (14,37,38).

Destaca-se que no cenário internacional, o século XX, para além dos avanços científicos, também representou grandes avanços nos instrumentos jurídicos de proteção às crianças e aos adolescentes.

Neste contexto de visibilidade à criança e sua necessidade de proteção, menciona-se, inicialmente, a primeira Conferência Internacional do Trabalho, em 1919. Tal Conferência resultou na aprovação de seis convenções, as quais abordavam, por exemplo, a proteção à maternidade, a proibição do trabalho noturno para menores de dezoito anos, bem como a definição mínima de catorze anos para o trabalho na indústria. Pontua-se, assim, que em tais diretrizes, já estão incluídas questões que tratam sobre proteção à criança, além de interesses transindividuais(35).

Na mesma perspectiva, ressalta-se a Convenção sobre a Idade Mínima para a Indústria, de 1919, revisada no ano de 1937, a qual estabeleceu a idade mínima para começar a vida economicamente ativa das pessoas, especialmente para o exercício do trabalho na indústria. Mais tarde, a mesma proibição seguiu-se para outros setores produtivos. Estes documentos resultaram, em 1973, na aprovação da Convenção sobre Idade Mínima de Admissão a Emprego, instrumento geral que busca à total abolição do trabalho infantil (35). Rossato e colaboradores esclarecem que tais documentos são importantes para entender a defesa dos direitos humanos de crianças, bem como para entender o surgimento da noção de interesses metaindividuais com a tutela de benefícios sociais. Pontuam, ainda, que conforme a Convenção de 1973, a idade mínima para admissão em qualquer emprego ou trabalho, não poderia ser inferior àquela de

conclusão da escolaridade compulsória ou, nas demais hipóteses, não inferior a quinze anos (35).

Complementando a Convenção Sobre a Idade Mínima de 1973, inaugura-se, em 1999, a Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), intitulada “Convenção sobre Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e Ação Imediata para a sua Eliminação”. Esta Convenção aborda sobre a proibição para o exercício de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos (35,39).

A Declaração de Genebra, em 1924, caracteriza-se como a primeira declaração que reconhece que crianças necessitam de proteção especial distinta daquela dos adultos (13). A Declaração de Genebra, também reconhecida como Carta da Liga sobre a Criança de 1924, contempla a proteção e os direitos humanos das crianças, descrevendo que estas devem receber os meios necessários para o seu desenvolvimento normal, material e espiritual. Entretanto, este documento não retratava as crianças como sujeitos de direitos, mas sim, como objetos de proteção. Ainda, a Declaração de Genebra não possuía coercibilidade, tratando-se de mera recomendação (35).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, reitera o direito de proteção e assistência especiais que crianças e adolescentes necessitam. Afirma a compreensão de que todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social (40). Ainda em 1948, a Declaração de Genebra foi revisada e ampliada, servindo de base para a Declaração dos Direitos da Criança, de 1959 (14).

Em 1959, instituíam-se a Declaração dos Direitos da Criança, rompendo com paradigmas da criança enquanto objeto e consagrando-a, pela primeira vez na história, como sujeito de direito. Assim, passa a se reconhecer o direito de proteção integral. Mediante este documento, proclamam-se dez princípios que refletem a infância como “sujeito coletivo de direitos”, convocando os pais, cidadãos, organizações não-governamentais, autoridades e Estado para o reconhecimento das normas instituídas. Nesta lógica, Bobbio alega que a instauração da Declaração dos Direitos da Criança reforça a ideia de proteção particular e cuidados especiais em relação às crianças, bem como descreve os direitos da criança como singulares (*iussingulare*) em relação ao direito comum (*iuscommune*) (14,35,41,42).

Cumpra também referir o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Pacto sobre os Direitos Cívicos e Políticos, de 1966, que evidenciam o direito de crianças e adolescentes de desfrutar da vida e da saúde, além da exigência de proteção em relação aos trabalhos nocivos à saúde e à moral. Ainda, abordam sobre o direito à não discriminação, à aquisição de nacionalidade e à proteção da família (35,43,44).

Em 1985, a Assembleia Geral das Nações Unidas adota as “Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude”, também denominada “Regras de Beijing” ou “Regras de Pequim” (45). Mediante este documento, sustentam Rossato e colaboradores “a Justiça da Infância e Juventude passou a ser concebida como parte integrante do processo de desenvolvimento nacional de cada país, devendo ser administrada de maneira a contribuir para a manutenção da paz e da ordem na sociedade” (p.35) (35).

Em 1989, a Organização das Nações Unidas adota a Convenção sobre os Direitos da Criança, sendo este o tratado internacional de proteção aos direitos humanos com o maior número de ratificações (35). De acordo com este documento, criança é compreendida como “todo ser humano com menos de dezoito anos de idade, a não ser que, pela legislação aplicável, a maioria seja atingida mais cedo”. Ainda, esta Convenção recepciona a “concepção do direito integral da criança”, conferindo proteção especial e absoluta prioridade nos cumprimentos de direitos da criança e do adolescente, reconhecendo-os verdadeiramente como sujeitos de direitos (15,35).

Por fim, no contexto internacional, menciona-se a estruturação do Sistema de Controle do Cumprimento dos Direitos Humanos de Crianças e o Terceiro Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança, ocorridos em 2012. O Sistema implementado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, garante às crianças e seus representantes a possibilidade de acionar o Comitê de Direitos das Crianças da ONU, sempre que seus direitos não forem respeitados pelas justiças de seus Estados, restando esgotada as instâncias internas, sem que haja resultado prático positivo (35).

### **2.2.2. Criança e adolescente no cenário brasileiro**

A chegada das primeiras crianças portuguesas no Brasil foi marcada por violência e desproteção(14). Ramos(46) descreve sobre as embarcações lusitanas do século XVI rumo à Terra de Santa Cruz; menciona que as crianças meninas eram enviadas ao Brasil, como órfãs do Rei, para casarem com os súditos da coroa. Sustenta que quem mais sofria com o dia a dia em alto mar eram as crianças, pois a presença de mulher era rara e, por vezes, proibida nas embarcações; assim, ocorriam atos de abuso sexual e sodomia, os quais eram tolerados pela Inquisição. Meninas de doze a dezesseis anos não eram ainda mulheres, mas eram caçadas e cobiçadas como se fossem; bem como eram autorizadas pela igreja para casarem. Ainda, quando os piratas atacavam as embarcações, “as crianças eram escravizadas e forçadas a

servirem nos navios dos corsários franceses, holandeses e ingleses, sendo prostituídas e exauridas até a morte”.

O autor ainda menciona que as crianças portuguesas, enviadas ou não para o Brasil, tinham expectativa de vida que rondava aos catorze anos; porém, ressalva que cerca da metade dos infantes morriam antes de completar sete anos. Explica que isso ocorria, pois a força de trabalho das crianças era arduamente explorada enquanto duravam suas vidas. Afirma o autor que este grupo era considerado pouco mais que um animal. Seguidamente, pontua que deste grupo, eram selecionados meninos de nove até dezesseis anos de idade, para servir nas embarcações lusitanas. Além disso, para as famílias pobres, alistar seus filhos na tripulação parecia um bom negócio, sendo visto como um meio eficaz de aumentar a renda (46).

No Brasil, a relação entre crianças indígenas e jesuítas foi marcada por uma relação de “adestramento”. Chambouleyron(47) menciona que os padres preparavam os meninos para formar a “nova cristandade”, para entrar na vida religiosa. Tal preparação representava uma transformação radical na vida dos indígenas, que se convertiam mais por medo, do que por amor. Também, neste período era possível ver novamente a relação entre educação e castigo – aceitavam por os meninos no tronco caso fugissem da escola. Os padres concordavam com os castigos físicos, era normal; porém, tinham o cuidado de não aplicar pessoalmente.

Na mesma perspectiva, Cruz (48) refere que na visão dos colonizadores, os índios viviam em estado de selvageria e barbárie; logo, necessitavam de mudanças. Desta forma, segue a autora, para alcançar as mudanças necessárias, os jesuítas criaram a primeira casa de recolhimento de crianças no Brasil, em 1551. Esta casa recolhia crianças indígenas que eram separadas de seus pais. “Isolando de seus progenitores e, conseqüentemente, das tradições culturais, acreditavam que seria mais fácil fazê-las assimilar a cultura e a religião portuguesa”. Para além desta lógica de mudanças, na visão dos jesuítas, afirma Cruz, estava colocada uma missão de salvar almas; assim, sair do estado de selvageria e barbárie significava, antes de tudo, ingressar numa ordem de filiação à Deus.

Para construir o novo saber ocidental cristão entre as crianças indígenas, sustenta Corazza(24), era preciso impor uma pedagogia do medo que motivasse o desapareço pela carne e pelas necessidades físicas. Neste sentido, explica a autora, surgia a exposição do corpo à disciplina, seja no tronco, nas palmatórias, com privação de alimentos ou outros castigos físicos.

Refletindo uma perspectiva próxima à sociedade romana, as famílias brancas do Brasil colonial faziam do filho um instrumento a serviço do poder paterno. Assim, explica Corazza, a família funcionava como um epicentro do direito do pai. Ainda, a taxa de natalidade era elevada, o número de filhos legítimos variava de sete a dezoito; porém, o índice de mortalidade também

era alto, bem como a quantidade de filhos “ilegítimos”. Nesta lógica social, o poder do patriarca era absoluto, sendo que suas ações de autoridade incluíam, por exemplo, enclausurar filhas e esposas “desobedientes” em casas de recolhimento, onde nenhuma autoridade poderia entrar para instaurar um processo; bem como, poderia mandar matar o filho, caso sentisse ciúmes dele com outra mulher. Sob este fundamento, a figura patriarca era vista como o patrão e o protetor exclusivo, refletindo, para mulheres e crianças, o pensamento de que fora de casa não haveria proteção, nem salvação (24).

No tocante à propriedade, a criança não interessava, mas sim o filho, homem e adulto, capaz de herdar os bens. Tal organização familiar era fundada nas diretrizes católicas da época, acreditando que o filho-criança era fruto da lascívia humana, representando a incapacidade do homem de renunciar aos prazeres mundanos, devendo, assim, ser desprezado. Tendo em vista que o catolicismo não poderia obrigar todos os adultos ao celibato, adotavam o casamento como um “mal menor”, sendo a criança vista como a obrigação do adulto em propagar o “gênero humano” (24).

Inspirada na Roda dos Expostos originada na Idade Média, a tradição passou para o Brasil no século XVIII, estruturando-se, inicialmente, em Salvador, em 1726. Marcilio esclarece que, por quase um século e meio, esta instituição foi praticamente a única que acolhia e assistia crianças abandonadas em todo o Brasil. A mesma autora menciona que antes da implementação da Roda dos Expostos, as crianças deveriam ser assistidas pelas câmaras municipais; porém, raramente as câmaras assumiam as responsabilidades por este grupo, sob o argumento de falta de recursos. Segue Marcilio, afirmando que havia situações de descaso, omissão, pouca disposição em relação à esses serviços, pois “davam muito trabalho”. Portanto, criou-se a roda dos expostos, baseando-se no espírito da caridade, desenvolvendo a filantropia como modelo assistencial. Todavia, a autora menciona que, em muitos casos, quando a criança era adotada, acreditavam que poderiam utilizá-la, quando maior, como mão-de-obra familiar, fiel, reconhecida e gratuita (28).

Azambuja (14) descreve que durante o período da monarquia, em 1823, a expressão “criança” aparece pela primeira vez na conjuntura da construção do Estado, mediante os discursos que versavam sobre a expansão da instituição de ensino aos habitantes do Império. Ainda, no campo jurídico, a autora esclarece que no ano de 1830, as discussões fundamentavam-se em torno da limitação para a responsabilidade penal. A preocupação com a delinquência juvenil estendeu-se até a Proclamação da República, instaurando-se o Código Penal de 1890, que estabeleceu em nove anos o limite da responsabilidade penal.

Em 1916, inaugura-se o Código Civil, atualmente revogado. Esta lei fundamentou-se nas concepções estabelecidas na legislação romana; todavia, apresentou inovações no ordenamento jurídico brasileiro, que refletiram na vida das crianças e suas famílias, não seguindo totalmente as diretrizes europeias. Cita-se, como exemplo, as alterações na expressão “posse dos filhos” para “proteção à pessoa dos filhos”; disciplinou a adoção, bem como a possibilidade do reconhecimento da filiação natural a qualquer tempo; ainda, na falta ou impedimento do pai, designava à mãe legítima o exercício do pátrio poder (14,49).

Em 1927, por meio do projeto de Mello Mattos, instaura-se o primeiro Código de Menores no país. Este Código criou diferentes estruturas públicas, sob forma de reformatório, que acolhiam os “menores”. Mediante este novo sistema, a internação de crianças pobres passou a ser rotina, caracterizando-os como “menores” sobre a qual incidiam esta lei, enquanto que para as crianças de classe média ou alta, incidia o Código Civil. Desta forma, tinha-se como objetivo recolher estas crianças pobres, para “discipliná-los e torná-los governáveis” (14).

Em 1964, cria-se a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), por meio da Lei nº 4.513/64. Atendendo à política instituída, passa-se a defender a necessidade de prevenção e controle dos problemas que envolviam crianças e adolescentes; sendo que tal controle era realizado por meio da natureza preventiva, repressiva ou punitiva (14).

Seguidamente, em 1979, promulga-se o segundo Código de Menores, que foi elaborado pelos juízes de menores, instaurando a nova fase do direito menorista no Brasil. Tal percepção, pontua Saraiva (50), criminalizava a pobreza, sendo que a punição do “menor” não vinculava-se, necessariamente, ao fato cometido, mas a circunstância na qual a criança ou adolescente se encontrava. Esta nova fase consolida a chamada Doutrina de Situação Irregular, a qual, explica Azambuja (14)

Baseou-se no “binômio vítima de abandono ou maus-tratos/infrator”, passando o Juiz de menores a ser autoridade máxima, “com poderes discricionários para a proteção do menor”, permanecendo as FEBEMs encarregadas do cumprimento das medidas determinadas. A legislação, que teve ser nascedouro ao tempo da ditadura militar, vem reafirmar um pensamento discriminatório, prevendo tratamento distinto aos que pertenciam à infância pobre e rica. (Azambuja, 2004, p.42).

Em 1988, promulga-se a Constituição Federal e, mediante seu artigo 227, instaura-se a Doutrina de Proteção Integral no país. A Doutrina de Proteção Integral, explica Amin (51), “é formada por um conjunto de enunciados lógicos, que exprimem um valor ético maior, organizada por meio de normas interdependentes que reconhecem crianças e adolescentes como sujeitos de direito”. Estabelece o *caput* do artigo 227 (17):

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

À medida que se modifica o contexto político-social vivido até a década de 1980, resgata-se a democracia, e busca-se reconhecer direitos humanos, já consagrados em documentos internacionais. Desta forma, a principal norma brasileira assegura, com absoluta prioridade, os direitos fundamentais de crianças e adolescentes. A partir deste reconhecimento, estrutura-se um direito amplo, universal e, principalmente, exigível. Destaca-se tal questão, pois, sob a vigência do Direito Menorista, crianças e adolescentes não eram reconhecidos como sujeitos de direitos, não podendo, portanto, seus direitos fundamentais serem passíveis de tutela jurídica (51).

Buscando instrumentalizar as determinações previstas na Constituição Federal de 1988, cria-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei 8.069/90). Tal documento reforçou as determinações descritas na Lei Maior, afirmando crianças e adolescentes como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento; determinando à família, sociedade e Estado o dever legal e concorrente de assegurar os direitos infanto-juvenis estabelecidos (51).

A partir deste breve relato é possível constatar que o fenômeno da violência sempre esteve presente na vida de crianças e adolescentes, incorporando-se em suas relações com os adultos, sociedade e Estado. Ainda, observa-se que as evoluções jurídicas e sociais sobre a construção de infância e a proteção de crianças e adolescentes possibilitaram o reconhecimento da violência como violação de direitos. Todavia, não obstante esse conjunto de recomendações e normas, os índices de violação aos direitos das crianças e dos adolescentes ainda se apresentam elevados, caracterizando diversas situações de violência (52).

### **2.3.VIOLÊNCIA**

A violência tem acompanhando a história da humanidade, apresentando suas inúmeras expressões conforme o tempo e o espaço. Em face da sua complexidade, este fenômeno tem suscitado o interesse de diferentes áreas do conhecimento, tornando-se objeto de análises sistemáticas em suas diversas formas de manifestação. Múltiplos saberes se debruçam sobre

este tema estabelecendo variadas concepções, priorizações conceituais e abordagens metodológicas(1,20,53,54).

Diante da abrangência de estudos acerca da violência, é necessário pontuar que não existe uma definição consensual sobre este tema. Neste sentido, Minayo(1) esclarece que a violência é um fenômeno de causalidade complexa, não sendo uma, mas múltipla. Portanto, segue a autora, encerrar a noção de violência em uma definição fixa e simples acabaria por reduzi-la, compreendendo mal sua evolução e especificidades, além de suprimir da análise deste fenômeno inúmeros fatores e relações de suas causalidades e efeitos.

Na mesma perspectiva, pontua-se sobre a dificuldade de fixar uma definição sobre violência, uma vez que este fenômeno se revela de inúmeras formas, adaptando-se às especificidades e diversidades culturais, bem como as possibilidades de cada momento histórico. Desta forma, atualmente, a impossibilidade de mapear todas as manifestações de violência se torna cada vez mais evidente, pois à medida que se avança na construção da consciência social em relação à pluralidade de direitos e no conhecimento científico sobre as consequências de determinados atos e processos, conseqüentemente identifica-se novas formas de violência a serem enfrentadas (7,18).

Contudo, mesmo assumindo a impossibilidade de descrever e detalhar sobre a totalidade da violência, tendo em vista sua complexidade e abrangência, muitas áreas estabelecem conceitos, classificações e sistematizações sobre este fenômeno. As diferentes organizações, por vezes, se apresentam como um meio de operacionalizar e facilitar a mensuração científica sobre o tema(2).

### **2.3.1. Violência na Perspectiva da Saúde**

Na atualidade, a violência é reconhecida como um dos principais problemas mundiais de saúde (2). Tal reconhecimento é decorrente das graves conseqüências que a violência gera na saúde individual e coletiva (55).

No Brasil, o Mapa da Violência de 2016 (56) aponta que de 1980 até 2014 967.851 pessoas morreram vítimas de disparo de armas de fogo, sendo que 85,8% do total dessas mortes foram homicídios, ou seja, foram resultantes de agressão com intenção de matar. Ainda, o Mapa da Violência de 2015(57) apresenta que o País contabilizou, entre 1980 e 2013, 106.093 assassinatos de mulheres, sendo que, só em 2013, foram vitimadas 4.762 mulheres. Estes números, assim como os demais que representam os danos, lesões e traumas, demonstram os

altos custos emocionais e sociais que a violência gera. No sistema de saúde, os dados da violência revelam o aumento de gastos com emergência, assistência e internação, estimando-se que cerca de 3,3% do PIB brasileiro é gasto com custos diretos da violência (1).

Apesar de identificar a importância do problema, Minayo(55) aponta que a inclusão da violência na pauta do setor de saúde vem ocorrendo muito lentamente, sendo que no Brasil, tal inclusão se dá de forma fragmentada e progressiva. Refere que a abordagem do tema associou-se, em um primeiro momento, a uma lógica biomédica no atendimento pontual e específico de lesões, traumas e mortes. Assim, o tema da violência foi incorporado na categoria de “causas externas”.

Segue a autora, apontando que, na sociedade ocidental, e particularmente no Brasil, a partir da década de 1980, o tema da violência começa a ganhar espaço na agenda de debates políticos e sociais, bem como no campo programático da saúde. Sendo que, oficialmente, somente no período da década de 1990, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) começaram a tratar especificamente do tema “violência”, não vinculando-o exclusivamente a “causas externas”(55).

Para melhor assimilar a relação entre violência e saúde e compreender a caracterização do problema, é necessário referir que a definição de saúde apresentou grandes avanços. Tais avanços, afirma Scliar (58), refletem as transformações originadas em movimentos sociais, que resultaram no reconhecimento do direito à saúde e na obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diante das complexidades sociais. Neste sentido, a OMS (59) define saúde não como a mera ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. No Brasil, o Ministério da Saúde (60) certifica que o conceito de saúde “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”.

Uma definição e uma compreensão abrangente de saúde possibilitam relacionar os diferentes elementos que compõe a complexidade e a abrangência da violência às questões que constituem a noção de bem-estar social, mental e físico das pessoas. Por conseguinte, identificando, integrando e interagindo os diferentes fatores, é possível assimilar e caracterizar a violência como um problema de saúde, pois afeta diretamente o que se entende por uma sociedade ou indivíduo saudável.

O Ministério da Saúde (60) considera violência como um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, definindo tal evento como “ações realizadas por

indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros”.

Posteriormente, a OMS apresenta uma definição de violência muito próxima ao entendimento do Ministério da Saúde, conceituando o fenômeno como

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação(2).

Ambos os conceitos vinculam violência à intencionalidade, independentemente do resultado produzido. Ressalta-se que o caráter intencional situa a violência em seu sentido eminentemente humano, evidenciando seu lugar nas relações sociais. Ainda, destacar a questão da intencionalidade na violência, resulta na exclusão dos incidentes não intencionais, ou seja, os acidentes, da definição (1,2).

Assinala-se que a definição adotada pelo Ministério da Saúde não engloba a violência gerada pela negligência e omissão. Minayo(1) afirma sobre a necessidade de reconhecer explicitamente estas formas de violência, visto que representam

um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, dentre outras situações, responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver.

Na mesma lógica, a OMS reconhece que o uso da palavra “poder” ou do termo “uso do poder”, amplia a natureza do ato violento, tendo em vista que expande a compreensão convencional da violência, pois inclui os atos decorrentes de uma relação de poder, inclusive ameaças e intimidações, bem como integra a questão da negligência e outras formas de omissão (2).

As definições mencionadas buscam retratar que as consequências geradas pela violência vão além de lesões ou mortes. Desta forma, refletem o fenômeno como um problema que oprime as pessoas, as famílias e as comunidades, resultando em incômodos físicos, psicológicos e sociais, que não necessariamente acarretam lesões, invalidez ou morte (2).

Ao analisar as causas da violência, a Organização Mundial da Saúde, esclarece que não há um fator único que explique determinados comportamentos violentos, e que tal fenômeno é

consequência de uma complexa interação entre fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Assim, menciona que algumas das causas deste problema podem ser facilmente percebidas, enquanto que outras estão profundamente enraizadas no arcabouço cultural e econômico da sociedade (2).

Diante das causas e consequências verificadas tanto no plano micro, quanto macrossocial, a Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde, por meio da Resolução WHA 49.25, constatou o aumento da incidência da violência, reconhecendo o fenômeno como um grave problema de saúde pública. Porém, ressalva que, mesmo verificando que a violência afeta pessoas de todas as idades e ambos os sexos, o problema atinge especialmente crianças e mulheres. Assim, afirmou a necessidade de políticas específicas e programas de saúde pública e serviço social, na busca de prevenir a violência e moderar seus efeitos(2,3).

