

Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER

A Criança Vítima de Violência Física sob a Ótica do Sistema Público de Saúde - DF

Julyana Ananda Lima Batista

Brasília  
Julho – 2007

Julyana Ananda Lima Batista

A Criança Vítima de Violência Física sob a Ótica do Sistema Público de Saúde - DF

Monografia apresentada como  
trabalho de conclusão de curso,  
do curso de graduação em  
Serviço Social/UnB.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia Pinto Leal

Brasília  
Julho – 2007

Este trabalho de monografia foi aprovado pela seguinte banca examinadora:

---

Professora Dra. Maria Lúcia Pinto Leal.

Presidente da banca.

Instituto de Ciências Humanas – Universidade de Brasília.

---

Professor Mário Ângelo Silva.

Instituto de Ciências Humanas – Universidade de Brasília.

---

Professora Patrícia Pinheiro

Instituto de Ciências Humanas – Universidade de Brasília.

Dedico este trabalho a minha avó, Claudete Lopes Lima, pois acreditou em meus sonhos, e lutamos juntas.

Agradeço a atenção e companheirismo da minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia Pinto Leal, não só por ter me acompanhado durante toda a trajetória de elaboração, mas pela profissional que é, cuja paixão e satisfação com que trabalha se torna contagiante.

## **RESUMO**

O presente trabalho de conclusão de curso que tem como objeto a “Análise Diagnóstica do Atendimento do Sistema Público de Saúde no Distrito Federal junto à Criança Vítima de Violência Física” objetiva produzir uma avaliação dos programas de atendimento da rede pública do Distrito Federal por meio da Portarias GM/MS nº. 737 de 16/05/01 que regulamenta a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a Portaria 1968/GM de 16/10/01 que dispõe sobre a notificação de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança e adolescente. A questão da violência física é uma problemática social e também do Setor Saúde. Para se chegar a tal objetivo analisamos os programas de saúde do Distrito Federal e como estes se apropriam das portarias citadas acima, que norteiam as ações. Apresentamos propostas de melhorias para os mesmos, a fim de possibilitar adequações no atendimento da infância vitimizada nas entidades de saúde, já que é nesta área que a agressão física encontra-se materializada em lesões e traumas. Acrescentam-se então mais um desafio para a intervenção do Setor Saúde: romper com a prática da violência física contra a criança no Distrito Federal.

## LISTA DE SIGLAS

CAESB – Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal

CF – Constituição Federal

CODEPLAN – Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central

CT – Conselho Tutelar

DEAM – Delegacia de Atendimento à Mulher

DF – Distrito Federal

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Econômicos

DPCA – Delegacia de Proteção a Criança e ao Adolescente

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MS – Ministério da Saúde

NEPAV – Núcleo de Prevenção a Acidentes e Violências

PAV – Programa de Prevenção a Acidentes e Violências

PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PEA – População Economicamente Ativa

PED – Pesquisa de Emprego e Desemprego

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

RA – Região Administrativa

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEAS – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SER – Serviço Social

SIH – Serviço de Informações Hospitalares

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

VIJ – Vara da Infância e Juventude

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO.....  | 08 |
| CAPÍTULO 1 – Panorama da Questão da Violência Física contra a Criança.....   | 13 |
| CAPÍTULO 2 – A Violência sob a perspectiva da Saúde.....   | 28 |
| CAPÍTULO 3 – Caracterização Sócio-Demográfica do Distrito Federal.....   | 37 |
| CAPÍTULO 4 – Panorama do Sistema de Saúde Pública do Distrito Federal .....  | 43 |
| CAPÍTULO 5 – Conhecendo os Programas e Diretrizes da PNRMAV (Portaria GM/MS nº. 737 de 16/05/01) e a Portaria 1968/GM de 16/10/01..... | 49 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 60 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 64 |
| ANEXOS.....  | 69 |

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a análise diagnóstica do atendimento da rede pública de saúde do Distrito Federal no combate à violência física contra a criança.