### **2.3.2. Violência contra Criança e Adolescente: Análise apartir da Classificação Elaborada pela Organização Mundial da Saúde**

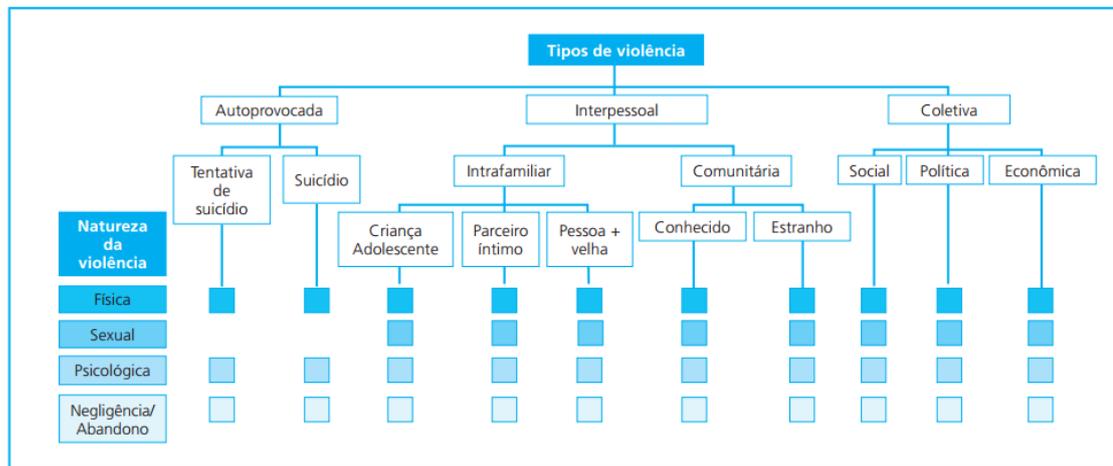
A violência contra crianças e adolescentes é um problema que está assumindo proporções epidêmicas e se tornando cada vez mais arraigado na população, manifestando-se em todas as culturas, classes, níveis de escolaridade, faixas de renda e origens étnicas. Tal fenômeno, que contradiz obrigações de respeito aos direitos humanos e às necessidades de desenvolvimento da criança, é frequentemente aprovado e autorizado pela sociedade e pelo Estado (4,6).

O problema apresentado é influenciado por uma ampla gama de fatores, os quais envolvem desde as características pessoais da vítima e do agressor até o seu ambiente cultural e físico. Neste sentido, necessário reconhecer que crianças e adolescentes estão em situação de vulnerabilidade, tendo em vista sua fragilidade e dependência; tal reconhecimento possibilita entender os fatores que influenciam na ocorrência da violência(4,61,62).

Assinala-se que a violência contra criança ou adolescente pode ser fatal ou não fatal. O abuso fatal é a última consequência da violência, ou seja, quando a morte da criança e do adolescente é em decorrência do fenômeno. A Organização Mundial da Saúde menciona que muitas mortes infantis não são adequadamente investigadas, o que dificulta o estabelecimento de números precisos sobre a fatalidade do abuso infanto-juvenil; porém, ressalta que há um consenso geral de que as fatalidades provenientes da violência contra criança e adolescente são mais frequentes do que os dados oficiais sugerem. Em relação ao abuso não fatal, a Organização

Mundial da Saúde afirma que os dados sobre o problema são provenientes de inúmeras fontes, as quais diferem no tocante à sua utilidade na descrição da extensão completa da violência (2).

Diante das considerações iniciais sobre violência contra criança e adolescente, se passará a análise do problema, que será realizada pautando-se na classificação elaborada pela Organização Mundial da Saúde (figura 1). Para tanto, se revisará o fenômeno considerando os três tipos reconhecidos pela OMS, quais sejam: autoprovocada, interpessoal e coletiva; será considerada, também, a violência estrutural, que não é identificada na classificação da OMS, mas é reconhecida, no Brasil, como um tipo de violência. Ainda, serão brevemente analisadas as naturezas da violência, que são: física, psicológica, sexual e negligência. Desta forma, será possível observar preliminarmente a complexidade e abrangência da violência contra criança e adolescente, possibilitando entender como o problema afeta suas vítimas.



Fonte: (KRUG et al., 2002).

Figura 1: Tipologia da violência. Elaborada pela OMS

### 2.3.2.1. Tipologia da violência

A Organização Mundial da Saúde (2) classifica a violência em três grandes categorias: violência dirigida a si mesmo (auto-infligida); violência interpessoal; e, violência coletiva. A categorização inicial proposta está organizada conforme as características de quem comete o evento, e busca fazer a distinção entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, a violência infligida por outra pessoa ou por um pequeno grupo de pessoas, e a violência infligida por grupos maiores, como Estados, grupos políticos organizados e organizações terroristas, por exemplo.

### 2.3.2.1.1. Violência autoprovocada

As violências auto-infligidas (autoprovocada ou contra si mesmo) dizem respeito ao comportamento suicida e às diversas formas de automutilação. Sua descrição considera desde pensamento autodestruidores, planos para se ferir ou se matar até a realização do ato de acabar com a própria vida (63).

Suicídio, tecnicamente chamado de “comportamento suicida fatal”, é a consequência de um ato deliberadamente empreendido e executado com pleno conhecimento ou previsão de seu desfecho. Pontua-se que o termo “suicídio” em si traz uma referência direta à violência e à agressividade, sendo que a intenção de morrer é o elemento-chave deste fenômeno. Ainda, nomeia-se como tentativa de suicídio (comportamento suicida não-fatal) os atos cometidos por indivíduos que pretendem se matar, mas cujo desenlace não resulta em óbito. Ideação suicida, por sua vez, relaciona-se aos vários graus de intensidade do pensamento de se matar (2,63).

Compreende-se por automutilação a realização intencional de ações que danifiquem ou destruam o próprio corpo sem a intenção suicida consciente. Tal fenômeno pode ser classificado em três categorias: automutilação grave, a qual inclui atos como cegar-se e amputar os próprios dedos, mãos ou outros membros; automutilação estereotipada, que, por sua vez, inclui atos como bater a cabeça, morder-se, arrancar os cabelos; e, por fim, automutilação superficial ou moderada, que inclui atos como cortar-se, arranhar-se, queimar ou enfiar agulhas na pele (2,64).

No Brasil, pontua-se, a violência auto-infligida não é passível de punição. No entanto, o artigo 122 do Decreto-Lei nº 2.848 de 1940 (Código Penal) estabelece que “induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça”, configura-se como crime. Assim, explica-se, a conduta de um terceiro que participa do evento, induzindo, ou seja, dando a ideia a quem não a possui; instigando, em outras palavras, fomentando uma ideia já existente; ou, auxiliando, que seria a forma mais concreta e ativa de agir, é suscetível de punição. Ainda, caso o suicídio não se consuma e da tentativa resultar uma lesão corporal grave, há previsto uma pena de, no mínimo, um ano de reclusão (65–67).

Analisando a manifestação das violências auto-infligidas em crianças e adolescentes, a Organização Mundial da Saúde (68) destaca que, no mundo inteiro, o suicídio está entre as cinco maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 19 anos, sendo que, em vários países, este fica como a primeira ou segunda causa de morte entre meninos e meninas da mesma faixa etária. Afirmam que é incomum crianças menores de 15 anos cometerem suicídio, mas que, em alguns países, está ocorrendo um aumento alarmante nos suicídios entre crianças menores de 15 anos, bem como na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

Um estudo realizado em onze capitais brasileiras demonstrou que nas áreas urbanas do Brasil o suicídio é a sexta causa mais frequente de morte entre os jovens, tendo aumentado 42,8% de 1979 a 1998. Dentre as onze cidades investigadas, Belém, Curitiba e Porto Alegre, foram as que apresentaram as maiores taxas no período do estudo (69).

Em Porto Alegre, Brasil, realizou-se um estudo com objetivo de identificar fatores de risco e proteção para a presença de ideação suicida, em jovens de 15 a 19 anos. Dos 526 adolescentes participantes, 35,7% apresentaram ideação suicida. Conforme os autores, este dado reitera a compreensão de que os comportamentos autodestrutivos constituem um problema de saúde pública, o qual precisa de atenção. Desta forma, ao relacionarem os resultados do estudo com a literatura, afirmam que o suicídio é um evento multidimensionado e multideterminado, vinculando-o, como fatores de risco, a desorganização familiar e os conflitos familiares; vida escolar marcada por problemas e dificuldades de aprendizagem; a presença de alguma doença física, principalmente se ela incapacita o indivíduo para determinada atividade ou torna sua vida muito diferente das dos demais; o fato de conhecer alguém que tenha tentado ou cometido suicídio; bem como conhecer um tentador de suicídio, depressão e outras desordens afetivas. Como fatores protetores, apontam que ter uma boa relação com a família, sendo esta estabelecida com base no apoio e confiança; exercer uma atividade, como esporte ou trabalhar, além de estudar, são questões que podem oferecer proteção contra o comportamento suicida (70).

#### **2.3.2.1.2. Violência interpessoal**

A violência interpessoal é a violência heteroinfligida, a qual ocorre por intermédio da interação entre as pessoas, manifestando-se através da incapacidade de resolver conflitos por meio da conversa, da explicação civilizada. Tal fenômeno é universal, afeta diferentes grupos sociais e etários, e apresenta uma multiplicidade de manifestações (71–73).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (2), a violência interpessoal é dividida em duas subcategorias. A primeira subcategoria é a relacionada com a violência familiar e de parceiros íntimos, ou seja, é a violência que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, podendo ou não, ocorrer dentro de casa. A segunda subcategoria é a violência comunitária, a qual ocorre entre as pessoas sem laço de parentesco (consanguíneo ou não), podendo ser pessoas conhecidas ou estranhas, ocorrendo geralmente, mas não necessariamente, fora de casa.

Pautando-se na divisão mencionada, explica-se que a primeira subcategoria inclui formas de violência, tais como abuso infantil, violência praticada por parceiros íntimos e abuso contra idosos. Enquanto que na segunda subcategoria pode-se compreender a violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, tais como escolas e hospitais, locais de trabalho, prisões e asilos (2).

A violência interpessoal atinge crianças e adolescentes de diferentes maneiras, ocorrendo tanto no âmbito exclusivamente intrafamiliar, doméstico, quanto comunitário.

Necessário pontuar que muitos autores reconhecem como sinônimos a violência intrafamiliar e a violência doméstica. Entretanto, no presente trabalho, entende-se que o termo “doméstica” não está vinculado somente a membros da família, mas também inclui pessoas que convivem no ambiente familiar, como agregados, empregados e visitantes esporádicos(74).

Neste sentido, a violência doméstica contra crianças e adolescentes, a qual pode ter como agressor tanto um familiar como alguém conhecido da vítima, fundamenta-se em diferentes aspectos, caracterizando-se, conforme pontua Guerra (75), em uma “transgressão do poder disciplinador” do adulto, convertendo a diferença que este tem em relação à vítima (criança ou adolescente), numa desigualdade de poder intergeracional. A autora ainda pontua que este fenômeno pode ser compreendido como uma negação do valor “liberdade”, ou seja, esta violência exige que a criança ou adolescente sejam cúmplices do adulto, num pacto de silêncio. Segue, explicando que tal evento é um processo de “vitimização”, sendo uma forma de aprisionar a vontade e o desejo da criança ou do adolescente, por meio da submissão ao poder do adulto, coagindo a vítima a satisfazer os interesses, as expectativas e as paixões do agressor.

Diante das características descritas, observa-se que o abuso-vitimização consiste, portanto, “num processo de completa objetualização da criança ou do adolescente, isto é, de sua redução à condição de objeto de maus-tratos”. Isso ocorre, uma vez que este fenômeno expressa-se como “uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente como pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança” (75).

Pontua-se que as crianças e os adolescentes podem ser tanto vítimas diretas, ou seja, quando a violência é voltada especificamente a eles, quanto vítimas indiretas, o que ocorre nos casos em que sofrem consequências por estar expostos a violência sofrida por outrem, normalmente entre os pais. Neste sentido, verifica-se que a noção de expor a criança ou adolescente a uma violência sofrida por outra pessoa é multidimensional, uma vez que abrange comportamentos como observar diretamente a violência, ouvir (mas não presenciar) o evento,

observar os efeitos causados (mas não a violência em si), bem como ouvir relatos sobre o ocorrido (76,77).

Assinala-se que a denúncia das situações de violência doméstica, principalmente familiar, contra crianças e adolescentes ainda não faz parte do imaginário coletivo, não faz parte da nossa cultura patriarcal, a qual caracteriza a família como uma instituição intocável, bem como vincula a violência ao processo educativo, sendo considerada um instrumento de socialização e uma resposta automática a desobediência e rebeldia. Ainda, no Brasil, a padronização para registrar as situações de violência familiar é fragmentada, o que prejudica uma rotina eficaz, gerando deficiências nos procedimentos seguidos pelos profissionais e instituições (12,78–80).

Apesar da escassez de dados, principalmente de abrangência nacional, é possível encontrarmos algumas informações na literatura. Na busca de monitorar os casos de violação dos direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil, o Sistema de Informação para Infância e Adolescência (SIPIA), compila as estatísticas de 1.635 conselhos tutelares, distribuídos em 15 estados brasileiros. Este serviço contabilizou 174.851 notificações, no período de 1999 a 2004. Conforme os registros apresentados, o direito mais violado é o da convivência familiar e comunitária, o qual corresponde a 87.579 registros (51% dos casos), ressaltando-se as categorias de “inadequação do convívio familiar e ausência deste convívio”. Constata-se que os principais agentes violadores são a mãe e o pai. Seguidamente, aponta-se a violação do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, correspondendo a 25% das ocorrências (7).

Em uma pesquisa realizada pelo governo do Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 1997, constatou-se que 23,4%, de 1579 crianças em “situação de rua”, não retornavam para casa em função de maus-tratos. Todavia, conforme pontuado, há uma grave deficiência nos dados sobre este fenômeno, assim, estima-se que apenas 20% dos casos de violência doméstica e/ou exclusivamente intrafamiliar sejam denunciados (74,81).

Ainda sobre violência interpessoal, verifica-se a violência institucional sofrida por crianças e adolescentes, a qual se enquadra na subcategoria de violência comunitária. Este fenômeno ocorre principalmente nas escolas, podendo ocorrer também em ambiente hospitalar ou no sistema de justiça, por exemplo. Desta forma, observa-se que a violência institucional se caracteriza por estar associada às condições específicas dos locais onde ocorre (2,82).

A violência perpetrada em ambiente educacional ou em escolas caracteriza-se por ser cometida tanto por professores ou outros funcionários da escola, como entre os colegas. O Relatório sobre violência contra crianças, apresentado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, indica que os castigos corporais, como bater em crianças com as mãos ou varas, ainda

é uma prática comum nas escolas de diversos países. Além dos castigos corporais, este fenômeno também inclui formas cruéis e humilhantes de punição psicológica, violência sexual e baseada no gênero, bem como intimidações. Quando cometida por colegas, esta assume a forma de brigas e atitudes intimidatórias. Tal comportamento associa-se, normalmente, à discriminação de estudantes de famílias pobres, de grupos etnicamente marginalizados ou com características pessoais singulares (como, por exemplo, alguma deficiência física ou mental). Frequentemente, a intimidação é verbal, mas pode envolver violência física (4).

A violência cometida nas escolas acaba por diminuir o engajamento dos estudantes neste ambiente, sendo um obstáculo ao bom desempenho acadêmico. Alguns estudos apontam que fenômenos como o *bullying* e o preconceito parecem refletir mais diretamente este evento. No Brasil, um estudo realizado em 14 capitais, apontou que as brigas representam uma das modalidades de violência mais frequentes nas escolas, apresentando uma ampla multiplicidade de sentidos, abrangendo desde formas de sociabilidade juvenil até comportamentos brutais (83,84).

A violência que ocorre em sistemas assistenciais e de justiça atinge milhões de crianças e adolescentes, uma vez que muitos destes passam um bom período de suas vidas sob o controle e a supervisão de autoridades destes sistemas e em instituições como orfanatos, unidades de internação, lares de crianças ou em instituições para adolescentes em conflito com a lei. Este grupo acaba ficando exposto à violência por parte de pessoas e autoridades responsáveis pelo seu bem-estar (4).

Verificam-se como fatores de risco da violência institucional contra crianças e adolescente, que ocorrem em sistemas assistenciais e de justiça, as condições de superlotação e falta de higiene, estigmatização e discriminação por parte da sociedade, além de profissionais pouco capacitados. Consta-se que frequentemente não existem mecanismos eficazes para apresentação das denúncias, monitoramento e inspeção deste fenômeno, muito menos regulações e supervisões governamentais adequadas (4).

Analisando a violência institucional ocasionada no sistema de saúde brasileiro, observa-se que esta se revela através de diferentes fatores, os quais podem se formar a partir das dificuldades econômicas e estruturais que os serviços públicos de saúde apresentam, ou ainda manifestar-se por atos de maus-tratos aos pacientes, caracterizados através de práticas discriminatórias quanto a gênero, classe social, etnia e aspectos socioculturais. Este fenômeno se expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal e física, até o abuso sexual. Ainda, se reconhece como violência o uso inadequado de tecnologias, com

intervenções e procedimentos que, por vezes, são desnecessários, e que podem resultar numa sequência de intervenções com potenciais riscos e sequelas (85).

No tocante ao sistema de justiça, verificam-se alguns fatores que causam às crianças e adolescentes o risco de revitimização (vitimização secundária). Neste sentido, além do abuso que a vítima sofreu, causando-lhe a vitimização primária, é possível reconhecer outras possibilidades de vitimização. Melo (86) explica que

A vitimização secundária caracteriza-se pelo impacto produzido na vítima pelas próprias instituições responsáveis pela prevenção e pela persecução do delito e da administração da justiça. A falta de uma resposta rápida e eficaz aos problemas, a distância, os horários, a falta de pessoal especializado, parece querer expulsar a vítima do sistema, e estas sentem que molestam, que não há abertura para atendê-las. Tudo isso faz com que as vítimas se sintam desprotegidas, sem respeito, frustradas, peças de uma engrenagem à qual não pertencem. São exemplos de práticas vitimizantes as reiteradas intimações, as longas esperas nos corredores, a necessidade de esperar no mesmo espaço que o ofensor, a submissão a excessivos exames e perícias, a demora na finalização do processo, a falta de informação sobre o processo. Tais práticas tornam-se ainda mais candentes em casos de violação à integridade sexual, notadamente, quando as vítimas são crianças e adolescentes que têm de passar por inúmeros exames, muitos dos quais desnecessários e realizados por equipes distintas da justiça, sem um trabalho coordenado (p.72-73).

Diante do exposto, pontua-se que diferentes medidas estão sendo implementadas pelo sistema de justiça, na tentativa de reconhecer as necessidades das crianças e adolescentes vítimas de diferentes abusos, garantindo seus direitos e interesses. No entanto, apesar destas ações, ainda nos deparamos com diferentes violações aos direitos das crianças e adolescentes cometidos por este sistema (86).

Recentemente, os jornais publicaram a notícia de que o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul solicitou que o Conselho Nacional do Ministério Público, Procuradoria-Geral de Justiça e a Corregedoria-Geral de Justiça apurassem a conduta de um promotor de justiça que humilhou uma menina de 14 anos, que havia engravidado, vítima de estupro pelo pai. Conforme relatos do conselho tutelar, diante da prisão do pai, a menina foi induzida pela família a retratar-se sobre o acontecido, negando o abuso. Assim, em audiência, o promotor acusou a vítima de mentir sobre os fatos, chamando-a de “criminosa” por ter feito um aborto, o qual foi autorizado judicialmente. A realização de um exame de DNA comprovou que o feto era do pai da menina, resultado do abuso sexual (87–89).

Em relação aos locais de acolhimento, que abrigam crianças e adolescentes, também é possível constatar diferentes formas de violação de direitos, seja pelas condições precárias e

pela falta de estrutura dos locais, seja por diversas práticas de maus-tratos cometidas por alguns profissionais. Nesta lógica, evidencia-se a reportagem feita pelo G1 RS (90), a qual expõe a situação precária que os abrigos para crianças em Porto Alegre apresentavam. Conforme a reportagem, fotos tiradas pelo Ministério Público durante vistorias mostravam mofo, sujeira, comida vencida, imóveis depredados e danificados, seringas e remédios no chão e banheiro sem condição para tomar banho, como algo comum nos abrigos. Ainda, o G1 São Paulo (91) revela a tortura que jovens estariam sendo submetidos na Fundação Casa. De acordo com as informações, ao menos quinze adolescentes foram agredidos com cassetetes, cadeiras, cintos e cabos de vassoura, causando ferimentos em várias partes do corpo.

Tendo em vista as questões apresentadas sobre violência institucional e as dificuldades de apurar e monitorar tais situações, percebe-se que nem todos os agressores são responsabilizados pelas violações cometidas, o que gera uma cultura de impunidade, bem como de tolerância da violência contra crianças e adolescentes. Evidencia-se que o impacto da institucionalização vai além da experiência de violência por parte de quem a sofre. Suas consequências podem incluir sérios atrasos no desenvolvimento, deficiências, danos psicológicos irreversíveis, taxas mais altas de suicídio e reincidência (4).

#### **2.3.2.1.3. Violência coletiva**

Entende-se por violência coletiva os atos violentos que tenham o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o exercício dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. Estes acontecem nos âmbitos macro-sociais, políticos, econômicos, culturais ou em qualquer outro domínio da vida pública. Assim, a violência coletiva subdivide-se em violência social, política e econômica (1,2,92).

A violência coletiva social é aquela que inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e crimes de multidões. Já a violência coletiva do ponto de vista político, inclui guerras, violência de Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores, como os processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros. Na perspectiva econômica, a violência coletiva contempla ataques econômicos entre Estados ou grupos maiores, tais como ações visando interromper a atividade econômica, objetivando a dominação, negando o acesso à serviços essenciais ou criando segmentações e fragmentações econômicas (1,2).

Relacionando a violência coletiva à crianças e adolescentes, menciona-se o confronto na Síria. O confronto que já dura há mais de cinco anos, atingiu altos níveis de violência, na

busca de controle da região em conflito, aumentando o número de mortes, visto que as pessoas não conseguem fugir dos ataques aéreos diários. Ainda, enquanto alguns sofrem com os ataques, outros morrem devido à falta de serviços emergenciais, uma vez que os bombardeios já destruíram mais de vinte hospitais (93).

Recentemente, noticiou-se um ataque realizado contra uma escola na parte ocidental da cidade de Aleppo, na Síria. De acordo com as informações, o ataque matou várias crianças, sendo considerado um crime de guerra pelo secretário-geral das Nações Unidas. Além disso, o problema está generalizado, uma vez que quase dois milhões de crianças sírias estão vivendo como refugiadas em países vizinhos como Líbano, Turquia e Jordânia. Mais de três milhões de crianças que estão vivendo em comunidades hóspedes também já enfrentaram limitações a nível de serviços essenciais, como saúde e educação. Ainda, no Iraque, cerca de 2,8 milhões de crianças foram deslocadas de forma forçada, sendo que muitas delas ainda vivem presas em áreas sob o controle de grupos armados (94,95).

#### **2.3.2.1.4. Violência estrutural**

No Brasil, além das categorias já estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, se reconhece, também como um tipo de violência, a violência estrutural. Minayo(1) explica que este fenômeno se refere aos “processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes”. Nesta linha, Boulding(96) esclarece que a violência estrutural oferece um marco à violência do comportamento, e que conduz à opressão de determinadas pessoas a quem se negam vantagens da sociedade, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento e à morte. Segue a autora, afirmando que a violência estrutural liga-se tanto aos sistemas econômicos, culturais e políticos, quanto às estruturas organizadas e institucionalizadas de família.

Neto e Moreira (97) sustentam que o senso comum não compreende a violência estrutural como uma forma de violência, mas sim como uma incompetência de governantes e responsáveis, ou até como uma maneira de administrar os conflitos sociais. Neste sentido, Minayo(1) aponta sobre a dificuldade de quantificar a violência estrutural, pois, aparentemente, não apresenta sujeitos.

Ainda, cumpre assinalar o entendimento de Neto e Moreira (97), que identificam uma sociedade aparentemente democrática como o lugar da violência estrutural, tendo em vista que, “apesar de conjugar participação e institucionalização e advogar a liberdade e igualdade dos

cidadãos, não garante a todos o pleno acesso a seus direitos, pois o Estado volta suas atenções para atender aos interesses de uma determinada e privilegiada classe”.

Diante do exposto, ressalta-se que o Brasil possui uma das legislações mais avançadas no mundo em relação à proteção de crianças e adolescentes. Todavia, caracteriza-se como um dos países mais desiguais do mundo, pois, mesmo apresentando progressos no que tange à população infanto-juvenil, estes avanços não atingiram todas as crianças e adolescentes da mesma forma (98).

Neste sentido, diferentes exemplos podem ser expostos, a fim de retratar as desigualdades que afetam crianças e adolescentes: de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano de 2013, mais de três milhões de crianças e adolescentes não frequentam a escola, sendo que tal número é representado, principalmente, por crianças e jovens pobres, negros, indígenas e quilombolas. Ainda, no ano de 2014, dados da mesma instituição, demonstram que mais de um milhão e meio de crianças e adolescentes, entre cinco e quinze anos, trabalham no Brasil. Por fim, aponta-se a questão dos homicídios de adolescentes, que é considerado um grande problema mundial. No Brasil, entre 1994 e 2014, o número de homicídios de brasileiros de até 19 anos passou de cinco mil para mais de 11 mil casos por ano; sendo que tais vítimas são, em sua maioria, meninos negros e pobres. Verifica-se que a taxa de homicídio entre jovens negros é de 36,9 para cada 100 mil habitantes, enquanto que entre os adolescentes brancos, este número cai para 9,6. Segundo a UNICEF, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking dos países com maior número de assassinatos de pessoas até 19 anos, perdendo apenas para Nigéria. Isso ocorre, pois, dos adolescentes que morrem no Brasil, 36,5% são assassinados; sendo que na população geral, este percentual é de 4,8% (2,98–101).

### **2.3.2.2. Natureza da violência**

Conforme a Organização Mundial da Saúde, a natureza da violência refere-se ao modo como este fenômeno pode se manifestar, se materializar, ou seja, representa o modo como as vítimas são afetadas. Indica como natureza da violência: a física, a sexual, a psicológica e a negligência (2).

#### **2.3.2.2.1. Violência física**

A violência física contra criança e adolescente, também denominada abuso físico, maus-tratos físicos ou agressão física, consiste no uso intencional da força física por parte dos pais, responsáveis, outro adulto ou adolescente mais velho. Com o propósito de ferir, a violência física resulta, ou tem alta probabilidade de resultar, em danos para saúde, desenvolvimento, integridade e sobrevivência de crianças e adolescentes. O abuso físico pode ocorrer uma única vez ou repetidas vezes. Ainda, pode ser praticada, por exemplo, por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos (5,92,102,103).

A agressão física pode gerar diversos agravos à saúde da criança e do adolescente, apresentando lesões de diferentes tipos e em diferentes partes do corpo, que podem ser visíveis ou não. Menciona-se como exemplo das diferentes formas de lesões: lacerações, hematomas e equimoses; queimaduras; lesões orais, que envolvem lábios, gengivas, bochechas, língua e dentes; lesões e fraturas de ossos e tecidos moles; lesões oculares; lesões abdominais; além de envenenamento e intoxicações. Tais lesões podem deixar ou não marcas evidentes, as quais podem ser temporárias ou permanentes (103,104).

O Ministério da Saúde inclui ao entendimento de violência física a Síndrome do Bebê Sacudido e a Síndrome de *Munchausen* por procuração (92).

A Síndrome do Bebê Sacudido, também qualificada pelos termos trauma craniano violento ou trauma craniano abusivo, ocorre devido a um movimentação brusca intencional e/ou a uma sacudida violenta, quando uma criança é submetida a movimentos de aceleração, desaceleração e forças de rotação, com ou sem impacto, que provocam o choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado. Ocasiona desde micro hemorragias e lesão da medula espinhal cervical, até hemorragias maciças e rompimento de fibras do tecido nervoso. Ocorre, principalmente, como bebê ou criança menor de cinco anos (92,103,105,106).

A Síndrome de *Munchausen* por procuração caracteriza-se pela simulação ou criação de sinais ou sintomas que indicam doenças nas crianças ou adolescentes. Normalmente a agente causadora desta Síndrome é a mãe, mas também pode ser praticada por outro responsável ou cuidadores. Em tais situações, o agente causador da violência costuma dramatizar e produzir doenças, fornecendo histórias médicas elaboradas e, até mesmo, alterando exames, na tentativa de conseguir atenção da equipe médica e dos demais profissionais de saúde. No entanto, os profissionais devem ficar atentos, pois pode haver fragmentos de verdade em determinados contextos. Enquadra-se como violência física, pois exige dos profissionais da área da saúde a execução de diversos exames e investigações extremamente penosos para a criança. Ainda, tal violência pode gerar tratamentos desnecessários ou investigações cada vez mais complexas e agressivas (92,107,108).

Assinala-se que a violência física é uma prática que geralmente está vinculada ao processo educativo de crianças e adolescentes, tendo grande aceitação social. Desta forma, mesmo sendo criticada e coibida pelos direitos de crianças e adolescentes, muitos adultos entendem que a agressão física é um mal necessário, pois acreditam que evitará sofrimentos piores no futuro. A violência física, por vezes, manifesta-se de forma preventiva, como meio de disciplinar a criança ou adolescente; mas também pode ser punitiva, quando se materializa como um castigo. Estudos demonstram que a contradição entre o afeto e a agressão é um sintoma de mal-estar entre os pais, que percebem a inadequação deste comportamento, entretanto, não conhecem outras alternativas para cumprir seu papel educativo (109–111).

Pesquisas realizadas em diversos países revelam a existência de uma alta incidência das práticas de punições físicas sobre crianças e adolescentes. Em um estudo realizado na República da Coreia, dois terços dos pais afirmaram ter castigado seus filhos, sendo que 45% alegaram ter batido, surrado ou dado chutes nas crianças. Na Romênia, uma pesquisa revelou que aproximadamente metade dos pais romenos agride seus filhos “regularmente”. Ainda, 4,6% das crianças participantes do estudo eram vítimas de abuso físico grave e frequente, inclusive por meio de surra com algum objeto, queimaduras ou privação de alimentos. No Brasil, dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos demonstram que, em 2015, a violência física foi a terceira violação de direitos da criança e do adolescente mais denunciada e registrada, representando, aproximadamente, 22% dos casos. Todavia, o Ministério da Saúde afirma que tal problema é subnotificado, justamente por ser aceito socialmente, mas que é a violência mais identificada nos serviços de saúde (2,92,112).

#### **2.3.2.2.2. Violência sexual**

A violência sexual contra criança e adolescente, também denominada de abuso sexual ou agressão sexual, é compreendida como qualquer contato ou interação com intenção de estimular sexualmente a criança ou adolescente, visando utilizar a vítima para obter satisfação sexual. Em tais situações, os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima. (92,113).

O abuso sexual pode incluir toques, carícias, sexo oral, manipulação de genitália, mama ou ânus, relações com penetração (digital, genital ou anal). Ainda, assinala-se que a violência sexual pode incluir situações nas quais não há contato físico, que não há penetração, tais como *voyerismo*, assédio e exibicionismo. Caracteriza-se, também, por envolver a criança ou

adolescente em pornografia e exploração sexual. Destaca-se que a violência sexual é imposta à vítima mediante agressão física, ameaças, coação e/ou indução de sua vontade (103,113).

Destaca-se que quando o abuso sexual é praticado contra criança ou adolescente menor de catorze anos, a violência é presumida, caracterizando, nos termos da lei penal, o estupro de vulnerável. Ainda, pontua-se que o estupro de vulnerável é caracterizado como crime hediondo (65).

A violência sexual pode se apresentar de diferentes formas e níveis de gravidade, sendo que nem sempre está acompanhada de uma violência física aparente, o que dificulta a possibilidade de denúncia pela vítima, bem como a confirmação diagnóstica. Assinala-se que o abuso sexual é considerado um grave fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias, prejudicando o crescimento saudável de crianças e adolescentes, pois estes podem desenvolver, por exemplo, quadros de depressão, ansiedade e transtornos alimentares. Além dos efeitos mencionados, deve-se atentar para as doenças sexualmente transmissíveis (103,113,114).

A literatura aponta que a violência sexual contra criança e adolescente pode ser dividida em diferentes categorias, que seriam: abuso sexual intrafamiliar ou incestuoso; abuso sexual extrafamiliar; e exploração sexual nas modalidades de turismo, pornografia e tráfico para fins sexuais. A violência sexual intrafamiliar caracteriza-se por ocorrer no âmbito familiar; por vezes, envolve não somente o agressor ou agressores, como outros integrantes da família, que se omitem, conscientemente ou não, diante do abuso. Em um contexto extrafamiliar, a violência ocorre, por exemplo, quando é cometida por uma pessoa estranha. A exploração sexual enquadra-se no contexto extrafamiliar; entretanto, em muitos casos, relaciona-se com a violência doméstica, pois a família, ou alguém próximo à vítima, favorece e participa do processo de agenciamento da criança e do adolescente (113,115).

No tocante ao abuso sexual intrafamiliar, importante ressaltar a questão do segredo. O segredo tem um papel central em famílias incestuosas, sendo mantido pela vítima como resultado de intimidação ou vergonha. Diversos fatores colaboram para a manutenção do segredo, tais como: as ameaças sofridas, as consequências da revelação, o medo de ninguém acreditar, a necessidade de acusação verbal por parte da vítima, a dificuldade de obter prova forense e evidência médica. Ressalta-se que o segredo sobre a violência sofrida coloca em risco o desenvolvimento psicossocial da vítima, bem como seu bem-estar, qualidade de vida e segurança. O momento de revelar o abuso sexual intrafamiliar é muito delicado, pois, como já mencionado, muitos familiares podem se omitir, não enfrentando a situação (116).

A exploração sexual de crianças e adolescentes é um problema complexo, que apresenta inúmeras interfaces e que nem sempre está associado à miséria e à pobreza. Este fenômeno

ocorre em redes de prostituição, pornografia, tráfico e turismo sexual. A prostituição infanto-juvenil “consiste em uma relação de sexo e mercantilização e em um processo de transgressão”, em que as vítimas, diante das suas condições de vulnerabilidade e risco social, são considerados prostituídos(as) e não prostitutas(as). A pornografia infanto-juvenil caracteriza-se como “todo material audiovisual utilizando crianças num contexto sexual”, sendo que são considerados exploradores os produtores, os intermediários, os difusores e os colecionadores ou consumidores do produto final. O turismo sexual é a exploração de crianças e adolescentes por visitantes de outros países ou do próprio país, que pode ou não envolver a cumplicidade, por ação direta ou omissão, de outras pessoas ou estabelecimentos. O tráfico “é a promoção de saída ou entrada de crianças/adolescentes do território nacional para fins de prostituição” (117).

Ainda em relação à exploração sexual de crianças e adolescentes, segundo dados da *United Nations Children's Fund* (UNICEF), a cada hora 228 crianças e adolescentes, especialmente meninas, são explorados sexualmente em países da América Latina e do Caribe. No Brasil, foram registrados, aproximadamente, cinco casos por dia entre 2003 e 2008 (118).

De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2014, cerca de 70% das vítimas de estupro, no Brasil, eram crianças e adolescentes (119). Ainda, conforme informações da Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério da Justiça e Cidadania, no primeiro trimestre de 2015, foram registradas quatro mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes; e, nos primeiros quatro meses de 2016, o Disque 100 recebeu quase cinco mil denúncias de abuso sexual infanto-juvenil (120,121).

Os dados apontam que a maioria das vítimas são meninas, geralmente crianças menores de treze anos. Os principais suspeitos são homens, que, segundo as denúncias, são familiares das vítimas. Estes dados reiteram as informações do Ministério da Saúde, que afirma que a violência sexual ocorre predominantemente no ambiente doméstico, tendo como principais agentes violadores os padrastos, os pais biológicos, e, em seguida, os avôs, os padrinhos, os tios, bem como as mães, avós, tias e outras pessoas que mantêm com a vítima uma relação de dependência, afeto ou confiança (92).

#### **2.3.2.2.3. Violência psicológica**

A violência psicológica contra crianças e adolescentes, também reconhecida como abuso emocional ou agressão psicológica, é toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade e/ou ao desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente. Este abuso gera agravos sobre a saúde, a integridade e o desenvolvimento emocional da vítima.

Materializa-se por meio de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, culpabilização, indiferença, ameaça, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas do agente causador da violência. O abuso emocional e psicológico caracteriza-se tanto por ações pontuais e isoladas, como por um padrão de comportamento violento e habitual (2,11,92,102,103).

Ressalta-se que a agressão psicológica, tendo em vista sua sutileza, é a forma de violência mais difícil de ser conceituada e identificada quando surge isoladamente. Igualmente, assinala-se que este abuso é considerado ponto central da violência infanto-juvenil, pois é capaz de permear, somando-se a todas as demais formas de natureza e tipologia da violência (11,103,122).

A violência psicológica, assim como a física, por vezes, também está ligada ao processo educativo de crianças e adolescentes. Neste sentido, pode ser um resultado do despreparo dos pais, que se valem de ameaças, humilhações e/ou desrespeito em relação aos filhos, vez que compreendem neste comportamento uma forma de educar, que é culturalmente aceita. Evidentemente, existem diferentes situações, sendo que nem sempre a violência psicológica é resultado de despreparo, pois há pais que excedem esta lógica do despreparo, passando a rejeitar o filho mediante ameaças graves e constantes, humilhações frequentes, limitação do acesso ao convívio familiar, escolar e social ou impedimento de lazer, responsabilidades excessivas para a idade, entre outros comportamentos que caracterizam o abuso (103).

Destaca-se que o Ministério da Saúde reconhece como forma de violência psicológica, a Síndrome da Alienação Parental (92). A Lei nº 12.318, que dispõe sobre a Síndrome da Alienação Parental, define tal fenômeno como

“a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este”(123).

Ainda, a mesma norma, pontua como formas de alienação parental: a realização de campanha de desqualificação da conduta do genitor no exercício da paternidade ou maternidade; a ação de dificultar o exercício da autoridade parental; a ação de dificultar o contato de criança ou adolescente com genitor; o ato de dificultar o exercício do direito regulamentado de convivência familiar; omitir deliberadamente a genitor informações pessoais relevantes sobre a criança ou adolescente, inclusive escolares, médicas e alterações de endereço; a apresentação de falsa denúncia contra genitor, contra familiares deste ou contra avós, visando obstar ou dificultar a convivência deles com a criança ou adolescente; além de mudar o

domicílio para local distante, sem justificativa, visando a dificultar a convivência da criança ou adolescente com o outro genitor, com familiares deste ou com avós(123).

Abranches e Assis apontam como possíveis consequências da violência psicológica contra criança e adolescente: a incapacidade de aprender, incapacidade de constituir e manter relações interpessoais de forma saudável, comportamentos e sentimentos inapropriados diante de circunstâncias normais, humor infeliz ou depressivo, bem como a tendência de desenvolver sintomas psicossomáticos (122).

A Organização Mundial da Saúde esclarece que os dados sobre até que ponto os responsáveis pelos cuidados de crianças e adolescentes empregam métodos disciplinares não violentos e não abusivos em diferentes culturas e países do mundo, são extremamente raros, pois em muitos lugares as práticas abusivas e a violação da integridade de crianças é algo legalizado e aceito socialmente (2,4). No Brasil, dados de 2015, revelam que o abuso emocional - em uma perspectiva abrangente, ou seja, que reconhece a violência psicológica para além do ambiente familiar - é a segunda violação mais denunciada e registrada, representando, aproximadamente, 38% dos casos (112).

#### **2.3.2.2.4. Negligência**

Negligência contra criança e adolescente, também entendida como privação de cuidados ou abandono, é a omissão em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento da criança e do adolescente, ou seja, é a falha nos cuidados relacionados à saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras. Tal fenômeno tem como agente causador os pais, familiares e/ou demais responsáveis pela criança ou adolescente (inclusive em instituições) (2,11,92,102).

Necessário pontuar que a negligência distingue-se das circunstâncias de pobreza, pois estas falhas não são resultados de condições de vida que estão além do controle do agente. Igualmente, a privação de cuidados e o abandono podem ocorrer em circunstâncias em que se tenha recurso disponível para fornecer o necessário para o desenvolvimento da criança ou adolescente (2,124).

Existem muitas manifestações de negligência em relação a crianças e adolescentes, que, por sua vez, se apresentam de forma moderada ou severa. Azevedo e Guerra mencionam que nos casos de negligência severa, as crianças, muitas vezes, são deixadas sozinhas, chegando a falecer em decorrência de acidentes domésticos ou de inanição (124). Na mesma perspectiva,

motivos que preocupam em situações de negligência é a exposição da vítima às drogas e a proteção inadequada em relação aos perigos do meio ambiente (2).

No Brasil, dados do período de 1996 a 2004, revelam que a negligência é a violência mais frequentemente notificada, o que, segundo Azevedo e Guerra (124), evidencia a tese de alguns estudiosos brasileiros, que acreditam que há uma cultura camuflada de abandono infantil no país. Atualmente, a negligência continua sendo a violência mais denunciada e registrada, representando, em 2014, aproximadamente 37% dos casos, e, em 2015, cerca de 38% dos casos registrados, conforme os dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (112).

Os diferentes tipos e manifestações da violência, por si só, já são capazes de afetar a saúde e a integridade de crianças e adolescentes, representando uma grave violação de direitos. Porém, assinala-se que, na maioria das situações, os diferentes elementos identificados se interligam e interagem; ou seja, a criança e o adolescente podem ser afetados por mais de um tipo ou natureza de violência (92).

A partir do exposto, verifica-se a amplitude e a complexidade da violência, pois, além de se relacionarem, os tipos e manifestações do problema apresentam diferentes expressões, níveis e gradações, estabelecendo-se por meio de fatores individuais, sociais e culturais, se perpetuando na história, se repetindo, se fortalecendo e se naturalizando na cultura de diferentes sociedades. Ainda, a violência contra crianças e adolescentes é percebida de diferentes maneiras, ora identificada como processo educativo, ora como violação de direitos (1,7,97).

Neste sentido, pode-se dizer que a violência contra criança e adolescente é um problema polissêmico, visto que apresenta diferentes significados; controverso, pois os diferentes significados e entendimentos são objeto de contestação, polêmica, gerando dúvidas e a necessidade de discussão; múltiplo, uma vez que abrange muitos elementos; dinâmico, porque se modifica continuamente, adaptando-se a diferentes momentos históricos; e, complexo, dado que emerge da desordem, da incerteza, da contradição, não se definindo de modo simples (1,60,125–128). Diante destas características, a violência contra crianças e adolescentes necessita, para sua compreensão e intervenção, de um processo de reflexão complexo e interdisciplinar, o qual inclua os múltiplos aspectos envolvidos e possibilite uma análise mediante diferentes conhecimentos e áreas do saber (129).

## **2.4.PROTEÇÃO**

A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), fundamentando-se na Doutrina de Proteção Integral, reconhecem crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, ocasionando diversas inovações ao tratamento legislativo e na área de políticas públicas dirigidas a esse segmento. Neste sentido, associando-se com as perspectivas consubstanciadas em documentos e tratados internacionais, a legislação brasileira determina normas que asseguram direitos de caráter universal, destinados a todas as crianças e adolescentes, visando garantir seu crescimento de forma saudável e integral (130,131).

O reconhecimento de crianças e adolescentes como pessoas em desenvolvimento, titulares de direitos especiais, possibilitou a legitimação da violência como uma violação às normas de direitos humanos instituídas. Diante do problema, a legislação brasileira instaura garantias de proteção especial, que buscam restabelecer e manter os direitos de crianças e adolescentes que estão em situação de violência, mediante intervenção protetiva concretizada pelo Estado (131).

A execução das medidas de proteção para crianças e adolescentes vítimas de violência parte das normas consagradas no Estatuto da Criança e do Adolescente, que estabelecem diferentes ações ou programas, os quais podem ser aplicados de forma isolada ou cumulativamente. A execução destas medidas é realizada por diferentes órgãos e sistemas que integram o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, o qual foi originado por determinação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) (35).

Conforme estabelece o artigo 2º da resolução 113 do CONANDA (132), compete ao Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente:

promover, defender e controlar a efetivação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, coletivos e difusos, em sua integralidade, em favor de todas as crianças e adolescentes, de modo que sejam reconhecidos e respeitados como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento; colocando-os a salvo de ameaças e violações a quaisquer de seus direitos, além de garantir a apuração e reparação dessas ameaças e violações.

A partir das deliberações regulamentadas, estruturam-se as redes de proteção à criança e ao adolescente, as quais promovem a atenção e os cuidados necessários, objetivando, mediante ações integradas e intersetoriais, prevenir a violência, reduzir os danos causados pelo abuso, bem como proteger as crianças e adolescentes que estiverem em risco (133,134). Pontua-se, ainda, que a lei define, como obrigatoriedade, a notificação dos casos de suspeita ou

confirmação de violência contra crianças e adolescentes, objetivando, exatamente, acionar os diferentes integrantes da rede de proteção (8).

Neste sentido, a notificação pode ser entendida como uma informação emitida pelo Setor de Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, Ministério Público ou Vara da Infância e Juventude, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção de crianças e adolescentes que estão em situação de violência. Este instrumento configura-se como um importante mecanismo de proteção à criança e ao adolescente, uma vez que desencadeia um processo que objetiva interromper as atitudes e comportamentos violentos dentro da família ou por parte de qualquer agressor(10,92,135).

Assinala-se que o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê, como medida de proteção, a retirada da criança e do adolescente do convívio familiar e o seu encaminhamento para uma instituição de abrigo. Todavia, tal medida é compreendida como excepcional, visto que a convivência familiar é reconhecida como uma das principais diretrizes de proteção à criança e ao adolescente. Destaca-se tal questão, uma vez que a realização da notificação não implicará, necessariamente, a retirada da criança de seu vínculo familiar, nem serve como denúncia ou processo judicial; mas sim, conforme pontuado anteriormente, como uma informação que chama o poder público à sua responsabilidade. Existem inúmeras situações de violência que podem atingir crianças e adolescentes, as quais, nem sempre, terão como agente causador um membro da família. A notificação pode ser o primeiro passo para buscar outras medidas de proteção, que suprirão as necessidades da criança e de sua família (8).

Saliba e colaboradores (136) sustentam sobre a importância de notificar os diferentes casos de violência que vitimizam crianças e adolescentes, visto que é por meio da notificação que a violência ganha visibilidade, possibilitando o dimensionamento epidemiológico do problema, bem como a estruturação, implementação e avaliação de políticas públicas voltadas à prevenção do problema. Ainda, ressalta-se que a intervenção sobre a violência necessita de um trabalho interdisciplinar; assim, a notificação aciona diferentes setores para agir conjuntamente, de forma coordenada, sobre o problema (137).

#### **2.4.1. Os profissionais de saúde como responsáveis pela proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência**

O Sistema de Garantia de Direitos integra diferentes sistemas, entre eles, o Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema de Saúde associa-se ao eixo de promoção e proteção dos direitos da criança e do adolescente, sendo considerado um dos principais atores que desenvolve e executa políticas públicas de manutenção e restabelecimento de direitos infanto-juvenil. Conseqüentemente, os profissionais que atuam neste Sistema são responsáveis pela realização de ações que protejam crianças e adolescentes (138).

O ECA determinou ao Sistema de Saúde a atribuição de promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, por meio da atenção integral à saúde, pressupondo o acesso universal e igualitário nos três níveis de atenção (8). Importante assinalar que, além da Lei nº 8.069/90, o direito à saúde também está previsto em outras normativas, sendo reconhecido como um direito fundamental de qualquer ser humano (17,139).

A violência contra crianças e adolescentes é um grave problema de saúde pública (2). Reconhecendo este problema, a lei determina aos profissionais de saúde, a obrigatoriedade de notificar as diferentes situações que violam os direitos da criança e do adolescente, sob pena de incorrer numa infração administrativa (8). Entretanto, mesmo com a determinação legislativa, diversos estudos demonstram que a notificação não é uma prática recorrente no Sistema de Saúde, mesmo quando a violência é identificada (9,10,136,137,140–143). Neste sentido, Gomes e colaboradores (140) ponderam que

A atitude dos profissionais frente à abordagem dos maus-tratos cometidos contra a criança e o adolescente se encontra intimamente relacionada com a visibilidade ou não que o problema assume em seu cotidiano. A reflexão sobre os conceitos dos diferentes tipos de maus-tratos e as idéias a eles associadas contribuem para se entender os possíveis encaminhamentos que esses profissionais dão a tais casos quando identificáveis. Assim, a efetivação de um atendimento depende da possibilidade de se capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos. Por outro lado, ter ou não visibilidade depende, dentre outros aspectos, da escuta e do olhar ampliado que o profissional consegue imprimir em seu atendimento (p. 277).