O tema desta pesquisa surgiu durante o estágio realizado, no ano de 2005, na Entidade Assistencial Casa de Ismael, na Asa Norte – DF, que abriga crianças e adolescentes. Durante este período de vivência profissional, o que mais me chamou a atenção foi o fato de que a permanência de várias crianças era obrigatória, em razão de elas terem sofrido violência por parte de seus genitores, todavia, embora o abrigo fosse necessário para a proteção delas, as práticas violentas continuavam sendo reproduzidas nas relações interpessoais da Instituição (seja entre elas ou entre abrigados e funcionários), sendo que as crianças e adolescentes ainda eram vítimas da violência física, sexual e psicológica. A prática mais recorrente era, com certeza, a violência física, sobretudo por ser utilizada com fins disciplinadores.

Apesar de não existir, a priori, uma relação entre a área de estágio com a questão da saúde, escolheu-se estabelecer relação entre violência física contra a criança e a Saúde Pública em razão dos inúmeros casos notificados pelo sistema de saúde pública e Conselhos Tutelares.

O objetivo deste estudo consiste em desenvolver uma análise diagnóstica sobre a implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria GM/MS nº. 737 de 16/05/01), e da Portaria 1968/GM de 16/10/01, trazendo à pauta a necessidade de se efetivar tais portarias.

Os objetivos específicos são seguintes: mapear os serviços de saúde do DF que realizam o atendimento a crianças vítimas de violência física; averiguar o cumprimento da notificação dos casos de violência; descrever a rotina do atendimento hospitalar; analisar em que medida a rede local executa ações decorrentes das diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

A violência tem causado relevante impacto no Distrito Federal, dado o crescente número de óbitos da população, sobretudo no segmento da infância, configurando a problemática numa questão de saúde pública, deste modo, a hipótese construída para este estudo foi que, embora existam as portarias (GM/MS nº. 737 de 16/05/01 e 1968/GM de 16/10/01), que regulamentam o atendimento de crianças vítimas de violência física na rede de saúde pública do Distrito Federal, elas não foram apropriadas.

A análise diagnóstica das ações de saúde existentes no Distrito Federal se fundamentou nas principais portarias de atendimento a crianças vitimizadas, que são:

1) Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que, em suas diretrizes, preconiza a implementação de ações voltadas para:

- Promoção e adoção de comportamentos saudáveis;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e violência;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências;
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação dos recursos humanos;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2) Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA/90) – preconiza os direitos fundamentais destes indivíduos e reforça a obrigatoriedade de comunicar ao Conselho Tutelar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, sendo dever de todo o cidadão, inclusive dos profissionais da Saúde e Educação (art. 13, 18, 70). No tocante à Saúde o artigo 245 explicita ser o dever legal de o médico comunicar à autoridade competente os casos de maus-tratos, ainda que sejam apenas suspeitas, estando sujeito a penalidades o não cumprimento desta medida.

3) Portaria 1968/GM de 16/10/01 que dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação às autoridades de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS.

Diante do supracitado, entender historicamente a dimensão social da infância e o trato da questão pelo Estado (resultado da relação Estado e Sociedade) implica em compreender as transformações legais ocorridas no Brasil nas diferentes conjunturas que vão desde a implementação do Código de Menores de 1927 até a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990.

Os resultados, advindos da análise diagnóstica como parâmetro nas diretrizes acima, dizem respeito ao cumprimento destas no atendimento hospitalar de crianças vítimas de violência física, norteados pela promoção de comportamentos e ambientes saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial; capacitação dos recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Cabe, então, uma definição de violência, já que o trabalho recorrerá ao termo por diversas vezes, e aqui sua aceção foi emprestada por Minayo e Souza (1998), a mesma utilizada pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que é “(...) *evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros*” (PNRMAV. 2005, p.03). Assim, a violência física pode ser entendida como uma natureza dos atos violentos, uma vez que gera lesões corporais.