Os estudos que versam sobre a realidade da subnotificação em casos de violência contra criança e adolescente, apontam múltiplos fatores para a incidência do problema. Apensar de reconhecerem as diferentes estruturas de saúde como um espaço privilegiado de atenção às pessoas em situação de violência, os estudos demonstram que um dos principais fatores identificado para a não realização da notificação, foi a falta de estrutura da rede de atendimento. Moreira e colaboradores (9) alegam que tal constatação evidencia um descompasso entre as

diretrizes legais e as políticas públicas de enfrentamento do problema. Diante de tal questão, Gonçalves e Ferreira (137) assinalam que os problemas estruturais, além de dificultarem o ato de notificar, também faz com que os profissionais minimizem os benefícios gerados pela notificação.

Na mesma visão, os estudos identificam que a falta de Conselhos Tutelares em alguns municípios, é uma barreira para realizar a medida imposta por lei. Ainda, mesmo existindo uma estrutura de proteção à criança e ao adolescente, muitos profissionais da saúde não sabem para onde encaminhar as situações de violência diagnosticadas. Também, na mesma lógica de vínculo com agentes externos, os estudos trazem que alguns profissionais de saúde não confiam nos demais órgãos de proteção à infância e adolescência, sendo descrentes no que tange à solução do problema, o que aumenta as chances da notificação não ser feita. Por sua vez, alguns profissionais acreditam que podem resolver sozinhos o problema (9,140).

Outro elemento identificado que interfere na realização da notificação é a falta de conhecimento técnico dos profissionais sobre o problema. Gomes e colaboradores mencionam que muitos profissionais não tiveram contato com este tema durante a sua formação técnica, não recebendo nenhuma informação específica. Nesta linha, Gonçalves e Ferreira (137) afirmam que esta temática não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação. Desta forma, os profissionais apresentam dificuldades para definir e identificar as diferentes situações de violência. Ainda, diante da dificuldade em compreender o fenômeno, alguns profissionais não reconhecem a negligência como violência; ou, também, associam a violência intrafamiliar com a falta de condições econômicas. Nesta perspectiva, os estudos verificam que a falta de um olhar abrangente dos profissionais para identificar o problema afeta a notificação, pois, por vezes, os profissionais reduzem a constatação de maus-tratos físicos às marcas evidentes no corpo; bem como, apresentam dificuldades em definir e identificar a violência psicológica(140).

Nesta mesma linha, Moreira e colaboradores (9) ponderam a falta de experiência profissional como um fator que pode interferir na realização da notificação. Desta forma, trazem que o amadurecimento profissional proporciona mais experiência, facilitando na formação de vínculo e habilidades de comunicação, bem como desperta maior sensibilização para as diferentes situações, favorecendo, conseqüentemente, a notificação de violência contra crianças e adolescentes.

Os mesmos autores apontam como aspecto associado à subnotificação, o desconhecimento da ficha de notificação, o qual se configura como o instrumento de registro das situações de violência. Diante desta constatação, os autores verificam que os profissionais,

mesmo com a padronização da ficha no âmbito do SUS, ainda não manuseiam e não reconhecem essa ferramenta de garantia de direitos e vigilância epidemiológica (9).

Seguidamente, Ferreira e colaboradores (141) apontam que as situações de violência mobilizam profissionais, sendo que estes, muitas vezes, não estão preparados emocionalmente para lidar com tais situações. Gomes e colaboradores (140) ponderam que a falta de preparo profissional pode gerar uma insegurança emocional, potencializando a dificuldade em trabalhar com estas questões devido aos aspectos de ordem subjetiva, como a personalidade e a própria história de vida do profissional. Relaciona-se ao descrito, as palavras de Minayo(1), que diz: “A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato dela ser um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocados por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia” (p. 14).

Em uma linha próxima, Ferreira e colaboradores (141) mencionam, também, sobre o impacto da notificação nas famílias. Sustentam que diante do impacto que esta interferência produz no contexto familiar, os profissionais de saúde buscam realizar a notificação somente quando têm certeza ou quando houver uma suspeita razoável.

Moreira e colaboradores (9) descrevem que alguns profissionais identificam a notificação como quebra de sigilo profissional. Todavia, os autores destacam sobre a obrigatoriedade de notificar as situações de violência contra crianças e adolescentes prevista no em lei; ressaltando, também, que tal dever está previsto em diferentes códigos de ética profissional e que, a não realização da notificação, configura-se como omissão profissional.

A subnotificação também é associada ao sentimento de medo entre os profissionais. Os estudos demonstram que muitos profissionais sofrem represálias ao realizarem a notificação, bem como, sofrem ameaças de agressões físicas e sentem-se perseguidos pelos familiares das vítimas notificadas, representando uma experiência negativa do ato de notificar (140). O sentimento de medo também vincula-se aos transtornos legais advindos da notificação (137).

Gonçalves e Ferreira pontuam que além das dificuldades dos profissionais, as diferentes situações de violência contra crianças e adolescentes apresentam especificidades que podem facilitar ou dificultar o ato de notificar; podendo as famílias desejar ou tentar impedir a realização da notificação, bem como podem fornecer ou omitir informações que fundamentem as suspeitas do problema. Ainda, as autoras trazem que a legislação brasileira, mesmo impondo a obrigação de notificar, não oferece informações suficientes sobre como este ato deve ser realizado (137).

Aponta-se, igualmente, que, na perspectiva de alguns profissionais, a violência contra crianças e adolescentes não é um problema da área da saúde, mas sim, do sistema de segurança

e de justiça. Portanto, não seria responsabilidade dos profissionais deste sistema intervir sobre estas situações (136).

Os estudos também referem que a regularidade do comparecimento às consultadas agendadas são fatores que influenciam na escolha do melhor momento para realizar a notificação (141). Neste sentido, constata-se que a notificação vincula-se à possibilidade de perder o vínculo com o paciente, pois a família pode não retornar com a criança para a próxima consulta, dificultando o acompanhamento do tratamento médico.

A subnotificação também é associada à reprodução de padrões culturais, em que se aceita a violência física como meio de educação. Ainda, alguns profissionais não realizam a notificação, por acreditarem que este é um “assunto de família”, não podendo interferir na situação. Também, mencionam sobre a dificuldade de trabalhar com a violência sexual, devido aos tabus que envolvem este tema (140).

O problema de comunicação entre os profissionais é outro elemento identificado. Assim, trazem que há dificuldades na comunicação entre os profissionais, que reflete no obstáculo em compartilhar informações sobre as situações de violência, impedido a realização dos devidos encaminhamentos. O problema da comunicação também se reflete com os setores externos ao Sistema de Saúde, pois, segundo os estudos, não há retorno dos casos encaminhados (140).

Isto posto, Moreira e colaboradores (9) pontuam que as diferentes barreiras identificadas entre os profissionais de saúde demonstram que o problema de violência contra crianças e adolescentes não é de fácil manejo. Trazem que a decisão de notificar não se determina somente com a previsão legal, mas que também envolve aspectos da experiência e formação profissional, bem como de estrutura e articulação da rede de proteção. Desta forma, as autoras que a notificação e, portanto, a proteção da criança e do adolescente vítima de violência, é um grande desafio para o setor de saúde, refletindo fragilidades operacionais associadas à questões de ordem institucional, política, cultural, legal, ética, entre outros.

Necessário refletir, igualmente, que a subnotificação contribui para manter o problema da violência contra crianças e adolescentes na invisibilidade, impossibilitando o desencadeamento de estratégias adequadas pelo Estado, visto que este projeta suas ações basicamente a partir dos registros realizados. Ainda, é preciso compreender que a complexidade das situações de violência exige articulações interdisciplinares; diante desta compreensão, será possível refletir sobre novas alternativas de abordagem e intervenção sobre o problema, as quais, por meio da notificação, poderão ultrapassar os limites dos serviços de saúde, potencializando forças em prol da proteção de crianças e adolescentes(9,137).

## 2.5.BIOÉTICA

A ética, explica Goldim(129), origina-se na história da humanidade como estratégia de organizar o pensamento sobre a adequação do viver humano. Assim, de maneira sistematizada e crítica, a ética, desde o período da filosofia clássica, cumpre o papel de fazer o ser humano refletir sobre as instituições morais, buscando argumentos que servem de embasamento para suas escolhas morais. Tais questões, permitem refletir sobre o modo como as pessoas se relacionam entre si, suas preocupações e sobre a busca de realizações (129).

Com os avanços sociais e científicos, surgem novos conhecimentos e discussões, gerando a necessidade de avaliar até onde podemos ir (129). Em relação às questões de qualidade de vida, foram acrescidos questionamentos sobre a vida em si, o que é estar vivo (129). Neste sentido, a partir de novos questionamentos que surgem ao longo da história, resultando em avanços científicos e tecnológicos, no reconhecimento de direitos, bem como na ideia de proteção à determinados grupos, antes desconsiderados, viu-se a necessidade de propor uma ampliação da discussão ética (129). Diante de tal necessidade, se ultrapassa o limite usual da ética, surgindo, assim, a Bioética (129).

A Bioética, explica Goldim(144), “pode ser entendida como sendo uma reflexão complexa, interdisciplinar e compartilhada sobre a adequação das ações envolvendo a vida e o viver”. Trata-se de uma reflexão complexa, “pois inclui os múltiplos aspectos envolvidos no seu objeto de atenção; é interdisciplinar, devido à possibilidade de contar com conhecimentos oriundos de diferentes áreas do saber; e é compartilhada, por utilizar as diferentes interfaces para realizar diálogos mutuamente enriquecedores” (129).

Francesco D’Agostino (145) refere que a infância constitui como um problema bioético, hoje, tendo em vista as diferentes contradições que lhe circundam. O autor explica que a primeira contradição diz respeito ao aspecto sociológico-cultural. Assim, menciona sobre a sociedade esquizofrênica, na qual as crianças são desejadas e amadas, são consideradas destinatárias de direitos, mas, por outro lado, são vítimas de diversos abusos e violências, os quais estão constantemente aumentando. Pontua que se trata de uma contradição dura, que apresenta muitas dificuldades de intervenção, carecendo de uma reflexão adequada. Seguidamente, refere sobre a sensibilidade que se origina diante de uma situação de violência contra criança. Menciona que este tipo de situação é inaceitável, sendo normal sentir indignação, comoção, horror, piedade; porém, fundamentando-se em Immanuel Kant, esclarece que estes sentimentos são ambíguos e frágeis, pois estão ligados apenas na sensibilidade, mais do que no saber. Diante disto, afirma:

A sensibilidade, em si e por si, não apenas não implica e não fundamenta nenhuma dimensão cognitiva e moral, mas, por causa de seu implícito narcisismo, nem ao menos se constitui um impulso suficiente para nos orientar com lucidez e objetividade em direção à verdade das coisas e enfrentá-la de forma condizente. É necessário que a sensibilidade se fundamente numa adequada, unívoca e objetiva percepção da realidade, se quiser ser respeitada, e não reduzida a uma mera lamentação ou exaltação das “belas almas”.

Neste sentido, sustenta que a bioética deve evitar reduzir-se ao mero argumento da sensibilidade baseada em uma reflexão sobre “casos trágicos”. Alega, portanto, que a tarefa da bioética passa pela reflexão sobre a percepção da infância, pautando-se na primazia dos interesses de crianças e adolescentes que estão estabelecidos legalmente; ou seja, “o argumento não deriva de uma melosa pragmática da inocência (...) do fato de que o menor deva ser considerado incapaz de pensar e agir”, pois, desta forma, além da sufocação de seus interesses, haveria uma deformação dos vínculos relacionais (145).

### **2.5.1. Bioética complexa como meio para compreender o problema da violência contra crianças e adolescentes**

A Bioética Complexa, afirma Goldim, “é uma proposta de abordagem na qual a ética, mais do que aplicada, se insere na realidade. Ela parte de problemas e reflete sobre situações de complexidade sempre crescente” (146), como é o caso das situações de violência contra crianças e adolescentes. Conforme referido anteriormente, a violência infanto-juvenil é um problema complexo, dinâmico e abrangente. Tal problema assume diferentes características e gradações, vitimando milhares de crianças e adolescentes, mediante manifestações que são decorrentes de processos históricos, políticos e modelos econômicos, os quais, por si só ou relacionados, configuram grave violação aos direitos humanos (1,2,4,7).

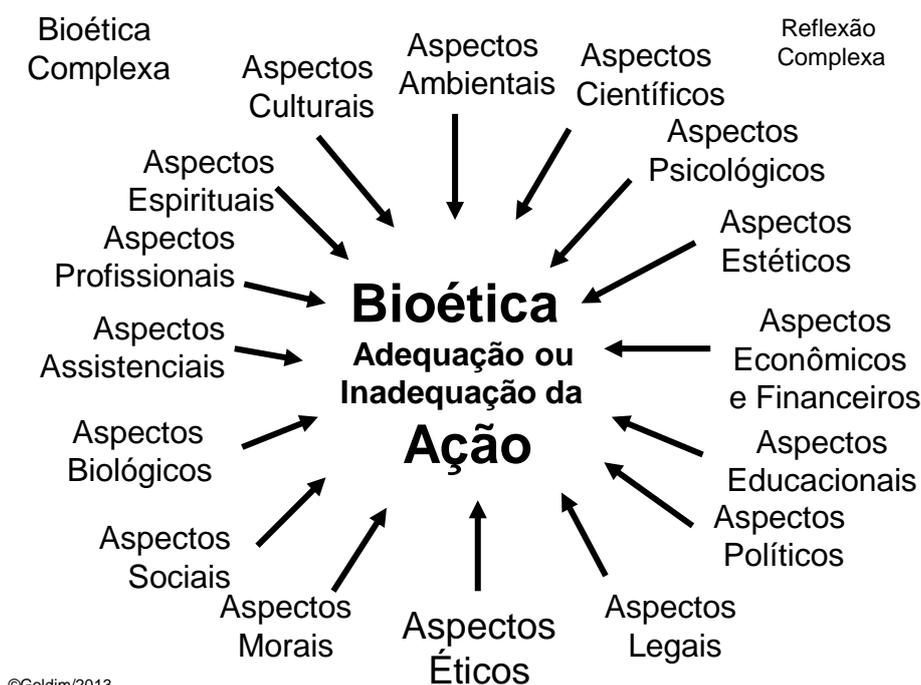
Para entender o vínculo entre complexidade e violência contra crianças e adolescentes, é necessário pontuar que a noção de complexidade, conforme esclarece Morin(128), relaciona-se à ideia de confusão, incerteza e desordem, definindo-se, inicialmente, como algo que não pode ser resumido a uma palavra-chave ou ideia simples, é algo que traz o paradoxo do uno e do múltiplo, ou seja, a complexidade não ocupa o lugar da simplicidade. Seguidamente, o autor elucida que “complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico” (p.13).

A partir do momento em que um fenômeno se caracteriza como complexo, ele exige, para sua compreensão, uma reflexão complexa. Morin(127,128,147) explica que, tendo em

vista que a complexidade emerge justamente da desordem, da incerteza e da antinomia, ela é capaz de integrar em si tudo o que põe ordem, clareza, distinção e precisão no conhecimento. Essa possibilidade surge, uma vez que a reflexão ou o pensamento complexo atrai ao conhecimento multidimensional, religando o que o pensamento disciplinar e compartimentado fragmentou. Porém, o autor ressalta que, mesmo que o pensamento complexo ajude a revelar o problema e, por vezes, superá-lo, o conhecimento completo a respeito do fenômeno é impossível, pois a complexidade parte do princípio da incompletude e da incerteza.

A violência contra criança e adolescente, justamente pelo seu caráter complexo, requer uma percepção abrangente, interdisciplinar, que seja capaz de compreender a amplitude do problema, por meio de diferentes conhecimentos. A violência contra crianças e adolescentes, conforme mencionado, manifesta-se de inúmeras formas, possibilitando uma abordagem complexa, visto que se estrutura através da associação de diferentes elementos. Desta forma, pensá-la por meio de informações ou dados isolados seria insuficiente para compreender sua abrangência. Assim, é necessário contextualizar os diversos elementos para que estes adquiram sentido. É neste aspecto que se insere a perspectiva interdisciplinar, a qual estimula à necessidade de religação de diferentes saberes, permitindo a relação e o nexo da parte no todo e do todo na parte (148).

Diante destas questões, ao passo em que se compreende o problema da violência contra criança e adolescente, se reconhece a exigência de uma intervenção diferenciada e integrada, que busque proteger e modificar a realidade da vítima (137). Desta forma, analisar o problema do abuso contra crianças e adolescentes, por meio da Bioética Complexa, permite identificar os múltiplos fatores associados ao problema, pois diferentes conhecimentos estarão interagindo na reflexão complexa. Igualmente, à proporção que diferentes áreas compartilham informações, estruturando e organizando os fatores identificados, possivelmente ampliarão as alternativas de intervenção sobre o problema, as quais irão envolver diretamente a vida e o viver da criança e do adolescente. Neste sentido, se reconhece a Bioética “como um espaço de interfaceamento dos diferentes aspectos envolvidos em um problema”(149), conforme a demonstra a figura a seguir:



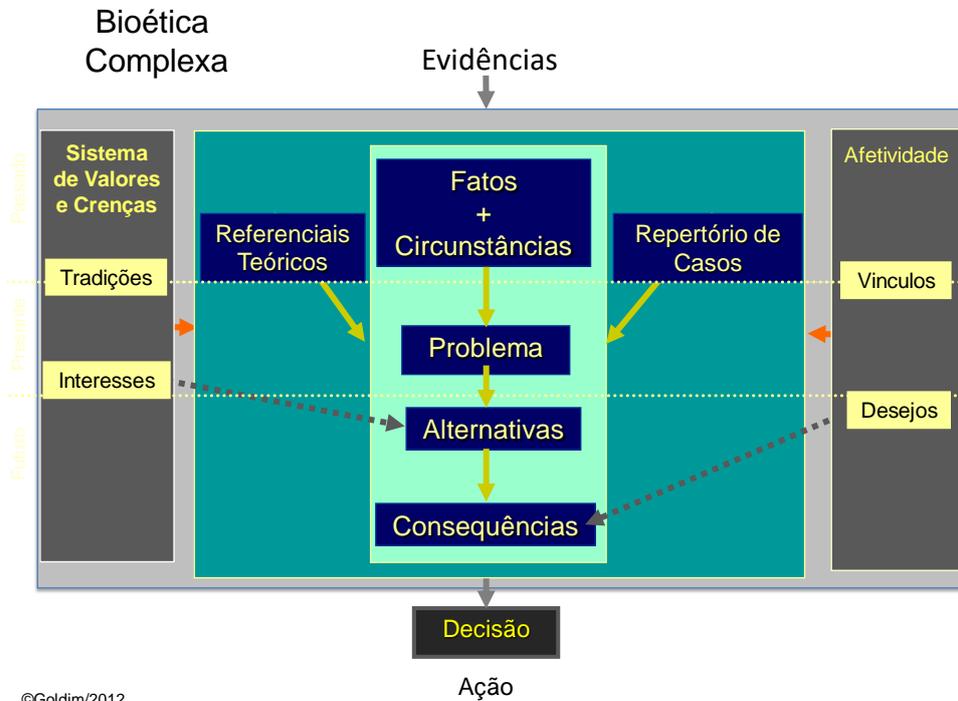
**Figura 2: A Bioética como espaço de interfaceamento dos diferentes aspectos envolvidos em um problema (Goldim, 2009).**

### **2.5.2. Bioética complexa como abordagem no processo de tomada de decisão envolvendo proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência**

Considerando a violência contra criança e adolescente e identificando as diferentes alternativas de intervenção, por intermédio da Bioética Complexa, se estará refletindo, consequentemente, sobre a proteção das vítimas. Conforme pontuado, a legislação brasileira reconhece a responsabilidade dos profissionais de saúde sobre a proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência (8). Desta forma, muitos profissionais que atuam no Sistema de Saúde, são responsáveis pela tomada de decisão em situações que envolvem violência, sendo que tal decisão refletirá na vida e no viver das pessoas envolvidas na situação, principalmente das vítimas (129).

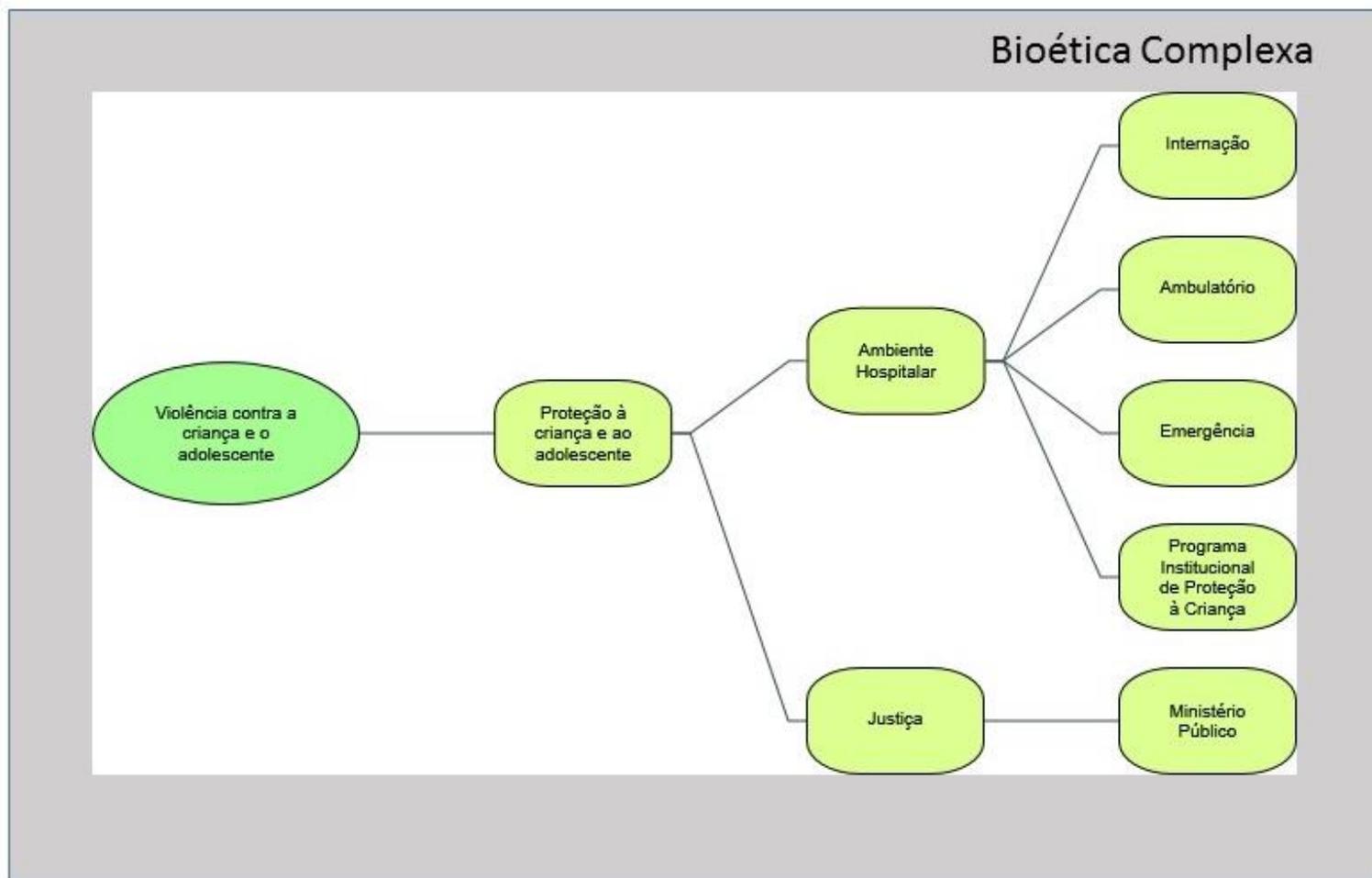
Nesse sentido, a reflexão por meio da Bioética pode auxiliar no processo de tomada de decisão, uma vez que, afirma Goldim(129), busca justificativa para a adequação das ações, possibilitando identificar adequadamente as situações que serão abordadas, os fatos e as circunstâncias envolvidos, bem como as alternativas e suas respectivas consequências. Pontua-se que como parte do processo de reflexão e tomada de decisão, devem ser incluídos os referencias teóricos e os casos já ocorridos relacionados ao problema, pois assim será possível integrar a história e a vivência ao novo desafio no presente. Todos os elementos referidos são

passíveis de discussão racional. Ainda, a Bioética também considera outros dois componentes não racionais: os sistemas de crenças e valores e a afetividade, os quais compreendem compreende as emoções, os sentimentos, as vontades e as não-vontades (129). A imagem a seguir representa o processo de tomada de decisão assumido pela Bioética:



**Figura 3: Representação esquemática do processo de tomada de decisão assumido pela Bioética Complexa (Goldim, 2009).**

### 3. MARCO CONCEITUAL



#### 4. JUSTIFICATIVA

O presente trabalho apoia-se no reconhecimento dos profissionais de saúde como importantes agentes de proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência. Todavia, a partir das referências pesquisadas, pode-se constatar uma distância entre as diretrizes legais, que conferem ao Sistema de Saúde a importante tarefa de proteger crianças e adolescentes em situação de violência, e as práticas deste serviço.

Há diferentes motivos que ocasionam o distanciamento entre o conjunto normativo de direitos da criança e do adolescente e suas efetivas práticas de proteção, inclusive quando vistas sob o aspecto da saúde. Sob esta perspectiva, observa-se que muitos profissionais percebem e compreendem a violência de formas distintas, bem como a questão da proteção, o que pode determinar ou não sua interferência sobre o problema. Ainda, partindo da concepção de que a violência é um problema complexo, percebe-se a necessidade de ações coordenadas e interdisciplinares capazes de proteger a criança e o adolescente, retirando-o da situação de risco.

Diante destas observações, justifica-se a necessidade deste estudo, visto que é preciso investigar a percepção e a compreensão que os profissionais de saúde têm em relação à violência e à proteção em crianças e adolescentes, bem como analisar os diferentes recursos disponíveis para intervenção sobre o problema. Desta forma, será possível avaliar o atendimento hospitalar de crianças e adolescentes em situações de violência, identificando os diferentes aspectos que podem justificar as ações dos profissionais diante destes casos.

Pontua-se, igualmente, o interesse de realizar o presente trabalho no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma vez que esta instituição, em sua dinâmica assistencial, conta com o auxílio do Programa de Proteção à Criança (PPC/HCPA), o qual contribui no atendimento de demandas que envolvem crianças, adolescentes e suas famílias. Apresentando-se como o principal suporte de proteção à criança e ao adolescente deste Hospital, o PPC/HCPA fornece espaços de apoio, suporte e reflexão aos profissionais que estão diretamente no atendimento às crianças e famílias, proporcionando locais permanentes para discussão e aprofundamento dos estudos (150).

Ainda, nas situações de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, o suporte referido busca, nos atendimentos efetivados, reduzir os agravos do ponto de vista físico, emocional e social que podem ser gerados como consequência da situação de violência. Tem por objetivo, também, a prevenção de novas situações abusivas por meio de

ações e estratégias articuladas com a rede pública e privada, evitando a fragmentação e a sobreposição das intervenções(150).

Refere-se, por fim, a importância de vincular o estudo à reflexão bioética, uma vez que, por definição, a Bioética é um campo interdisciplinar (129) e, por meio de seus diferentes referenciais, será possível compreender como a percepção, compreensão e atuação dos profissionais afeta a proteção de crianças vítimas de violência. Menciona-se, também, que o objetivo da Bioética não é identificar uma solução ideal para os problemas, mas sim alcançar a melhor solução disponível nas circunstâncias reais (151).

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1.Objetivo geral**

- Avaliar o atendimento hospitalar de crianças e adolescentes em situações de violência.

### **5.2.Objetivos específicos**

- Investigar a percepção e a compreensão dos profissionais de saúde sobre violência e proteção em crianças e adolescentes.
- Analisar a utilização das redes de recursos intra e extra-hospitalares de proteção.
- Identificar os aspectos bioéticos associados ao atendimento de crianças e adolescentes em situações de violência

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minayo MC de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9–42.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J a, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organ Mund da Saúde. 2002;380.
3. World Health Assembly. Prevention of violence: a public health priority. WHA4925 Prev violence a public Heal Prior. 1996;(May):2–3.
4. Pinheiro PS. Estudo do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre Violência contra Crianças. 2006;40.
5. World Health Organization, Social Change and Mental Health, Violence and Injury Prevention. Report of the consultation on child abuse prevention WHO, Geneva, 29-31 March 1999. 1999;1–56.
6. Amazarray MR, Koller SH. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicol Reflexão e Crítica*. 1998;11(3):559–78.
7. Deslandes SF, Assis SG de, Santos NC dos. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 43–77.
8. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília; 1990.
9. Moreira GAR, Vieira LJE de S, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama I da S, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Cien Saude Colet*. 2014;19(10):4267–76.
10. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Njaine K, Ferreira AL, Lopes Neto AA, Silvany CMS, Souza ER de, Silva KH, et al. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. *Rio Janeiro Soc Bras Pediatr*. 2001;40.

12. Minayo MC de S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2001 Aug;1(2):91–102.
13. Santos BR dos. Por uma escuta da criança e do adolescente social e culturalmente contextualizada: concepções de infância e de adolescência, universalidade de direitos e respeito às diversidades. In: Santos BR dos, Gonçalves IB, Vasconcelos G, Barbieri P, Nascimento V, editors. *Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos: guia para a capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes.* Brasília: EdUCB; 2014.
14. Azambuja MRF de. Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança? Azambuja MRF de, editor. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; 2004. 181 p.
15. Unicef. *A Convenção sobre os Direitos da Criança.* Unicef. 1989;54.
16. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Brasília; 2002.
17. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília; 1988.
18. Assis SG de. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad Saude Publica.* 1994;10.
19. Minayo MC de S, Souza ER de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cien Saude Colet.* 1999;4(1):7–23.
20. Odália N. *O que é violência.* 6ª. São Paulo: Brasiliense; 1991. (Coleção primeiros passos).
21. Beauvoir S de. *O segundo sexo: fatos e mitos.* 3ª. Milliet S, editor. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2016. 339 p.
22. Aristóteles. *Política.* São Paulo: Editora Martin Claret; 2006. 289 p.
23. Engels F. *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado.* 11ª. Konder L, editor. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1987. 215 p.
24. Corazza SM. *História da infância sem fim.* Corazza SM, editor. Ijuí: Ed. UNIJUÍ; 2000. 392 p.

25. Miranda P de. Tratado de direito de família. Alves VR, editor. Campinas: Bookseller; 2001. 596 p.
26. Snyders G. Não é fácil amar os nossos filhos. Lima EC, editor. Lisboa: Dom Quixote; 1984. 334 p.
27. Badinter E. Um Amor conquistado: o mito do amor materno. Dutra W, editor. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985. 370 p.
28. Marcilio ML. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In: Freitas MC de, editor. História Social da Infância no Brasil. São Paulo: Cortez Editora; 1997. p. 51–76.
29. Heywood C. Uma história da infância: da Idade Média à época contemporânea no Ocidente. Costa RC, editor. Porto Alegre: Artmed; 2004.
30. Ariès P. História social da crianças e da família. 2ª. Flaksman D, editor. Rio de Janeiro: LTC; 2006.
31. Felizardo MJ de A, Ribeiro DA de A, Santos LE da S dos, Gradim CVC. Uma abordagem sobre a violência infantil no campo histórico, social e de saúde. *Pediatr Mod.* 2011;47(2):47–52.
32. Frota AMMC. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estud e Pesqui em Psicol.* 2007;7:0.
33. da Rosa Oliveira GGA. O conceito de disciplina em John Locke. *Edipucrs*;
34. Rousseau J-J. Emílio, ou, Da educação. 3ª. Ferreira RL, editor. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
35. Rossato LA. Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069/90 comentado artigo por artigo. 8ª. Rossato LA, Lépure PE, Cunha RS, editors. São Paulo: Saraiva; 2016.
36. Carreira AF. Algumas considerações sobre a fantasia em Freud e Lacan. *Psicol USP.* 2009;20:157–71.
37. Skellern CY. Child protection: A 50-year perspective. *J Paediatr Child Health.* 2015 Jan;51(1):87–90.
38. Oates K. Some reflections from the past and some ideas for the future: The 2014

- Kempe Oration. *Child Abuse Negl.* 2015 May;43:1–7.
39. Organização Internacional do Trabalho (OIT). C182 - Convenção sobre Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e Ação Imediata para sua Eliminação.
  40. Assembléia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948.
  41. Assembléia Geral das Nações Unidas. Declaração dos Direitos da Criança. 1959 p. 2–4.
  42. Bobbio N. *A Era Dos Direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
  43. Assembléia Geral das Nações Unidas. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. 1966;(Xxi):1–12.
  44. Assembléia Geral das Nações Unidas. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. 1966;1–12.
  45. Assembleia Geral das Nações Unidas. Regras de Beijing Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude ONU Direitos Humanos DHnet.
  46. Ramos FP. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: Priore M Del, editor. *História das crianças no Brasil*. 7ª. São Paulo: Contexto; 2010. p. 19–54.
  47. Chambouleyron R. Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. In: Priore M Del, editor. *História das crianças no Brasil*. 7ª. São Paulo: Contexto; 2010. p. 55–83.
  48. Cruz LR da. Caminhos da história: a produção da infância no Brasil. In: Cruz LR da, editor. *(Des)Articulando as políticas públicas no campo da infância: implicações da abrigagem*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2006. p. 32–57.
  49. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. 1916.
  50. Saraiva JBC. *Compêndio de direito penal juvenil: adolescente e ato infracional*. 3ª. Saraiva JBC, editor. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; 2006. 230 p.
  51. Amin AR. Doutrina da proteção integral. In: Maciel KR, editor. *Curso de Direito da*

- Criança e do Adolescente: aspectos teóricos e práticos. Editora Lumen Juris; 2006.
52. Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA dos, Dias OV, Costa S de M. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev Paul Pediatr.* 2013 Jun;31(2):258–64.
  53. MARTTA MK. Violência e angústia. Caxias do Sul: EDUCS; 2004. 85 p.
  54. Rizzini I, Limongi N da S. Percepções sobre violência no cotidiano dos jovens. *Rev Katálisis.* 2016 Jun;19(1):33–42.
  55. Minayo MC de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cien Saude Colet.* 2006;11:1259–67.
  56. Waiselfisz JJ. Mapa Da Violência 2016 Homicídios Por Armas De Fogo No Brasil. 2016;
  57. Waiselfisz JJ. Mapa Da Violência 2015 Homicídios de mulheres no Brasil. MAPA DA VIOLÊNCIA 2015. 2015;1:72.
  58. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2007 Apr;17(1):29–41.
  59. World Health Organization. Constitution of The World Health Organization. Basic Doc Forthy-fifth Ed. 2006;(January 1984):1–18.
  60. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - PORTARIA GM/MS Nº 737 DE 16/05/01. DOU Nº 96 SEÇÃO 1e – DE 18/05/01 Brasília; 2001.
  61. Abramovay M, Castro MG, Pinheiro L de C, Lima F de S, Martinelli C da C. Juventud, violencia y vulnerabilidad social en América Latina: desafíos para políticas públicas. 2002;
  62. Torossian SD, Rivero NE. Políticas públicas e modos de viver: a produção de sentidos sobre a vulnerabilidade. In: Cruz LR da, Guareschi N, editors. Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas. 4ª. Petrópolis: Vozes; 2013. p. 56–69.
  63. Minayo MC de S. Suicídio: violência auto-infligida. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 205–39.

64. Feldman MD. The challenge of self-mutilation: a review. *Compr Psychiatry*. 1988;29(3):252–69.
65. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Código Penal brasileiro. Decreto-Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940. Brasília; 1940.
66. Nucci G de S. Manual de direito penal. 10ª. Rio de Janeiro: Forense; 2014.
67. Cunha RS. MANUAL DE DIREITO PENAL - PARTE ESPECIAL: (VOLUME ÚNICO) - REVISTA, AMPLIADA E ATUALIZADA. 5ª. Salvador: JUSPODIVM; 2013.
68. World Health Organization. Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores. *WhoInt*. 2000;1–29.
69. Souza ER de, Minayo MC de S, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad Saude Publica*. 2002 Jun;18(3):673–83.
70. Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Interam J Psychol*. 2005;39(2):259–66.
71. Souza, Edinilsa Ramos de; Lima, Maria Luiza Carvalho de; Veiga JPC da. Violência interpessoal: homicídios e agressões. In: *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 171–203.
72. Minayo MC de S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO P, editor. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. p. 21–42.
73. Cecilio LPP, Garbin CAS, Roviada TAS, Queiróz APD de G e, Garbin AJÍ. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2012 Jun;21(2):293–304.
74. Day VP, Telles LE de B, Zoratto PH, Azambuja MRF de, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2003 Apr;25.
75. de Azevedo Guerra VN. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 3ª. São Paulo: Cortez Editora; 1998. 262 p.

76. Almeida AA, Miranda OB. Violência doméstica / intrafamiliar contra crianças e adolescentes : uma revisão bibliométrica. *Gerais Rev Interinstitucional Psicol.* 2013;6(2):298–311.
77. Spilsbury JC, Belliston L, Drotar D, Drinkard A, Kretschmar J, Creedon R, et al. Clinically Significant Trauma Symptoms and Behavioral Problems in a Community-based Sample of Children Exposed to Domestic Violence. *J Fam Violence.* 2007 Jul;22(6):487–99.
78. Romaro RA, Capitão CG. A violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Psicologia para América Latina.* scieloapsic; 2007. p. 0.
79. ROSAS FK, CIONEK MIGD. O Impacto Da Violência Doméstica Contra Crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem. *Conhecimento Interativo.* 2006;2(1):10–5.
80. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça R de C V., Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Cien Saude Colet.* 2005 Mar;10(1):143–9.
81. Weber LND, Viezzer AP, Brandenburg OJ, Zocche CRE. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência . Vol. 7, *PsicoUSF .* scieloapsic ; 2002. p. 163–73.
82. Faleiros V de P, Faleiros ES. Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. 2ª. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; 2008. 100 p.
83. Crochík JL. Hierarchy, Violence and Bullying Among Students of Public Middle Schools. *Paid (Ribeirão Preto).* 2016 Dec;26(65):307–15.
84. Abramovay M, Rua M das G. *Violências nas escolas.* Brasília: UNESCO; 2002. 321 p.
85. de Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Commun Heal Educ.* 2011;15(36):79–91.
86. Melo ER. Crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e o Direito. Uma análise crítica dos modelos de intervenção e da titulação a direitos sob o crivo histórico-comparativo à luz do debate em torno do depoimento especial. In: Potter L, Hoffmeister M V., editors. *Depoimento especial de crianças e adolescentes: quando a multidisciplinaridade aproxima os olhares.* Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; 2016. p. 57–79.

87. Declarações de promotor contra vítima de abuso sexual chocam desembargadores no Rio Grande do Sul - Notícias de polícia - Notícias do Brasil e do Rio Grande do Sul - Zero Hora.
88. G1 - MP investiga promotor que chamou vítima de abuso sexual de mentirosa - notícias em Rio Grande do Sul. <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2016/09/declaracoes-de-promotor-contra-vitima-de-estupro-causam-polemica.html>
89. Promotor humilha vítima de estupro no RS: “Vou me esforçar pra te ferrá.” <http://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/promotor-humilha-vitima-de-estupro-no-rs-vou-me-esforcar-pra-te-ferra/>
90. G1 - Abrigos para crianças em Porto Alegre apresentam situação precária - notícias em Rio Grande do Sul. <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2015/04/abrigos-para-criancas-em-porto-alegre-apresentam-situacao-precaria.html>
91. G1 - Jovens são espancados na Fundação Casa, diz Defensoria; MP abre ação - notícias em São Paulo. <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2015/07/jovens-sao-agredidos-na-fundacao-casa-diz-defensoria-mp-abre-acao.html>
92. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 104 p.
93. Negociações são interrompidas e violência aumenta mais uma vez na Síria, diz relatório | ONU Brasil. <https://nacoesunidas.org/negociacoes-sao-interrompidas-e-violencia-aumenta-mais-uma-vez-na-siria-diz-relatorio/>
94. Síria: ataques no oeste de Aleppo podem ser considerados crimes de guerra, diz Ban | ONU Brasil. <https://nacoesunidas.org/siria-ataques-no-oeste-de-alepo-podem-ser-considerados-crimes-de-guerra-diz-ban/>
95. Quatro anos de Guerra: ONU pede apoio para retirar os sírios do “pesadelo do sofrimento.” <http://www.unric.org/pt/actualidade/31779-quatro-anos-de-guerra-onu-pede-apoio-para-retirar-os-sirios-do-pesadelo-do-sofrimento>
96. Boulding E. Las mujeres y la violencia social. In: La violencia y sus causas. Paris: Organización de las Naciones Unidas Unesco; 1981. p. 265–79.
97. Neto OC, Moreira MR. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. Cien Saude Colet. 1999;4(1):33–52.

98. Unicef Brasil. UNICEF Brasil - Nossas prioridades - Infância e adolescência no Brasil.
99. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013. 2ª. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, editors. Vol. 42. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 296 p.
100. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios : síntese de indicadores 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 102 p.
101. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2014. 170 p.
102. Horswell BB, Istfan S. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. *World Heal Organ*. 2006;1–89.
103. Prefeitura Municipal de Curitiba, Sociedade Paranaense de Pediatria, Conselhos Tutelares de Curitiba. Violência na Infância e Adolescência. Vol. I, Rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. Curitiba; 2002. 56 p.
104. Kydd JW. Preventing child maltreatment: An integrated, multisectoral approach. *Health Hum Rights*. 2003;6(2):34–63.
105. Lopes NRL, Eisenstein E, Williams LCA. Abusive head trauma in children: a literature review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013 Sep;89(5):426–33.
106. King WJ, MacKay M, Sirnick A, Morris R, Janeway CA, Anderson J, et al. Shaken baby syndrome in Canada: Clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *C Med Knowl that matters*. 2003;168(2):155–9.
107. Pires JMA, Molle LD. Síndrome de Münchausen por procuração - relato de dois casos. *J Pediatr*. 1999;75(4):281–6.
108. Asher R. MUNCHAUSEN'S SYNDROME. *Lancet*. 1951 Feb;257(6650):339–41.
109. Ceconello AM, De C, Sílvia A#, Koller H. Socialization Practices, Parenting Styles and Physical Abuse in Familiar Context. *Psicol em Estud*. 2003;45–54.
110. Brasil, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Pelo fim dos castigos corporais e do tratamento cruel e degradante: manual de sensibilização para conselheiros tutelares,

- conselheiros de direitos e profissionais do sistema de garantia de direitos. Oliveira M, editor. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2013.
111. Azevedo MA. Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. Azevedo MA, Guerra VN de A, editors. São Paulo: Iglu; 2001.
  112. Brasil, Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Balanço das Denúncias de Violações de Direitos Humanos. 2015;
  113. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicol Teor e Pesqui.* 2005;21(3):341–8.
  114. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(suplemento 5):197–204.
  115. Werneck AF, Gonçalves IB, Vasconcelos MGOM. O essencial é invisível aos olhos: impactos da violência sexual na subjetividade de crianças e adolescentes. In: Santos BR dos, Gonçalves IB, Vasconcelos G, editors. *Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos: guia para a capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes*. Brasília: EdUCB; 2014. p. 69–88.
  116. Santos SS dos, Pelisoli C, Dell’Aglia DD. Desvendando segredos: padrões e dinâmicas familiares no abuso sexual infantil. In: Habigzang LF, editor. *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 55–68.
  117. Figueiredo K. *Violência Sexual*. Unicef.
  118. Kastberg N. *Exploração sexual de meninos e meninas: rompamos o silêncio!* UNICEF Brasil.
  119. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). *Inst Pesqui Econômica Apl.* 2014;1:1–30.
  120. Brasil, Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Disque 100: Quatro mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes foram registradas no primeiro trimestre de 2015 — Secretaria Especial de Direitos Humanos*.
  121. Brasil., Ministério da Justiça e Cidadania., Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Disque 100 recebe quase cinco mil denúncias de violência sexual contra crianças e*

adolescentes nos primeiros quatro meses de 2016 — Secretaria Especial de Direitos Humanos.

122. Abranches CD De, Assis SG de. A ( in )visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad Saúde Pública Revisão*. 2011;27(5):843–54.
123. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.318, de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília; 2010.
124. Azevedo MA, Guerra VN de A. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um cenário em (des)construção. Unicef Brasil;
125. Santos JVT dos. Violência e conflitualidades. Santos JVT dos, editor. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2009.
126. LEVIN J, RABRENOVIC G. The Sociology of Violence. In: 21st Century Sociology. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.; p. II-321-II-328.
127. Morin E. O Método I – A natureza da natureza. Trad Ilana Heineb. 2002;(Porto Alegre. Sulina.):170.
128. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. *Trans* 4. 2003;(1990):177.
129. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Rev da AMRIGS, Porto Alegre*. 2009;53(1):58–63.
130. Oliva JCGA, Kauchakje S. As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes. *Rev Katál*. 2007;121:22–31.
131. Costa APM. Os adolescentes e seus direitos fundamentais: da invisibilidade à indiferença. Costa APM, editor. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; 2012. 243 p.
132. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. RESOLUÇÃO Nº 113, DE 19 DE ABRIL DE 2006. Brasília; 2006.
133. Santos BR dos, Ippolito R, Magalhães M de L. Políticas públicas, rede de proteção e os programas e serviços voltados para crianças e adolescentes em situação de violência

- sexual. In: Santos BR dos, Gonçalves IB, Vasconcelos MGOM, editors. Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos: guia para a capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes. Brasília: EdUCB; 2014. p. 113–28.
134. Muraro HMS. Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. 3ª. Muraro HMS, editor. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2008. 160 p.
  135. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra Crianças e Adolescentes. 1ª. São Paulo: SMS; 2007. 60 p.
  136. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saude Publica. 2007 Jun;41(3).
  137. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad Saude Publica. 2002 Feb;18(1):315–9.
  138. Guzzo ACÁ. Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem interdisciplinar na Saúde. Belém; 2010. p. 148.
  139. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
  140. Gomes R, Junqueira M de FP da S, Silva C de O, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Cien Saude Colet. 2002;7(2):275–83.
  141. Ferreira AL, Gonçalves HS, Marques MJV, Moraes SR de S. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. Cien Saude Colet. 1999;4(1):123–30.
  142. Assis SG De, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TDO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. Cien Saude Colet. 2012;17(9):2305–17.
  143. Suely F. Deslandes. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” Cien Saude Colet. 1999;4(1):81–94.