Minayo, em detrimento de suas inúmeras publicações e pesquisas no campo da Saúde Pública, tendo inclusive contribuído para processo de implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, participando como Presidente do Comitê Técnico que diagnosticou a questão da violência no Brasil, foi utilizada como principal referencial teórico deste estudo.

Os objetivos específicos são seguintes: mapear os serviços de saúde do DF que realizam o atendimento a crianças vítimas de violência física; identificar e averiguar o cumprimento da notificação dos casos de violência; descrever a rotina do atendimento hospitalar; analisar em que medida a rede local executa ações decorrentes das diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

A análise deste estudo se efetivou por meio da realização de uma pesquisa quantitativa sobre os programas de saúde de atendimento à criança vítimas de violência física. Esta pesquisa se baseou no levantamento de dados secundários, isto é, nos apropriamos de documentos, relatórios, de pesquisa e consulta à internet. A perspectiva deste levantamento era realizar a caracterização sócio-demográfica do DF; o perfil da criança vítima de violência física; panorama do sistema de saúde pública local (caracterização dos serviços e dos programas) e o levantamento bibliográfico.

De maneira geral, houve grande dificuldade em elaborar este estudo, isso porque um dos grandes entraves para a elaboração da pesquisa consistiu na coleta de dados. Primeiramente, após o levantamento dos programas de atendimento do DF, tentou-se a realização da pesquisa de campo a fim de averiguar, por intermédio de entrevistas com os gestores e a aplicação de questionários aos profissionais das regionais de saúde, envolvidos no atendimento de crianças vítimas de violência física, de que modo estão sendo apropriadas as portarias citadas anteriormente. No entanto, para a realização da pesquisa de campo *in lócus*, seria necessária a aprovação do projeto de pesquisa deste estudo pelo Comitê de Ética da Fepecs – Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde – criado para preservar os princípios éticos e científicos de pesquisas realizadas com seres humanos nas unidades da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Todavia, o tempo para se emitir o parecer de autorização da pesquisa leva em média 30 dias. Surgiu, então, o primeiro obstáculo: o tempo necessário para a aprovação do projeto de pesquisa deste trabalho de conclusão de curso não conciliava com o calendário da Universidade de Brasília para a apresentação deste estudo. Uma tentativa foi buscar fontes institucionais como o NEPAV – Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências – e o NESP/UnB – Núcleo de Estudos de Saúde Pública, contudo, nenhuma dessas instituições disponibilizaram os dados necessários em função do tempo exíguo.

Dando continuidade ao processo, seguido da coleta de dados, com base nos objetivos específicos, houve a sistematização do material obtido.

Assim estará dividido o presente estudo: **capítulo 1:** destinado a discorrer sobre a dimensão histórica da infância, bem como abordar a dimensão social da violência física; **capítulo 2:** designado a retratar o processo de incorporação da temática da violência na área da Saúde Pública até o surgimento das portarias (GM/MS nº. 737 de 16/05/01 e 1968/GM de 16/10/01) que regulamenta o atendimento de crianças vitimizadas; **capítulo 3:** perfil das condições demográficas e sócio-econômicas do Distrito Federal; **capítulo 4:** retrata o panorama da rede de Saúde Pública do DF, através do levantamento de dados estatísticos e dos registros de casos de violência física contra a população infantil; e **capítulo 5:** voltado a descrever os programas de atendimentos no DF de crianças vítimas de violência física no ano de 2006, sua rotina, além da análise diagnóstica destes, segundo a implementação da Portaria 1968/GM de 16/10/01 e as Diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

Seguem as considerações finais, referências bibliográficas e anexos.

## **CAPÍTULO 1 – Panorama da Questão da Violência Física contra a Criança**

A história da infância sempre fez parte da humanidade. As sociedades antigas foram permeadas por inúmeros infanticídios, filicídios, mutilações, espancamentos e incestos. A emergência da doutrina do cristianismo preconizou a proteção às crianças.