144. Goldim JR. Bioética: Origens E Complexidade. *Rev HCPA*. 2006;26(2):86–92.
145. D’Agostino F. Bioética segundo o enfoque da Filosofia do Direito. Raboline L, editor. São Leopoldo: Editora Unisinos; 2006.
146. Goldim JR. A Bioética Complexa como abordagem para situações de abuso de crianças e adolescentes. In: Azambuja MRF de, Ferreira MHM, editors. *Violência sexual contra crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 108–15.
147. Morin E. Complexidade e ética da solidariedade. In: Gustavo de Castro et al, editor. *Ensaio de complexidade*. Porto Alegre: Sulina; 1997. p. 15–24.
148. Santos SSC, Hammerschmidt KS de A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. *Rev Bras Enferm*. 2012 Aug;65(4):561–5.
149. Goldim JR. Bioética e Complexidade. In: Martins-Costa J, Möller LL, editors. *Bioética e responsabilidade*. 1ª. Rio de Janeiro: Forense; 2009. p. 55–72.
150. Marques MF, Algeri S, Kapczinski N, Bragatto GJP, Bucker J, Borges RSS, et al. O Programa de Proteção à Criança: uma proposta interdisciplinar na assistência a crianças em situação de violência. In: Azambuja MRF de, Ferreira MHM, editors. *Violência sexual contra crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 365–79.
151. Morreim EH. Philosophy lessons from the clinical setting: Seven sayings that used to annoy me. *Theor Med*. 1986 Feb;7(1):47–63.
152. Souza RT de, Goldim JR. Ética, genética e pediatria. *J Pediatr (Rio J)*. 2008 Aug;84(4).
153. Algeri S, Almoarqueg SR, Marques MF. Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro. *Rev HCPA*. 2007;27(2):57–60.
154. Algeri S, Souza LM de. Violence against children and adolescents: a challenge in the daily work of the nursing team. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006 Aug;14(4):625–31.
155. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, editors. São Paulo: Edições 70; 2011.
156. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2016 Mar;21(3):871–80.

157. Abelard P. *Ethical Writings: "Ethics" and "Dialogue Between a Philosopher, a Jew, and a Christian."* Indianapolis: Hackett Publishing; 1995.
158. Francisconi C, Goldim J. Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e da Privacidade. In: Costa S, Garrafa V, Oselka G, editors. *Iniciação a Bioética*. Brasília: CFM; 1998. p. 269–84.
159. Pellegrino E, Thomasma D. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press; 1993.
160. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
161. Engels E V. O Desafio das Biotécnicas para a Ética e a Antropologia. *Verit - Rev Filos*. 2004;50(2):205–28.
162. Lévinas E. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. 2<sup>a</sup>. Petrópolis: Vozes; 2005.
163. Gebara CF de P, Ferri CP, Bhone FM de C, Vieira M de T, Lourenço LM, Noto AR. Psychosocial factors associated with mother–child violence: a household survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Oct;
164. Araújo M de F. Violência e abuso sexual na família. *Psicol em Estud*. 2002;7(2):3–11.
165. Goldim JR. Bioética e Interdisciplinariedade. *Educ Subjetividade Pod*. 1997;(4):24–8.

## 7. ARTIGO 1 ORIGINAL EM PORTUGUÊS

**Violência contra crianças na perspectiva de profissionais de saúde: reconhecimento e proteção em suas atividades hospitalares.**

**Título abreviado:** Percepções sobre violência contra crianças

Gabriela Souza Schumacher<sup>1</sup>, Lucas França Garcia<sup>2</sup>, Márcia Santana Fernandes<sup>3</sup>, José Roberto Goldim<sup>4</sup>

**Contribuições de cada autor:** GSS participou da concepção, coleta e análise dos dados, escrita e revisão do manuscrito, LFG participou da análise dos dados e da revisão do manuscrito, MSF participou da concepção e revisão do manuscrito e JRG participou da concepção, análise dos dados e revisão do manuscrito.

**Declaração de conflito de interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

**Instituição:** Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Financiamento:** CAPES e FIPE-HCPA

**Contagem total das palavras do texto:** 2751

**Contagem total das palavras do resumo:** 189

**Autor para correspondência:**

Gabriela Souza Schumacher

E-mail: gschumacher@hcpa.edu.br

Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, Centro de Pesquisa Experimental, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – LAB1221

CEP: 90035-003

Porto Alegre, RS, Brazil

---

<sup>1</sup>Advogada. Mestranda em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: gschumacher@hcpa.edu.br

<sup>2</sup>Sociólogo. Doutorando em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: lgarcia@hcpa.edu.br

<sup>3</sup>Advogada. Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: msfernandes@hcpa.edu.br

<sup>4</sup>Biólogo. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Bioética Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: jgoldim@hcpa.edu.br

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar a percepção e a compreensão de profissionais de saúde em relação à violência e à proteção de crianças atendidas em um hospital geral universitário. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com uma amostra de conveniência de 18 profissionais de saúde nas áreas de atendimento pediátrico ambulatorial, de emergência e de internação. A avaliação qualitativa dos dados obtidos foi feita com a utilização da Análise de Conteúdo. **Resultados:** A violência física foi única citada por todos os profissionais das três áreas. A abordagem relatada para as situações de violência varia desde o envolvimento até o descaso. Poucos entrevistados tiveram contato com o tema da violência contra crianças durante a sua formação profissional. A mãe foi identificada pelos profissionais como a principal pessoa responsável pelas crianças, mas também como a principal agente de violência. Na perspectiva dos entrevistados, a criança só estará protegida se tiver uma família estruturada, que assegure os devidos cuidados para que ela cresça e se desenvolva de forma saudável. **Conclusões:** A percepção e a compreensão dos profissionais de saúde em relação à violência e proteção de crianças são heterogêneas, modificando-se conforme a sua área de atuação.

**Descritores:** Bioethics, Child Abuse, Child Advocacy, Domestic Violence

## INTRODUÇÃO

A violência contra criança é um problema complexo, dinâmico e abrangente, uma vez que acompanha a história da humanidade, agregando diferentes significados conforme a época, o local e as circunstâncias. A Organização Mundial da Saúde reconhece que a violência, incluindo as crianças como grupo de risco, é um dos principais problemas mundiais de saúde. Isto é devido às consequências nocivas que este fenômeno gera na saúde individual e coletiva(1,2).

A criança é reconhecida como sujeito de direitos, no Brasil, desde 1988 com a promulgação da Constituição Federal. O Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, consolidou os direitos da criança e criou o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). O Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente é o responsável por promover, defender e controlar a efetivação dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Os serviços de saúde integram este Sistema. Desta forma, a legislação confere aos profissionais de saúde a obrigatoriedade, sob pena de infração administrativa, de notificar a suspeita ou a confirmação de maus-tratos contra crianças. Da mesma forma, estes profissionais devem promover ações que busquem restabelecer a saúde da criança, afetada pela violência. A notificação, por si só, já é reconhecida como um meio de proteção à criança vítima de violência (3–5).

As situações de violência contra criança também tem reflexos nas atividades hospitalares. A violência pode ser a causa do atendimento ou estar associada a outras situações, menos evidentes, de agravos à saúde. Múltiplos fatores associados à violência, por vezes, representam dificuldades marcantes para a manutenção do atendimento das crianças. Estas dificuldades podem gerar frustração, ocasionando desgaste nos profissionais responsáveis pela assistência (6).

A característica multifatorial das situações envolvendo violência contra a criança exige uma abordagem multiprofissional. A estruturação de equipes ou programas institucionais de proteção à criança é uma estratégia para o enfrentamento desta realidade. Um exemplo disto é o Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)(7–9).

A Bioética, devido a sua característica interdisciplinar, possibilita compreender como as diferenças de percepção, compreensão e atuação dos profissionais afeta a proteção de crianças vítimas de violência. O objetivo da Bioética, na tentativa de solucionar problemas, não é identificar uma solução ideal, mas alcançar a melhor solução disponível nas circunstâncias reais (10).

O presente estudo teve como objetivo verificar a percepção e a compreensão de profissionais de saúde em relação à violência e à proteção de crianças atendidas em um hospital geral universitário.

## **MÉTODO**

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que é um hospital geral público e universitário. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com uma amostra de conveniência de 18 profissionais de saúde dos Serviços de Pediatria e de Emergência Pediátrica, seis em cada uma das áreas ambulatorial, de internação e emergência. O número de pessoas entrevistadas foi baseado no critério de saturação dos dados. A mostra incluiu quatorze mulheres e quatro homens. Todas as pessoas convidadas aceitaram participar das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente e no próprio local de atuação do profissional, apenas com a presença do entrevistador e do entrevistado. Todas as entrevistas foram gravadas e conduzidas pelo mesmo pesquisador, que realizou anotações em um diário de campo. A duração das entrevistas variou de 20 a 60 minutos. Foram incluídas perguntas sobre

a percepção de violência, o entendimento sobre proteção à criança e o conhecimento de recursos institucionais.

Os dados foram transcritos, sem codificação. A avaliação dos dados obtidos foi feita com a utilização da Análise de Conteúdo (11). O tratamento dos dados foi realizado com o auxílio do programa QSR NVivo®, versão 11. Este artigo preenche os critérios estabelecidos pelo COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CAAE 56819916.1.0000.5327). Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos do projeto, as formas de abordagem e os interesses dos pesquisadores sobre o tema. Todos consentiram formalmente com a sua participação e uso dos seus dados.

## **RESULTADOS**

A partir dos dados coletados e analisados, quanto ao seu conteúdo, foi possível identificar um conjunto de termos que melhor descreviam as entrevistas realizadas. Os principais termos comuns às três áreas de atuação foram: mãe, família, Assistente Social, Médico, profissional, hospital, fazer, Programa de Proteção, violência física e retorno de informações.

Os entrevistados referiram o convívio que têm com a questão da violência contra crianças no seu dia-a-dia laboral. A violência física foi única citada por todos os profissionais das três áreas. No Ambulatório, parte dos entrevistados menciona que é comum presenciar situações de violência, entendida como violência física, de pais sendo agressivos com os filhos, tanto na sala de espera, quanto no próprio consultório. A negligência foi mais evidenciada pelos profissionais do Ambulatório e da Internação. Na Internação, foram mencionados casos de abandono de crianças, que ficam sozinhas, sem acompanhante no hospital. Foram também citadas as violências psicológicas e sexuais. Na Emergência, parte dos profissionais

relatou saber o que é violência, mas afirmaram que nunca se depararam com uma situação no atendimento deste setor. Os entrevistados mencionaram que a violência é um risco para o desenvolvimento da criança, pois afeta diretamente a sua saúde.

Poucos entrevistados tiveram contato com o tema da violência contra crianças durante a formação profissional. Dentre os dezoito entrevistados, quatorze afirmaram que não tiveram contato com esta temática.

Os profissionais mencionaram que os casos de violência são complexos, necessitando de um olhar abrangente para identificação e abordagem adequadas. Entretanto, relataram sobre a dificuldade de perceber e abordar tais situações, influenciada pela falta de formação adequada. Destacaram que o volume de trabalho assistencial também torna complicado acolher a criança e a família.

O fazer está presente em diferentes manifestações e contextos, tais como a identificação, a comunicação e a intervenção em situações de violência. Diante da identificação da violência, seja por suspeita ou confirmação, os entrevistados apontaram como principal alternativa de intervenção, acionar um profissional capaz de encaminhar este tipo de situação, com destaque para os Médicos, os Assistentes Sociais e as Enfermeiras. Outras intervenções também são realizadas, conforme a área de atuação. Na Emergência e no Ambulatório, referiram que outra alternativa seria a internação do paciente, pois identificam o hospital como um local de proteção capaz de retirar a criança do ambiente de risco. No Ambulatório, destacam que durante as consultas procuram orientar sobre os cuidados à saúde, prevenções, entre outros aconselhamentos que promovam o desenvolvimento saudável dos pacientes. Na Internação é dada ênfase para a atuação de equipe, ao compartilhar informações, que podem ser também obtidas com a própria criança e com familiares de outros pacientes que compartilham a mesma área assistencial. Um profissional relatou que não compartilha situações de violência com

qualquer outro membro da equipe, pois isto configuraria, na sua concepção, uma quebra de sigilo.

Outra alternativa citada foi a comunicação do caso ao Programa de Proteção à Criança, com a possibilidade de contar com a colaboração de outros profissionais mais qualificados para lidar com este problema e capaz de fazer os encaminhamentos necessários. Foram citadas algumas barreiras associadas a esta comunicação, tais como o distanciamento do Programa das áreas de atuação assistencial, o acesso ao próprio Programa e o seu relacionamento com as famílias.

Os entrevistados destacaram que deveria haver uma intervenção mais efetiva entre os diferentes setores, equipes e recursos do hospital envolvidos no atendimento dos pacientes vítimas de violência. Este processo deveria ser integrado. Um dos destaques nas entrevistas foi a referência à falta de retorno das informações sobre as situações de violência encaminhadas.

A abordagem das situações de violência varia desde o envolvimento até o descaso. Uma das possíveis explicações para o não envolvimento frente a situações de violência é o receio dos profissionais associado às consequências de suas ações. Os entrevistados relataram que já sofreram ameaças de supostos agressores, assim como de pais e outros familiares. Especificamente no Ambulatório, o medo também se associa à possibilidade da criança não ser trazida, pelos seus familiares, na próxima consulta.

A desconsideração do problema também foi relatada. Desconsiderar é não valorizar, é não dar continuidade às ações tidas como necessárias para proteger a criança. Alguns entrevistados mencionaram que muitos casos não são levados a diante, mesmo quando alguma situação de violência é identificada.

São reconhecidos como familiares: a mãe, o pai e os avós. A mãe é identificada como a principal pessoa responsável pelas crianças, mas também como a principal agente de violência. Os avós são familiares que assumem determinadas responsabilidades em relação aos seus netos.

Por outro lado, o pai é um membro da família que não é reconhecido pelos profissionais como alguém que assuma responsabilidades, pois é uma figura habitualmente ausente.

A família, na perspectiva ideal dos profissionais, representa o principal fator de proteção às crianças. Assim, uma criança só estará protegida se tiver uma família estruturada, que assegure os devidos cuidados para que a ela cresça e se desenvolva de forma saudável. As medidas de proteção, na visão dos profissionais, devem envolver a família, pois, para proteger o paciente, deve-se agir no entorno dele, relacionando-o às principais pessoas às quais ele está vinculado. Paradoxalmente, os profissionais da área de internação, citam o abrigo como o principal fator de proteção. Alegam, inclusive, que sentem raiva das famílias e que, em função deste sentimento, a principal intenção é afastar a família da criança, inclusive nas atividades intra-hospitalares. Igualmente, afirmaram que quando as crianças não são retiradas do seu convívio familiar, sentem-se decepcionados, sendo que tal decepção dirige-se aos agentes externos, que não garantem um ambiente seguro para os pacientes após a alta.

## **DISCUSSÃO**

A principal manifestação de violência identificada pelos profissionais foi a violência física. Isto pode ser devido ao fato de ser a mais evidente, apesar de não ser a mais frequente na população. A violência física tem uma frequência aproximada de 22% dos relatos notificados às autoridades. A negligência e a violência psicológica são mais frequentes, com 38% e 24%, respectivamente. A violência sexual é responsável por 12% dos casos(12). Uma revisão integrativa de estudos publicados com violência contra crianças no Brasil reitera a negligência como a forma de maus tratos mais frequente (13). Todavia, o Ministério da Saúde afirma que a violência física é subnotificada, mas que é a violência mais identificada nos serviços de saúde (8). A violência se associa a intencionalidade, como forma de diferenciá-la do dano acidental.

A intenção vinculada a uma ação que gera um dano a outra pessoa é que dá a conotação de inadequação ética a ela associada(14).

Cabe salientar que alguns profissionais da internação relacionavam, comonegligência, a falta de condições econômicas, caracterizando-a como uma violência intrafamiliar, gerada principalmente pela mãe. Esta situação se caracteriza, de fato, como uma violência estrutural, e não como negligência familiar (1).

A maioria dos entrevistados não teve contato com o tema da violência na sua formação profissional. Este tema é reconhecido como ausente na formação de profissionais de saúde. Isto acarreta uma fragmentação e uma limitação na própria percepção do que é e das possíveis repercussões associadas à violência(15). Por não conhecerem adequadamente o problema e sua gravidade, uma suspeita de violência, por vezes, é minimizada ou até mesmo descartada diante de outros aspectos presentes no atendimento do paciente.

Em relação ao encaminhamento do problema para outro profissional ou para o Programa de Proteção à Criança, os profissionais afirmaram que, ao compartilhar a informação, poderão realizar uma abordagem mais qualificada e com diferentes perspectivas. O próprio Ministério da Saúde preconiza o atendimento multiprofissional para crianças vítimas de violência (8). Dispor de um Programa de Proteção à Criança em um hospital qualifica esta discussão e indica aos profissionais alternativas de encaminhamentos para as situações de violência constatadas (9).

Duas situações merecem ser comentadas: a obtenção de informações por meio de familiares de outros pacientes e o não compartilhamento de informações entre os membros da equipe por questões de sigilo. Questionar familiares de outros pacientes na busca de informações sobre uma determinada situação envolvendo outra família pode ser questionado desde o ponto de vista da privacidade. Este questionamento pode estimular a curiosidade, pode gerar um estigma associado ao paciente e seus familiares. É diferente de ouvir relatos

espontâneos de outras pessoas que convivem no mesmo ambiente hospitalar. A inadequação está em estimular uma revelação que gera informações nem sempre verídicas. O uso de câmeras de vídeo pode ser adequado, desde que não sejam ocultas. A utilização de monitoramento por vídeo pode ser útil e recomendável, desde que haja uma discussão prévia e individualizada, quanto a sua utilidade e finalidade. O critério de adequação é a proteção associada à obtenção das imagens.

Um único profissional alegou o sigilo como um impedimento para compartilhar informações com seus colegas. Desde o ponto de vista ético, o profissional tem o dever de confidencialidade para as informações que tem acesso em suas atividades. Confidencialidade é o dever de preservar as informações, que podem ser compartilhadas com outros profissionais, que também têm este mesmo dever de proteção, desde que reconheçam que eles necessitam ter acesso, a estas mesmas informações, para atender aos melhores interesses de seu paciente (16).

O receio associado ao ato de revelar uma situação de violência é também descrito em relatos obtidos em outros locais. O medo de ser agredido ou de que a criança seja negligenciada em seu tratamento é igualmente descrito (17). Estas duas justificativas devem ser diferenciadas desde o ponto de vista ético.

A não revelação de uma situação de violência, apenas por medo de ser agredido, pode refletir uma falta de coragem profissional. Coragem que deve ser entendida como a virtude de fazer o que tem que ser feito: nem destemor, que expõe o profissional a riscos demasiados; nem covardia, quando o profissional se exime de suas responsabilidades (18). A beneficência, ou seja, fazer o bem, é um dos princípios norteadores da conduta dos profissionais de saúde (19).

Por outro lado, não revelar para evitar que os pais ou responsáveis abandonem o tratamento da criança, pode ser entendido como uma responsabilidade prospectiva do profissional com o bem estar futuro de seu paciente. A não revelação poderia estar associada a perspectiva de responsabilidade retrospectiva, que se refere a situações já ocorridas. O

profissional ao optar pela responsabilidade prospectiva assume a sua decisão baseado na precaução (20).

Alguns profissionais entrevistados consideram que a relação do hospital com os demais recursos, como o Conselho Tutelar e a Rede de Proteção, é mais um encargo, pois poderá demandar uma sequência de acontecimentos, aos quais não querem se envolver. O não envolvimento também está presente em outros locais e dificulta o encaminhamento adequado deste tipo de demanda social (21,22). Este não envolvimento pode ser caracterizado como falta de alteridade, ao não incluir o outro como objeto de sua consideração, como alguém que tenha importância. Reconhecer o outro, ou seja, assumir a alteridade, gera a noção de corresponsabilidade (23).

O reconhecimento de que as mães têm a dupla característica de proteger e agredir é frequente em múltiplos locais e culturas (24). Os pais não receberam o reconhecimento nem de protetores, nem de agressores. O não reconhecimento dos pais como protetores pode ser creditado a sua baixa frequência no ambiente hospitalar. É incomum o pai ser o acompanhante principal do paciente pediátrico. A ausência do pai como agressor pode ser devida à valorização da violência física nos relatos dos profissionais. Na área da violência, os homens da família são reconhecidos pela sua atuação como agressores sexuais (25,26).

A mesma relação de proteção e agressão estabelecida pelos profissionais em relação à mãe dos pacientes, se reitera em relação às famílias. Existe o reconhecimento que uma família estruturada pode proteger adequadamente uma criança. Por outro lado, o convívio familiar também pode ser um risco tão alto para a criança que a alternativa de afastá-la de seus familiares, ou seja, abrigá-la, pode ser a mais adequada (5).

Constata-se que a percepção e a compreensão dos profissionais de saúde em relação à violência e proteção de crianças são heterogêneas, modificando-se conforme a sua área de atuação.

Verifica-se que as diferenças identificadas podem ser o resultado de múltiplos fatores, envolvendo, por exemplo, os sentimentos pessoais; as experiências pessoais e profissionais; a dinâmica e as condições de trabalho; as relações e a comunicação entre os profissionais; as diferentes formas de contato, aproximação e vínculo com os pacientes e suas famílias; além do conhecimento sobre os recursos que auxiliam na proteção de crianças vítimas de violência. Ocorre que tais diferenças acabam por interferir diretamente na reflexão e no processo de tomada de decisão diante das situações de violência, atingindo, conseqüentemente, a vida e o viver das crianças.

#### Referências

1. Minayo MC de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9–42.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J a, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organ Mund da Saúde. 2002;380.
3. Rossato LA. Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069/90 comentado artigo por artigo. 8ª. Rossato LA, Lépre PE, Cunha RS, editors. São Paulo: Saraiva; 2016.
4. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. RESOLUÇÃO Nº 113, DE 19 DE ABRIL DE 2006. Brasília; 2006.
5. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília; 1990.
6. Ferreira AL, Gonçalves HS, Marques MJV, Moraes SR de S. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. Cien Saude Colet. 1999;4(1):123–30.
7. Pinheiro PS. Estudo do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre Violência contra Crianças. 2006;40.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 104 p.
9. Marques MF, Algeri S, Kapczinski N, Bragatto GJP, Bücker J, Borges RSS, et al. O Programa de Proteção à Criança: uma proposta interdisciplinar na assistência a crianças em situação de violência. In: Azambuja MRF de, Ferreira MHM, editors. Violência sexual contra crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 365–79.
10. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. Rev da AMRIGS, Porto Alegre. 2009;53(1):58–63.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, editors. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Brasil, Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. Balanço das Denúncias de Violações de Direitos Humanos. 2015;
13. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. Cien Saude Colet. 2016 Mar;21(3):871–80.
14. Abelard P. Ethical Writings: “Ethics” and “Dialogue Between a Philosopher, a Jew, and a Christian.” Indianapolis: Hackett Publishing; 1995.
15. Minayo MC de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Cien Saude Colet. 2006;11:1259–67.
16. Francisconi C, Goldim J. Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e da Privacidade. In: Costa S, Garrafa V, Oselka G, editors. Iniciação a Bioética. Brasília: CFM; 1998. p. 269–84.
17. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad Saude Publica. 2002 Feb;18(1):315–9.

18. Pellegrino E, Thomasma D. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press; 1993.
19. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
20. Engels E V. O Desafio das Biotécnicas para a Ética e a Antropologia. *Verit - Rev Filos*. 2004;50(2):205–28.
21. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
22. Moreira GAR, Vieira LJE de S, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama I da S, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Cien Saude Colet*. 2014;19(10):4267–76.
23. Lévinas E. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. 2<sup>a</sup>. Petrópolis: Vozes; 2005.
24. Gebara CF de P, Ferri CP, Bona FM de C, Vieira M de T, Lourenço LM, Noto AR. Psychosocial factors associated with mother–child violence: a household survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Oct;
25. Habigzang LF, Koller SH, Azevedo GA, Machado PX. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicol Teor e Pesqui*. 2005;21(3):341–8.
26. Araújo M de F. Violência e abuso sexual na família. *Psicol em Estud*. 2002;7(2):3–11.

## 8. ARTIGO 2 ORIGINAL EM PORTUGUÊS

### **PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA DINÂMICA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR.**

Gabriela Souza Schumacher<sup>5</sup>, Lucas França Garcia<sup>6</sup>, Márcia Santana Fernandes<sup>7</sup>, José Roberto Goldim<sup>8</sup>

Endereço para correspondência:

Gabriela Souza Schumacher

E-mail: gschumacher@hcpa.edu.br

Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, Centro de Pesquisa Experimental,  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – LAB1221

CEP: 90035-003

Porto Alegre, RS, Brasil

---

<sup>5</sup> Advogada. Mestranda em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>6</sup> Sociólogo. Doutorando em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>7</sup> Advogada. Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>8</sup> Biólogo. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Bioética Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

## RESUMO

**Objetivo:** verificar a percepção e a compreensão das profissionais de saúde em relação à violência e à proteção de crianças e adolescentes atendidos em um hospital geral universitário; e a utilização das redes de recursos intraextra-hospitalares de proteção. **Métodos:** O estudo foi realizado em uma amostra de conveniência de 10 profissionais. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. A avaliação dos dados foi realizada com o programa QSR NVivo®, versão 11, utilizando como referência a Análise de Conteúdo. **Resultados:** Mediante análise de conteúdo, emergiram quatro categorias: compreensão sobre violência contra criança e adolescente; compreensão sobre proteção à criança e ao adolescente; compreensão sobre interdisciplinaridade; e percepção sobre o Programa de Proteção à Criança do HCPA. **Conclusões:** A integração dos diferentes recursos possibilita entender adequadamente o problema, ampliando as alternativas de proteção, consolidando e fortalecendo o trabalho em rede. **Palavras-chave:** Bioética. Violência contra criança e adolescente. Proteção à criança e adolescente.

***ABSTRACT***

**Objective:** to verify the perception and understanding of health professionals regarding violence and the protection of children and adolescents attending a general teaching hospital; And the use of intra- and extra-hospital protection networks. **Methods:** The study was conducted in a convenience sample of 10 professionals. Semi-structured interviews were conducted. The data evaluation was performed with the QSR NVivo ® program, version 11, using as a reference the Content Analysis. **Results:** Through content analysis, four categories emerged: understanding about violence against children and adolescents; Understanding of child and adolescent protection; Understanding of interdisciplinarity; And perception about the HCPA Child Protection Program. **Conclusions:** The integration of the different resources makes it possible to properly understand the problem, expanding the alternatives of protection, consolidating and strengthening networking. **Keywords:** Bioethics, Child Abuse, ChildAdvocacy, DomesticViolence.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Verificar la percepción y comprensión de los profesionales de la salud en relación con la violencia y la protección de los niños y adolescentes en un hospital general; y el uso de los recursos de la red y la protección de hospital extra. **Métodos:** El estudio se realizó sobre una muestra de 10 profesionales. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas. La evaluación de los datos se realizó con el software QSR NVivo®, versión 11, utilizando como referencia el análisis de contenido. **Resultados:** A través del análisis de contenido, emergieron cuatro categorías: comprensión de la violencia contra los niños y adolescentes; comprensión de la protección de los niños y adolescentes; comprensión de la interdisciplinariedad; y la percepción del Programa de Protección Infantil de la HCPA. **Conclusiones:** La integración de los diferentes recursos permite comprender adecuadamente el problema, aumentando las alternativas de protección, consolidación y fortalecimiento de redes. **Palabras clave:** Bioética. La violencia contra los niños y adolescentes. Protección de los niños y adolescentes.

## INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno que assume várias características e gradações, manifestando-se de forma individual ou coletiva, interpessoal ou mediada por estruturas sociais. O fenômeno caracteriza-se pela sua pluralidade, pois inclui manifestações que são decorrentes de processos históricos, políticos e modelos econômicos, podendo produzir exclusão e segregação social, além do processo de naturalização do problema. A violência pode manifestar-se de forma física, psicológica, sexual e/ou mediante negligência e privação de cuidados. Gera diferentes agravos à saúde das vítimas, violando as obrigações de respeito aos direitos humanos e às necessidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes (1–3).

Diante do problema apresentado, a legislação brasileira confere ao sistema de saúde diferentes obrigações, na busca de proteger e restabelecer os direitos violados de crianças e adolescentes vítimas de violência. Tais obrigações envolvem o atendimento integral da saúde da criança e do adolescente. Além disso, traz, como obrigação, a notificação dos casos de suspeita ou confirmação de violência, na busca de acionar a rede de proteção (4).

Destaca-se que o atendimento as crianças e aos adolescentes vítimas de maus-tratos se encontra pouco estruturado em muitos locais do país, sendo insuficiente para a demanda que chega aos serviços de saúde (5). Ainda, a literatura aponta que para conseguir as condições estruturais necessárias, é preciso que as ações profissionais não se restrinjam aos campos disciplinares (6).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em sua dinâmica assistencial, conta com o auxílio do Programa de Proteção à Criança (PPC/HCPA), o qual contribui no atendimento de demandas que envolvem crianças, adolescentes e suas famílias. Tal Programa é composto por profissionais das seguintes áreas: Serviço Social, Psicologia, Psiquiatria, Pediatria, Enfermagem, Recreação e Direito (7,8).

O Programa de Proteção à Criança do HCPA busca fornecer espaços de apoio, suporte e reflexão aos profissionais que estão diretamente no atendimento às crianças e famílias, viabilizando locais permanentes para discussão e aprofundamento dos estudos. Assim, nas situações de violência contra crianças, o PPC/HCPA visa reduzir os agravos físicos, emocionais e sociais que podem ser gerados como consequência do problema. Ainda, objetiva a prevenção de novas situações abusivas por meio de ações e estratégias articuladas com a rede pública e privada, evitando a fragmentação e a sobreposição das intervenções(7).

A Bioética, por definição, é um campo interdisciplinar(9). Desta forma, pode possibilitar um melhor entendimento da percepção, da compreensão e da atuação de profissionais na proteção de crianças vítimas de violência. O objetivo da Bioética não é identificar uma solução ideal para os problemas, mas sim alcançar a melhor solução disponível nas circunstâncias reais(10).

O presente estudo tem como objetivo verificar a percepção e a compreensão das profissionais de saúde, que integram o Programa de Proteção à Criança do HCPA, em relação à violência e à proteção de crianças e adolescentes atendidos em um hospital geral universitário; além de analisar a utilização das redes de recursos intraextra-hospitalares de proteção.

## **MÉTODO**

O estudo foi realizado em uma amostra de conveniência de 10 profissionais integrantes do Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que é um hospital geral público e universitário. Todos os 12 membros deste Programa são do sexo feminino e tem formação em Serviço Social, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Educação Física e Direito. Duas profissionais estavam impossibilitadas de participar no momento da coleta de dados. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas nos diferentes locais de trabalho de cada uma das dez mulheres. Todas as entrevistas foram gravadas e realizadas pelo mesmo pesquisador. Todas as pessoas convidadas aceitaram participar das entrevistas.

A duração das entrevistas variou de 20 a 60 minutos. Foram incluídas perguntas sobre a percepção de violência, o entendimento sobre proteção à criança e interdisciplinaridade, além da percepção sobre o próprio Programa e os demais recursos intra e extra-hospitalares de proteção.

Os dados foram transcritos e não foram codificados. A avaliação dos dados foi realizada com o programa QSR NVivo®, versão 11, utilizando como referência a Análise de Conteúdo (11). As categorias emergiram a partir da avaliação dos dados. Este artigo preenche os critérios estabelecidos pelo COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CAAE 56819916.1.0000.5327). Todas as participantes da pesquisa foram informadas sobre os objetivos do projeto, as formas de abordagem e os interesses dos pesquisadores sobre o tema. Todas consentiram formalmente com utilização dos seus dados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Mediante análise de conteúdo, emergiram quatro categorias: compreensão sobre violência contra criança e adolescente; compreensão sobre proteção à criança e ao adolescente; compreensão sobre interdisciplinaridade; e percepção sobre o Programa de Proteção à Criança do HCPA.

### **Compreensão sobre violência contra à criança e ao adolescente**

As entrevistadas abordaram diferentes questões, envolvendo desde os tipos e manifestações da violência até a forma como este fenômeno atinge suas vítimas.

Em uma perspectiva abrangente do problema foram identificadas as relações de poder e de autoridade do adulto sobre uma criança ou adolescente. Esta relação de poder é desigual e envolve uma intencionalidade de causar um dano à vítima. As profissionais reconhecem este problema como sendo tudo o que ameaça o descumprimento dos direitos fundamentais da

criança e do adolescente. Este descumprimento ultrapassa o limite de respeito à pessoa, que passa a ser vítima.

Em relação à natureza da violência, apontaram o abuso e a negligência. O abuso que pode ser físico, psicológico e sexual, e a negligência, que pode envolver fatores de privação e abandono. Afirmam que o fenômeno, por vezes, se manifesta de forma muito sutil, dificultando a sua identificação.

Desde o ponto de vista da tipologia, as entrevistadas mencionaram a violência interpessoal, principalmente, a intrafamiliar. No entanto, também reconhecem a existência da violência interpessoal comunitária, que é cometida por pessoas de fora da família, como cuidadores e professores, ou até mesmo por desconhecidos. A maioria destas pessoas que cometem violência deveriam estar protegendo a criança e o adolescente.

As profissionais reconhecem a criança ou o adolescente tanto como vítima direta ou indireta. Caracterizam como vítima indireta quando a criança ou adolescente correm o risco de sofrer consequências por estarem expostas a violência sofrida por outrem.

No que tange as consequências, as profissionais dizem que a violência a carrega sérios danos à vítima, impedindo seu desenvolvimento de forma saudável, “liquidando” com as chances da criança crescer e aprender, envolvendo risco até mesmo de morte. Ressaltaram também a vulnerabilidade da criança e a dificuldade que a vítima terá de lidar com as marcas da violência. As entrevistadas alegam que os danos gerados pela violência podem ser visíveis ou não.

A percepção sobre violência relatada pelas profissionais relaciona-se diretamente com dois referenciais teóricos primordiais da Bioética: o Intencionalismo e os Direitos Humanos. O Intencionalismo vincula-se com a intencionalidade da ação de causar um dano, isto é, de gerar a violência(12).

A violência, na fala das entrevistadas, se configura como a destituição de direitos da criança e do adolescente. Percebe-se, assim, a relação com o referencial dos Direitos Humanos, pois, por meio da violência, as crianças ficam destituídas dos direitos individuais, como a privacidade, liberdade e vida, entendida como integridade biopsicossocial. Os direitos coletivos, como saúde, educação e assistência social, também ficam comprometidos. Assim como o direito transpessoal à solidariedade (13).

### **Compreensão sobre proteção à criança e ao adolescente**

Em relação ao que as entrevistadas entendem por proteção à criança e ao adolescente, é necessário apontar, inicialmente, que muitas trazem a questão da reprodução social da violência. Neste sentido, para proteger a vítima, é preciso romper esse ciclo. Para tanto, afirmam que é fundamental entender a dinâmica e o contexto, no qual a criança vive, a sua dinâmica familiar. Alegam que muitas famílias associam violência com educação, e que, portanto, a criança aprende que agir de uma forma violenta é correto. Desta forma, estabelece-se um ciclo que permite a reprodução social da violência. Assim, explicam que é preciso desmistificar esse comportamento, buscando, através da educação, fornecer alternativas para a família, dando suporte para que ocorra uma mudança e conseqüente ruptura do ciclo de violência. No entanto, alegam que há uma grande diversidade de situações, que pode ser demonstrada pela complexidade dos casos. Ressaltam que é preciso criar uma rede de proteção interna do Hospital, bem como acionar a rede externa, visando assegurar as questões sociais, de saúde e legais envolvidas.

Nesta perspectiva, sustentam que o Hospital de Clínicas fornece uma estrutura que, mesmo sendo relativamente restrita, auxilia os profissionais na abordagem e intervenção nestes casos. Desta maneira é possível compreender melhor a situação da criança e da família, oportunizando uma intervenção adequada e capaz de acionar uma rede que cuide dessa criança.

Reconhecem, também, que muitos hospitais não possuem a mesma estrutura do Hospital de Clínicas, o que dificulta na realização de medidas de proteção.

Proteger a criança significa amenizar o sofrimento dela. As profissionais entendem a proteção com um olhar ampliado, ou seja, em uma abordagem mais abrangente, que reconheça as carências da criança e do adolescente, seja no aspecto físico, mental, emocional ou social, e que, a partir deste reconhecimento haja alguma intervenção. Entendem proteção como a realização de medidas que garantam os direitos das crianças e adolescentes que estão previstos tanto na Constituição Federal, como no Estatuto da Criança e do Adolescente. Tais medidas são obrigações tanto do Estado, como da família e da sociedade. Todavia, indicam a dificuldade de intervenção quando o problema é sutil e, por vezes, não identificado adequadamente. Por fim, trazem a frustração de quando, mesmo com a intervenção, as coisas não dão certo.

Proteger é incluir o outro como objeto das minhas preocupações, isto é o que propõe a Alteridade. Este referencial é o que tem maior adequação com os relatos dados nas entrevistas e que foram incluídos nesta categoria (14). Proteger é se responsabilizar pelo outro, tanto no sentido retrospectivo quanto no prospectivo. A responsabilidade retrospectiva busca a causa, identifica o que acarreta as situações de violência vivida pela criança. Por outro lado, a responsabilidade prospectiva dá ênfase na precaução, na busca de evitar que estas situações voltem a ocorrer (15).

### **Compreensão sobre interdisciplinaridade**

No que tange à compreensão do que seria interdisciplinaridade, as entrevistadas respondem que seria um cruzamento de conhecimento entre os profissionais, mas que a formação diferente não basta, é necessário que os profissionais tenham uma abertura, que

reconheçam que sozinhos não irão resolver o problema. Alegam que é preciso ter humildade para a interdisciplinaridade funcionar, que alguns profissionais conseguem desenvolver isso e outros não. Afirmam, também, que interdisciplinaridade seria diferentes profissões agirem em conjunto, compartilhando conhecimentos, e que, a partir dessa relação, se estabeleçam objetivos comuns, que beneficiem a criança. Mencionam sobre a igualdade e o respeito entre os diferentes conhecimentos, entre as diferentes profissões. Assim, ponderam que não há um saber que seja superior ao outro, que são complementares.

Entretanto, pontuam que na dinâmica do Hospital, muitos profissionais não acreditam na abordagem interdisciplinar, acreditam que seja uma “perda de tempo”, porém, afirmam que tal ideia acaba atrapalhando no encaminhamento dos casos, acaba excluindo a proteção da criança por algo que não tem lógica. Por outro lado, uma das profissionais compreende a interdisciplinaridade como uma intervenção multiprofissional, na qual todo mundo pode fazer o trabalho do outro em um determinado momento.

Na visão das entrevistadas, mesmo que a abordagem interdisciplinar não funcione, mesmo que não tenha o desfecho esperado, quando se age em conjunto, se realiza uma intervenção em prol do paciente, ou seja, há, pelo menos, uma tentativa de proteger a criança e o adolescente.

Refletindo sobre como a perspectiva interdisciplinar auxilia nos casos de violência contra criança e adolescente, as entrevistadas afirmam que não há como trabalhar nestes casos de forma isolada, portanto, a interdisciplinaridade é algo necessário e fundamental nestas situações. Sustentam que pela gravidade, complexidade, bem como pelo impacto que tais casos podem causar tanto na vítima, como nos profissionais que lidam com esses problemas, é muito difícil agir isoladamente de forma efetiva sobre as situações de violência contra criança. Neste sentido, apontam que mesmo o profissional mais bem preparado, tanto em uma perspectiva

técnica, quanto emocional, não consegue sozinho resolver o problema, pois é muito difícil, é uma carga muito grande para um profissional somente.

Seguidamente, trazem que agir interdisciplinar e conjuntamente, é um suporte para enfrentar a realidade, ajuda a elaborar melhor a situação do abuso e da violência. Afirmam que a possibilidade de compartilhar saberes, de agir de forma interdisciplinar, atinge o resultado dos casos, tornando-o mais efetivo. Relatam, também, que a interdisciplinaridade auxilia na compreensão do problema, possibilita enxergar o paciente como um todo, a totalidade do caso. Além disso, afirmam que tal questão dá segurança ao profissional, pois este sabe que terá o apoio de outras áreas que também estarão envolvidas no atendimento da criança que sofre violência.

Ainda, argumentam que, muitas vezes, o paciente ou os responsáveis contam uma história diferente para cada profissional, sendo que, por vezes, as histórias não coincidem. Porém, por meio de uma abordagem interdisciplinar, é possível observar que as histórias, mesmo diferentes, possuem pontos de contato que permitem que elas se complementem. Uma das participantes destacou que tal ação é melhor estruturada quando se age de forma intersetorial, relacionando o Hospital com as unidades de saúde, com o conselho tutelar e o sistema de justiça. A ação entre estes diferentes setores possibilita fornecer maior número de alternativas para a família, alternativas que se enquadrem na realidade e no contexto da própria criança e de sua família.

A necessidade de refletir sobre a interdisciplinaridade se impõe, uma vez que a interdisciplinaridade é a base do pensamento bioético. Todas as buscas de justificativas para avaliar a adequação ou não de uma ação passam pela possibilidade de compartilhar diferentes saberes. Fazer uma ação interdisciplinar não eliminar as fronteiras entre as diferentes disciplinas, mas sim permitir o estabelecimento de múltiplas interfaces, que geram a possibilidade de saberes emergentes. A prática interdisciplinar pressupõe que haja um objetivo

comum, um vocabulário harmonizado e um reconhecimento das diferentes competências de cada um dos membros do grupo. A interdisciplinaridade ocorre entre pessoas, necessita do diálogo para se efetivar (16).

### **Percepção sobre o Programa de Proteção à Criança do HCPA**

Inicialmente, as entrevistadas apontam que o Programa de Proteção à Criança auxilia no encaminhamento dos casos, que sentem um suporte na equipe, não se sentem sozinhas e não sentem medo no momento de enfrentar o problema. Elas sabem que existe a possibilidade de compartilhar, compreender e refletir sobre o fato. Uma participante afirmou que há uma “divisão de forças”, no sentido de potencializar os esforços.

O Programa, que é institucional, é uma referência, não só para o atendimento dos casos, mas também para consultorias, orientações e ajuda em abordagens diárias, ou seja, é um suporte para os profissionais.

O encaminhamento dos casos ao Programa permite uma abordagem mais abrangente e complexa, é possível discutir e refletir por meio de diferentes olhares, considerando os melhores encaminhamentos possíveis, a partir das potencialidades e vulnerabilidades da criança e da família. Esta abordagem amplia a visão clínica, que alguns profissionais tem como única perspectiva, para uma perspectiva biopsicossocial.

As entrevistadas destacaram o modo como a coordenadora do Programa contribui no entendimento e percepção do grupo sobre o tema, ao fornecer materiais, repassar informações sobre eventos e organizar seminários que tratem sobre os aspectos técnicos e teóricos do problema. Afirmam, ainda, que esta contribuição se estende para além do grupo, pois, sempre que possível, ela discute e orienta outros profissionais.

As profissionais reconhecem a importância do Programa na interação com os diferentes setores envolvidos na proteção de crianças e adolescentes, com destaque para o Judiciário. Muitos casos de crianças vítimas de violência acabam indo para o Sistema de Justiça. A contribuição de um testemunho de um profissional que integra o Programa é muito mais qualificada, pois é resultado de todo um acompanhamento do paciente, desde a identificação da situação até a avaliação das consequências associadas. Os relatórios que são encaminhados pelo Programa são muito mais completos do que aqueles enviados por profissionais que atuam sozinhos ou por estabelecimentos que não contam com o mesmo suporte. Estes relatos mais completos permitem compreender melhor a história da criança, assim como uma melhor comunicação entre os setores. Os relatórios preservam informações e possibilitam um melhor entendimento de toda a situação envolvendo aquela criança. Além do Sistema de Justiça, as entrevistadas trazem que é fundamental a comunicação com as escolas, na busca de integrar todos os atendimentos que cercam a criança.

Foram destacadas algumas barreiras na dinâmica do Programa de Proteção, bem como dos demais profissionais que atuam na instituição. O desconhecimento do Programa ou a dificuldade de acesso ao mesmo foram destacados. Muitos profissionais identificam o Programa apenas com a coordenadora ou com Serviço Social, quando qualquer um dos membros pode servir para encaminhar situações de violência identificadas. A isto se soma a percepção de que deveria haver mais interesse e responsabilidade por parte dos profissionais que não integram o Programa. O encaminhamento do caso ao Programa, não se trata de transferência de responsabilidade, mas sim de uma ação conjunta. A melhor divulgação do Programa, assim como a integração com os demais profissionais, possivelmente traria melhores resultados.

Entre os membros da equipe de proteção, há cada vez mais incentivo para a notificação, mas isso não depende somente do grupo, pois nem todos os casos chegam até o Programa.

Muitos casos ainda não são notificados, por não serem identificados, por não serem valorizados ou pelo simples descaso. Muitos casos não são encaminhados para o Programa pelo desconhecimento dos profissionais ou porque não valorizam o trabalho da equipe de proteção. Algumas equipes médicas acreditam, que podem resolver este tipo de situação sozinhas, sem a colaboração de outras instâncias. Outro fator para não notificar é a possibilidade de que, a partir desta notificação, o paciente permaneça mais tempo hospitalizado, não desocupando o leito.

As entrevistadas mencionam que é muito difícil para os profissionais se deparar e pensar em como agir diante de situações de violência contra criança. Afirmam que se surpreendem quando observam preconceito por parte dos profissionais. Existem, também, profissionais que tem medo de se envolver neste tipo de situação, pois a sequência de ações pode se estender para além do hospital. Foi destacado que alguns profissionais sofreram ameaças, agressões físicas ou verbais, além de processos judiciais, o que gera incerteza e insegurança no momento de abordar e enfrentar a situação. Outros, por sua vez, não se envolvem e não levam adiante, pois seria um ônus, uma incumbência a mais para cumprir. Por fim, dizem que muitos profissionais se sentem sozinhos, sem apoio em suas equipes, e, portanto, não encaminham os casos.

Seguidamente, relatam sobre o retorno dos casos. Alegam que tentam dar respostas e informações, retornar para quem realizou o encaminhamento, mas que isso não ocorre de forma sistemática e organizada. Neste sentido, ressaltam que, por vezes, o debate dos casos fica apenas entre o grupo do Programa, prejudicando a compreensão dos profissionais que encaminham as situações sobre o que ocorre, pois estes não têm acesso à tomada decisão, nem ao que é feito em relação ao problema. No entanto, trazem, novamente, que alguns profissionais não têm interesse nesta contrapartida, que encaminham para o Programa de Proteção como uma forma de não se envolver com o problema.

Ainda, em suas respostas, refletem sobre a capacitação dos profissionais, tanto os que integram, como os que não integram o Programa de Proteção. Em relação à equipe, pontuam

que são referência, e que, portanto, deveriam estar mais qualificados, não só no plano teórico ou técnico, mas, também, no aspecto emocional e psicológico. Sustentam este argumento, uma vez que os casos de violência são extremamente complexos, sendo assim, devem ter uma boa base teórica e técnica para não tomar decisões pautando-se no senso comum. Alegam que isto ocorre com frequência, que há julgamento moral e defesa de ideias com base apenas no senso comum, sem raciocínio crítico e decisões no plano racional. Pontuam que a tomada de decisão e reflexão dos casos também são questões vinculadas ao plano emocional e psicológico, assim, mencionam que as integrantes do Programa devem pensar e ponderar o que a violência significa para cada uma, e que tal reflexão deve ser feita em um espaço de troca, algo que vá além das discussões dos casos, pois este tema, principalmente vinculado à criança, é muito difícil e pode gerar diferentes sentimentos. Desta forma, por meio deste espaço de troca, será possível conhecer e interagir melhor com as integrantes do grupo.

Na mesma perspectiva, ponderam que para trabalhar com estes casos é preciso ter uma boa estrutura emocional para não se perder, para não pessoalizar, pois estão lidando com o sofrimento do próximo e a tendência é, rapidamente, tomar um partido, estabelecendo quem é a vítima e o agressor. No entanto, sustentam que este comportamento maniqueísta e condenatório não é função do Programa de Proteção, pois para a criança o suposto agressor é o pai, a mãe, a pessoa que ela pode ter como referência, que é importante na vida dela. Assim, por mais que se tenha que realizar determinadas medidas, não cabe ao grupo ficar julgando as pessoas, pois a família se sente ameaçada, dificultando o vínculo de confiança com o profissional.