Durante a Idade Medieval, a criança participava do mundo dos adultos, tanto na convivência em festas como na execução de trabalhos. Não existia uma separação de acordo com a faixa etária.

No âmbito familiar, o século XVII caracterizou-se pelo grande poder exercido pelos pais sobre os filhos, revestido pelo discurso de autoridade paterna. A criança não era significativa e vivia em estado de abandono físico e moral; o pai era considerado o “centro” da família enquanto o relacionamento entre mães e filhos era marcado pelo desinteresse e pela indiferença. Às crianças, atribuíam-se os valores de mercadoria, caracterizando o período pela alta mortalidade infantil.

A partir do século XVIII, a mulher passa a ter obrigação de ser mãe, e é quando o mito do amor materno passa a ser difundido como uma condição natural. Instaurada a Revolução dos Estados Nacionais, houve a diminuição do pátrio poder e da autoridade do pai ao atribuir às mães o direito de cuidar dos filhos, com a finalidade de tornar as crianças mais dóceis ao ser ensinadas os “atributos femininos” de passividade e obediência, características atribuídas às mulheres na época por assim achar a sociedade serem estas inerentes à natureza feminina. O Estado começa a intervir na vida familiar, principalmente ao aplicar sanções nos casos de violência contra a criança, porém, as relações violentas entre pais e filhos eram tratadas com bastante pudor em razão do caráter sagrado da família.

Perante a ebulição da Ciência, na tentativa de explicar a relação do homem com o mundo embasada nas teorias do empirismo e racionalismo, foi possibilitada uma maior reflexão no trato com a infância. A influência empírica defendeu a idéia da criança como um ser incompleto, passivo da ação do meio, enquanto, no racionalismo, ela é compreendida

como um adulto em pré-formação, necessitando desenvolver seu intelecto, a sua razão. Já a Idade Moderna presenciou uma gama de abordagens teóricas sobre a criança das quais se destaca a área da Psicologia: o Behaviorismo (criança entendida como um objeto sujeito a adequações para padrões socialmente determinados), Piaget (ênfata que o homem age sobre o meio criando e recriando, logo é de suma importância o pensar e interpretação do mundo pela criança) e Freud (a criança se desenvolve de acordo com a satisfação ou não de suas necessidades – tensão entre o id, ego e superego). Dentro da perspectiva marxista a criança é constituída socialmente, ou seja, dentro da perspectiva de classe social, já que para Marx os homens são determinados historicamente pelas relações sociais oriundas da relação da relação capital (x) trabalho.<sup>1</sup>

Retomando a dimensão histórica, as transformações econômicas ocorridas no século XIX, com o advento da Revolução Industrial, repercutiram em desdobramentos políticos e sociais. A criança passa a ser interesse do Estado, antes restringida à família e à Igreja, ao ser entendida como um “ser em formação” e, se devidamente “educada”, constituiria o futuro da nação, transcendendo o cuidado da criança à instituição privada da família. O abandono moral das crianças era inaceitável visto que conduzia à criminalidade e comportamentos viciosos que ameaçavam a ordem social.

Logo, as transformações sociais ocorridas neste período acentuaram a função da família de ensinar às crianças normas de comportamento, legitimada pelo discurso de autoridade, difundindo o ideário de passividade, docilidade e obediência.

“Entretanto, a autoridade do adulto sobre a criança é pensada como natural e não como social. A criança deve submeter-se ao adulto porque ele é naturalmente superior (...). A obediência se torna um dever exclusivo da criança, e sua revolta é encarada pelo adulto como uma transgressão aos direitos do próprio adulto”.

---

<sup>1</sup> LEAL, M.L.P. (2006) A História da Criança: abordagens teóricas e suas influências na formulação das Políticas para a infância no Brasil.

Ao ser pensada como natural a autoridade do adulto sobre a criança, está-se, de certa forma, justificando-a, sabendo-se que sob certas circunstâncias ela não é justa.”<sup>2</sup>

Essa relação de autoridade cria condições indispensáveis para a reprodução social do capital à medida que, desde os primeiros anos de vida do indivíduo, difunde a ideologia de obediência para a submissão, favorecendo a formação de uma força de trabalho que viabiliza o metabolismo social capitalista.

O discurso de autoridade - as crianças tinham que se submeter à vontade dos adultos - perpetrou sem distinção nas diferentes classes sociais, todavia o ideário burguês de valorização da infância e os cuidados derivados da família, função especificamente da mulher, foi apropriado de maneira distinta, de acordo com a sua inserção no modo de produção. Com a consolidação do capitalismo, a família passa a não conseguir assegurar a subsistência, tendo que ingressar a mulher e filhos no mercado de trabalho. O homem afastou-se do lar, diminuindo sua autoridade, com a função de prover as necessidades da família. A mulher operária complementava o trabalho do marido e, portanto, não se dispunha a cuidar com a mesma devoção de seus filhos quanto à mulher burguesa.

Desde o Brasil Colônia, a infância era revestida de castigos brutais, principalmente as crianças escravas, o que desmistifica, pela própria história do país, o ideário de que o povo brasileiro não é violento. Elas, em geral, eram consideradas como não-cidadãos, e as primeiras ações de “proteção” somente ocorreram durante a República, em virtude da necessidade de tornar o Brasil “evoluído” e “civilizado”.

A dimensão social da infância brasileira origina-se, segundo Rizzini (1997), na República Velha, período no qual a elite brasileira – médicos e advogados – na tentativa de forjar uma identidade nacional, necessária perante a “independência”, se propaga os discursos que exaltam a criança ao entendê-la como o “futuro do país”, pois através desses atores que se concretizariam os projetos da nação em razão de serem “maleáveis” e “moldáveis”, direcionando sua atuação àqueles em situação de pobreza em virtude de serem considerados bastante vulneráveis a desvios de conduta moral oriundos dos maus-costumes de seu meio

---

<sup>2</sup> GUERRA, V.N.A. (1985) Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas. p. 55.

familiar e da carência material. A partir dessa perspectiva, passa a se atribuir à infância uma significação de caráter dual: ou é o “futuro da nação” (infância protegida) se devidamente educada, ou torna-se criminosa/delinquente, ameaçando a ordem (infância contida), representando uma ruptura com a concepção da criança inocente, agora com o caráter de periculosidade, destinando a ela ações de disciplinamento por meio da educação e repressão (violência física), a fim de moldá-la para a submissão.<sup>3</sup>

O Estado brasileiro passa a intervir na família “incapaz”, ou seja, aquela que deixasse em situação de abandono material ou moral a criança, subsidiando políticas públicas para este segmento a fim de ajustar a desordem – criminalidade e “vícios” – advindos da situação de pobreza. Para tanto, foi instituído um aparato estatal do qual se utilizava de instrumentos de intervenção médica e jurídica para atuar na sociedade, embasado pela perspectiva higienista (ao prevenir e tratar a degradação da criança) e repressora (destinada ao menor vicioso e/ou delinquente). À medicina, atribuiu-se a função de recuperação da infância abandonada, enquanto que ao judiciário coube instituir a punição.

A República Velha foi marcada pela preocupação do Estado com a educação das crianças, que reproduzia regras de convívio social para a submissão, e a caridade para os desvalidos.

Essa mentalidade, de uma infância virtuosa e criminosa – aquela proveniente das classes subalternas – é fundamenta para a compreensão das políticas públicas brasileiras, pois explicitam a hegemonia dos interesses da elite – assim como a manutenção de relações paternalistas e clientelistas – ao instaurar a ordem via repressão, educação (disciplina), caridade e higienização, norteados a regulamentação política e jurídica da infância.