Ainda no aspecto de capacitação, assinalam que os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes deveriam estar mais preparados para lidar com situações de violência, possibilitando uma identificação e abordagem qualificadas. Trazem que tal capacitação poderia ser feita pelo Programa de Proteção. Sustentam, também, que os residentes deveriam ter um

contato obrigatório com o Programa, para que estes tenham o compromisso de constatar, aprender e analisar o trabalho realizado nestas situações.

Retomando as questões de julgamento e senso comum, algumas entrevistadas afirmam que este tipo de perspectiva demonstra uma visão fragmentada, a qual impossibilita proteger a criança, uma vez que impede compreender a totalidade da situação. Desta forma, mencionam que algumas profissionais do próprio grupo têm dificuldade no trato com os familiares e até com algumas crianças, acreditando que estes não participam ou não cumprem com os acordos estabelecidos apenas porque não querem. Existe até mesmo, em algumas situações, uma culpabilização da própria criança vítima de violência. Assim, alegam que algumas profissionais não têm empatia e não conhecem a realidade social, o que interfere no entendimento sobre a complexidade e abrangência da violência, bem como na concretização de ações que coloquem em prática o verdadeiro significado do termo saúde em suas características biopsicossociais. Uma das participantes relatou que há, até mesmo, uma certa naturalização da violência por parte de algumas profissionais integrantes do Programa. Isto pode ser talvez explicado pela frequência com que estas profissionais são expostas à estas situações, o que acarreta uma redução no impacto associado a cada novo episódio relatado.

Posteriormente, pontuam que a construção do espaço não é coletiva, e que isto interfere na produção de ações interdisciplinares. Ocorreram relatos de desconforto em participar das próprias atividades, por não terem a possibilidade de se expressarem, salvo em relação às questões operacionais. Ainda nesta perspectiva, alegam que as intervenções nem sempre são interdisciplinares, ocorrendo, por vezes, uma relação de poder entre as profissões dentro do Programa. Mencionam que este tipo de atitude bloqueia o grupo, mantendo-o fechado e sem a possibilidade de repensar propostas de abordagem e intervenção.

Em uma perspectiva jurídica, mencionam que muitos profissionais de saúde não realizam o encaminhamento ou a notificação, pois querem ter certeza se o caso é uma situação

de violência, buscando indícios que sustentem essa dúvida. A lei estabelece que não é função do profissional de saúde investigar a situação e, quando houver uma suspeita, já deve haver o encaminhamento e a notificação para acionar os demais setores responsáveis por isso. Entretanto, reconhecem que essa orientação da legislação é desconhecida por muitos profissionais, ocasionando a subnotificação.

As diferentes questões apontadas pelas profissionais, tanto nos aspectos positivos, quanto negativos, devem ser consideradas, pois afetam a compreensão do problema e das situações que serão analisadas, bem como na reflexão das diferentes alternativas e decisões que podem ser tomadas, interferindo diretamente na vida e no viver das crianças e adolescentes.

Esta categoria evidencia a necessidade de haja uma efetiva ação interdisciplinar, e não apenas multiprofissional. O preconceito, o desconhecimento das questões legais, a hierarquização das equipes são impedimentos para uma prática mais efetiva. O princípio da Justiça estabelece o dever de não discriminar, de não estabelecer desigualdades. Ele deve ser preservado na relação dos profissionais com os pacientes, com as famílias e entre si (17). A Alteridade também é um referencial que se aplica a estas situações descritas. Em muitas delas existe a destituição do outro, existe uma suposta neutralidade ou indiferença frente a este tipo de sofrimento (14). Esta indiferença pode aparentemente servir como desculpa para se auto-proteger, mas na realidade é um acobertamento de uma situação que deveria ser encaminhada. A capacitação dos profissionais de saúde sobre este tema pode melhorar a sua compreensão e ampliar a abrangência das ações para além do hospital.

## **CONCLUSÃO**

A partir da análise destas quatro categorias, foi possível identificar que as participantes do estudo têm uma perspectiva abrangente e integrada em relação à percepção de violência contra crianças e a sua proteção. No entanto, há um processo de naturalização das situações de violência, o que pode interferir na compreensão dos problemas identificados.

Ainda, observa-se que o conceito de interdisciplinaridade é entendido de diferentes maneiras, inclusive se confundindo com uma proposta apenas multiprofissional de atuação. Mediante as falas das entrevistadas, constatou-se que a prática das participantes não evidencia uma atitude efetivamente interdisciplinar, que poderia potencializar ainda mais as atividades do Programa de Proteção à Criança e ao Adolescente e gerar maior integração com as demais áreas assistenciais.

No que tange aos recursos de proteção, verifica-se que o encaminhamento dos casos de violência contra crianças e adolescente ao PPC/HCPA auxilia no acesso aos recursos intra-hospitalares e à rede de proteção, especialmente em relação ao Sistema de Justiça. Desta forma, verifica-se que a integração dos diferentes recursos possibilita entender adequadamente o problema, ampliando as alternativas de proteção, consolidando e fortalecendo o trabalho em rede.

## REFERÊNCIAS

1. Deslandes SF, Assis SG de, Santos NC dos. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 43–77.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J a, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organ Mund da Saúde [Internet]. 2002;380. Available from: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
3. Pinheiro PS. Estudo do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre Violência contra Crianças. 2006;40. Available from: [https://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo\\_PSP\\_Portugues.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/Estudo_PSP_Portugues.pdf)
4. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. [Internet]. Brasília;

1990. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)
5. Njaine K, Ferreira AL, Lopes Neto AA, Silvany CMS, Souza ER de, Silva KH, et al. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. Rio Janeiro Soc Bras Pediatr. 2001;40.
  6. Gomes R, Junqueira M de FP da S, Silva C de O, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2002;7(2):275–83. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  7. Marques MF, Algeri S, Kapczinski N, Bragatto GJP, Bücken J, Borges RSS, et al. O Programa de Proteção à Criança: uma proposta interdisciplinar na assistência a crianças em situação de violência. In: Azambuja MRF de, Ferreira MHM, editors. Violência sexual contra crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 365–79.
  8. Algeri S, Almoarqueg SR, Marques MF. Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro. Rev HCPA [Internet]. 2007;27(2):57–60. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/2043/1162>
  9. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. Rev da AMRIGS, Porto Alegre. 2009;53(1):58–63.
  10. Morreim EH. Philosophy lessons from the clinical setting: Seven sayings that used to annoy me. Theor Med [Internet]. 1986 Feb;7(1):47–63. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF00489423>
  11. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, editors. São Paulo: Edições 70; 2011.
  12. Abelard P. Ethical Writings: “Ethics” and “Dialogue Between a Philosopher, a Jew,

- and a Christian” [Internet]. Indianapolis: Hackett Publishing; 1995. Available from:  
<https://books.google.com.br/books?id=nVZ0AgAAQBAJ>
13. Bobbio N. A Era Dos Direitos [Internet]. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=sIlwViT8vJ8C>
  14. Lévinas E. Entre nós: ensaios sobre a alteridade [Internet]. 2<sup>a</sup>. Petrópolis: Vozes; 2005. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=GR1NAQAACAAJ>
  15. Engels E V. O Desafio das Biotécnicas para a Ética e a Antropologia. Verit - Rev Filos. 2004;50(2):205–28.
  16. Goldim JR. Bioética e Interdisciplinariedade. Educ Subjetividade Pod. 1997;(4):24–8.
  17. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. [Internet]. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. Available from:  
<https://books.google.com.br/books?id=1i-WZeYTqicC>

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos que tratam sobre o tema proposto, é possível observar a amplitude e a complexidade da violência contra crianças e adolescentes. Os diversos tipos e manifestações da violência, reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde, por si só ou ao se relacionarem, evidenciam o caráter polissêmico, controverso, polêmico, múltiplo, dinâmico e complexo do problema.

Pesquisas de diferentes áreas do conhecimento demonstram as inúmeras consequências que a violência pode gerar na saúde e no desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como, revelam dados que permitem perceber, parcialmente, a extensão do fenômeno. Diga-se parcialmente, uma vez que poucos casos são devidamente descobertos e registrados; isso ocorre, pois a violência contra crianças e adolescentes é frequentemente aceita socialmente, tendo em vista os padrões culturais que se consolidaram ao longo da história.

Considerando a violência como um problema de saúde pública, os profissionais de saúde cumprem um importante papel na intervenção sobre o fenômeno e na proteção das vítimas. Tal atribuição é reconhecida por lei, ao passo em que refere como obrigatória a notificação, pelos profissionais de saúde, dos casos de suspeita ou confirmada situação de violência contra crianças e adolescentes.

Entretanto, a partir do presente trabalho, pode-se constatar que o atendimento hospitalar de crianças e adolescentes em situação de violência, por vezes, se apresenta de modo precário. Tal precariedade surge da limitação e fragmentação que os profissionais de saúde demonstram em relação à percepção e à compreensão da violência e proteção sobre crianças e adolescentes.

A limitação e a fragmentação de compreensão e percepção sobre o problema e sobre a intervenção são decorrentes de múltiplos fatores, os quais associam-se aos sentimentos, às experiências, aos vínculos, à dinâmica e às condições de trabalho, às relações e à comunicação entre os profissionais, além do conhecimento sobre os recursos que podem auxiliar no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Igualmente, cumpre destacar, que poucos profissionais tiveram contato com o tema durante a sua formação profissional, o que também interfere sobre o entendimento do problema.

Todavia, no que se refere às profissionais que integram o Programa de Proteção à Criança, foi possível identificar que a compreensão e a percepção destas profissionais sobre o problema e sobre a proteção de crianças e adolescentes é mais abrangente e inclusiva. Tendo em vista que analisam as situações por meio de diferentes olhares e conhecimentos, as

profissionais do Programa de Proteção demonstram, em suas falas, uma maior apropriação do tema; que, conseqüentemente, auxilia na identificação, abordagem e intervenção sobre os diferentes casos de violência.

No que tange à utilização da rede de recurso intra-hospitalar de proteção, verificou-se, mediante a fala dos profissionais, um sistema pouco integrado e sistemático, que se revela pela falta de ações coordenadas e organizadas entre os diferentes setores, equipes e recursos do hospital. Este sistema de atuação pouco estruturado e harmonizado acaba por prejudicar o encaminhamento dos casos de violência para o Programa de Proteção à Criança, principal recurso de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Em relação à utilização da rede de recurso extra-hospitalar de proteção, pode-se observar que a existência do Programa de Proteção à Criança na dinâmica de atendimento hospitalar, possibilita uma interação mais qualificada entre os diferentes setores envolvidos na proteção de crianças e adolescentes, com destaque para o Sistema de Justiça. A comunicação adequada entre os diferentes setores permite ampliar as alternativas de intervenção sobre o problema, possibilitando uma ação de proteção mais efetiva e eficiente sobre a criança ou adolescente que estiver em situação de violência.

Os diferentes aspectos bioéticos identificados possibilitaram avaliar a forma como a compreensão e a percepção dos profissionais entrevistados refletem no atendimento hospitalar dos casos de violência envolvendo crianças e adolescentes. Estes aspectos evidenciaram justificativas para determinadas ações, adequadas ou não, que envolviam a vida e o viver dos pacientes, crianças e adolescentes, vítimas de violência.

Por fim, mediante a apresentação deste trabalho, reforça-se o reconhecimento da violência contra crianças e adolescentes como um problema complexo, que necessita, para sua percepção e compreensão, de uma reflexão interdisciplinar e compartilhada. Ainda, destaca-se sobre a importância dos profissionais de saúde na proteção da criança e do adolescente vítima de violência, visto que suas ações interferem diretamente na saúde e no desenvolvimento das vítimas, podendo restabelecer os direitos prejudicados pela violência.

## **10. PERSPECTIVAS FUTURAS**

A partir dos resultados descritos, sugere-se uma capacitação dos profissionais que atendem crianças e adolescentes, a qual aborde violência e proteção à crianças e ao adolescente. Tal capacitação pode especificar os diferentes tipos e natureza da violência reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde, bem como a importância da notificação e da ação em rede, que possibilita proteger crianças e adolescentes vítimas de violência.

Seguidamente, consideramos a necessidade de uma maior divulgação interna do Programa de Proteção à Criança do HCPA. Desta forma, a possibilidade de divulgação permitirá que diferentes profissionais busquem este suporte, auxiliando na comunicação entre os diferentes setores e profissionais que atuam no Hospital.







Figura 8: Nuvem de palavras– Internação

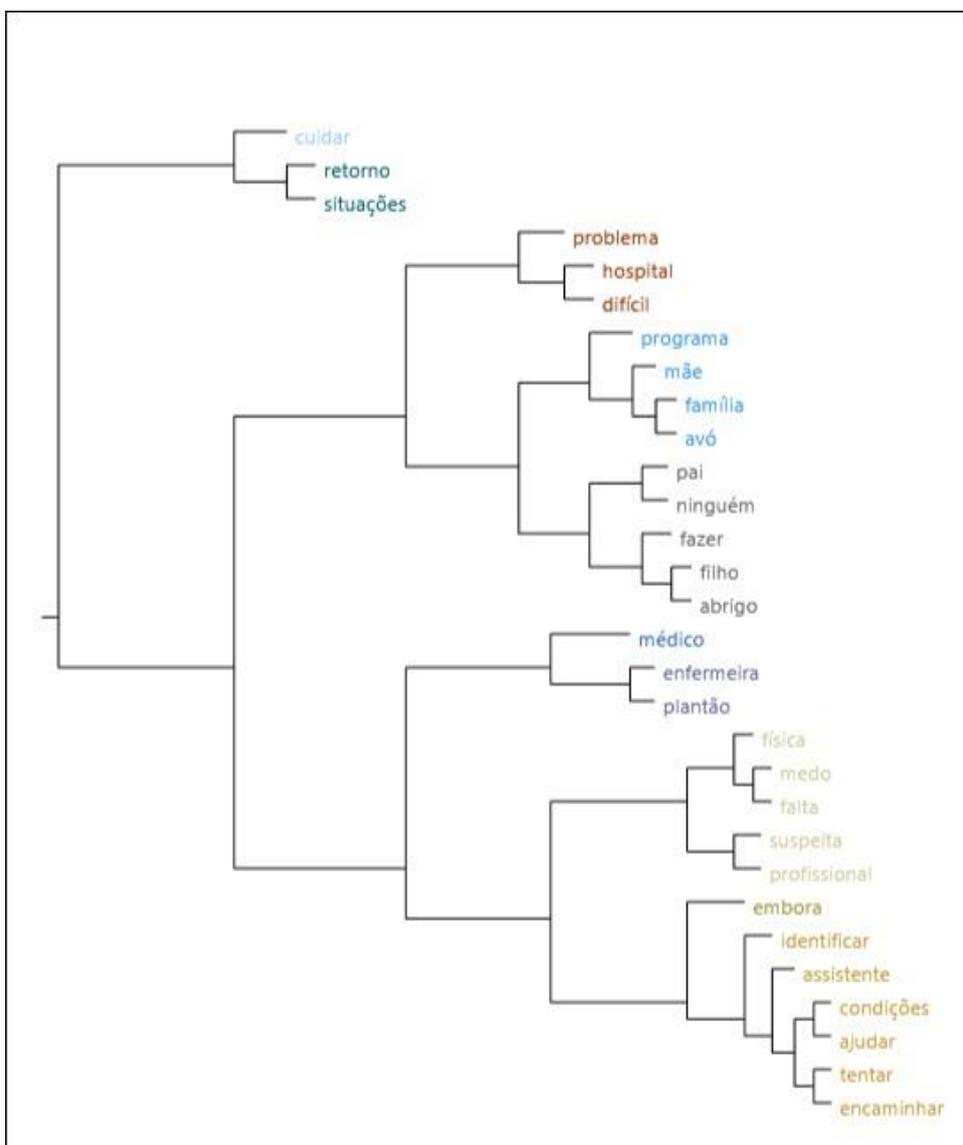


Figura 9: Cluster – Internação

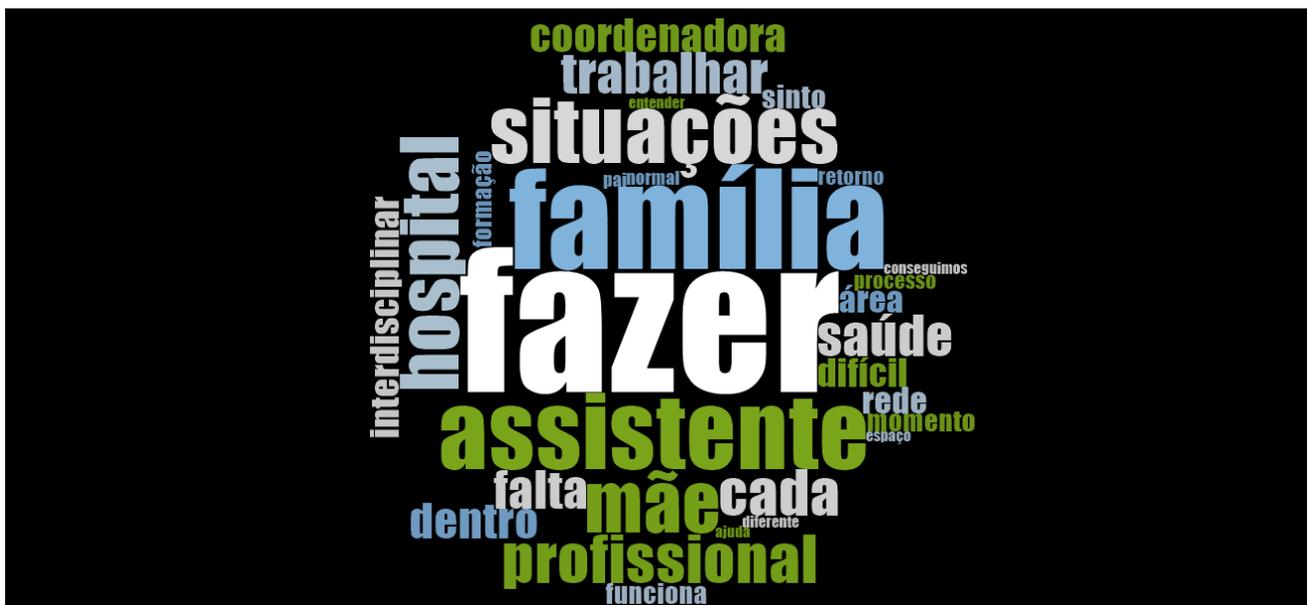


Figura 10: Nuvem de palavras– Programa de Proteção à Criança HCPA

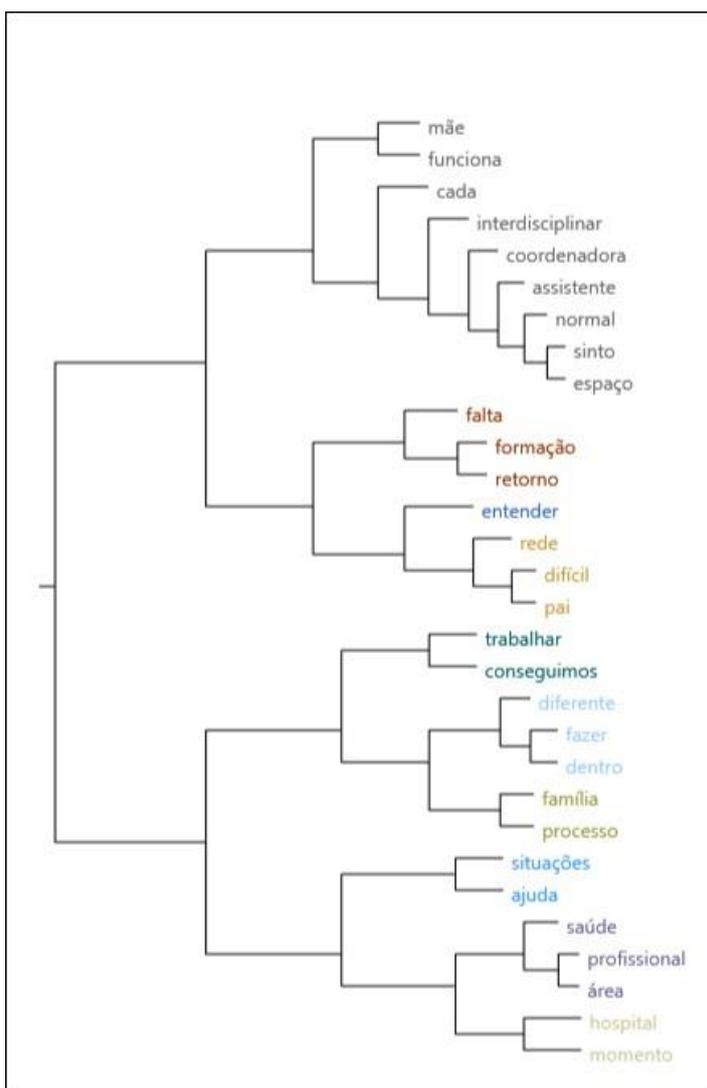


Figura 11: Cluster – Programa de Proteção à Criança HCPA

**ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM COM POTENCIAL ATENDIMENTO DE PACIENTES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES, EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.**

Profissão: \_\_\_\_\_

Serviço do HCPA no qual atua: \_\_\_\_\_

- 1) Como profissional do HCPA, o que você realiza para proteger um paciente, criança ou adolescente, que estiver em uma suspeita ou confirmada situação de violência?
- 2) Tendo em vista a pergunta anterior, na sua opinião, quais são os motivos que impedem ou incentivam a concretização de ações de proteção à crianças e adolescentes, realizadas no HCPA?
- 3) Você conhece o Programa de Proteção à Criança do HCPA?
- 4) Na sua concepção, de que forma o Programa de Proteção à Criança do HCPA interfere nos casos de violência contra crianças e adolescentes vinculados a este hospital?
- 5) Você teve contato com a temática da violência contra crianças e adolescentes durante a sua formação?
- 6) O que você entende por violência contra criança ou adolescente?
- 7) O que você entende por proteção a crianças e adolescentes?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADO AOS PROFISSIONAIS QUE INTEGRAM  
O PROGRAMA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA DO HCPA.**

Profissão: \_\_\_\_\_

- 1) Há quanto tempo você integra o Programa de Proteção à Criança?
- 2) O que motivou você a participar do Programa de Proteção à Criança?
- 3) Você teve contato com a temática da violência contra crianças e adolescentes durante a sua formação?
- 4) O que você entende por violência contra crianças e adolescentes?
- 5) O que você entende por proteção a crianças e adolescentes?
- 6) O que você compreende por interdisciplinaridade?
- 7) De que forma a abordagem interdisciplinar auxilia no enfrentamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes?
- 8) Qual a importância do Programa de Proteção à Criança do HCPA no processo de abordagem e enfrentamento das situações de violência contra crianças e adolescentes?

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE \_\_\_\_\_

Título do Projeto: A abordagem e o enfrentamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes encaminhados ao Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: uma perspectiva bioética.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a abordagem e o enfrentamento de casos de violência encaminhado ao Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Responder a um roteiro de entrevista, o qual será gravado (voz). Sendo que tal gravação somente será acessada pela pesquisadora e seu orientador, respeitando as questões de sigilo do participante.

Poderá haver um possível desconforto ao responder o roteiro de entrevista, diante da sensibilidade da temática.

Não haverá benefícios diretos decorrentes da participação na pesquisa. No entanto, sua participação contribuirá na construção do conhecimento sobre o problema apresentado na pesquisa.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Gabriela Souza Schumacher, pelo telefone (51) 33597615, com o pesquisador José Roberto Goldim, pelo telefone (51) 33597460 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

---

Nome do participante da pesquisa

---

Assinatura

---

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

---

Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

### COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 160355

**Data da Versão do Projeto:** 11/07/2016

**Pesquisadores:**

JOSE ROBERTO GOLDIM

MARCIA SANTANA FERNANDES

**Título:** A ABORDAGEM E O ENFRENTAMENTO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENCAMINHADOS AO PROGRAMA DE PROTEÇÃO À CRIANÇA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA.

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 28 de julho de 2016.

  
Prof. Eduardo Randolfi Passos  
Coordenador GPPG/HCPA