Nos anos seguintes, o Brasil vivenciou um contexto de ebulição social – organização dos primeiros movimentos operários em São Paulo resultou na conquista de avanços na legislação social com a Lei de Acidentes de Trabalho e Caixa de Previdência Social –

---

<sup>3</sup> RIZZINI, I. (1997) Na Criança Está o futuro da nação – A dimensão social da Infância. In: O Século Perdido Raízes Histórias das Políticas Públicas para a Infância. p. 24-32.

refletindo uma contra-hegemonia das classes desfavorecidas em relação aos interesses elitistas. Essa correlação de forças também repercutiu na infância.

Em 1920, foi realizado o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância resultou que, em 1921, na Lei 4242, que estabelecia estratégias de assistência ao menor abandonado e delinqüente. No entanto, esta Lei só foi aprovada em 1923, sendo promulgada em 1927, culminando no Código de Menores.<sup>4</sup>

O Código de Menores de 1927 (Decreto nº. 17943-A, de 12 de outubro de 1927), norteado pela ideologia da República Velha higienista e repressiva, priorizou suas ações na proteção das crianças, sobrepondo-se à família. O abandono físico ou moral implicava na perda do pátrio poder. Ao *menor*<sup>5</sup> delinqüente, ou àquele abandonado pela família, era destinado o internamento em instituições totais, pois representava uma ameaça à ordem pública.

Atualizado em 1979 pelo governo ditatorial (Lei nº. 6697), o novo Código de Menores deu continuidade ao anterior, além de adotar a doutrina da *situação irregular*. A família passa a ser responsabilizada pela ausência de condições de subsistência (saúde, alimentação), maus-tratos e desvio de bons-costumes, estando sujeita a penalizações. A categoria da infância divide-se, então, entre os que se integram no sistema e os que se encontram às margens, os marginalizados.

De fato, este código não alterou a situação da infância brasileira. A criação das entidades como a Funabem e a Febem perpetuaram ações na perspectiva da caridade aos abandonados, estendendo os mecanismos ditatoriais repressivos e de controle social à política da infância, sobretudo aos menores subversivos.

Frente à reestruturação produtiva, ocorrida em meados da década de 70, em razão do aprofundamento da crise do modelo capitalista, o Brasil adotou uma política de reajuste fiscal com o corte nos gastos e a privatização dos serviços sociais. O regresso do orçamento

---

<sup>4</sup> FALEIROS, V. (1995) Infância e Processo Político no Brasil. In: RIZZINE. A arte de governar crianças. p. 62.

<sup>5</sup> A concepção de “menor” estigmatiza, pois estabelece uma “distinção entre crianças “normais” e menores cuja irregularidade geralmente consiste em serem pobres.” FALEIROS, V. (1995) Crises e Perspectivas da Assistência à Infância na América latina. . In: RIZZINE. A arte de governar crianças. p. 40

destinado aos serviços de educação e saúde, como, por exemplo, acirrou a crise econômica e política, bem como a contestação social do regime repressivo, passando a sociedade civil a questionar sobre a atuação das instituições da Febem e Funabem, onde a criança continuava em condição de carência e maus-tratos.

Os movimentos sociais articularam-se em favor do rompimento de práticas assistencialistas visando efetivar os direitos da criança, iniciado nos países desenvolvidos, juntamente com o movimento das mulheres que denunciavam a dominação masculina na sociedade patriarcal, concretizando, em 1979, o Ano Internacional da Criança<sup>6</sup> – quando se discutiu questões focadas na infância pobre, ou seja, naqueles infantes em situação de extrema miséria.

Com a redemocratização da América Latina, em 1989, realizou-se a Convenção dos Direitos da Criança, cuja finalidade foi o replanejamento da questão da infância latina de acordo com as especificidades do continente, ainda que embasado pelos preceitos internacionais.

O marco da redemocratização brasileira ocorreu em 1988 com a Constituição Federal a qual representava um avanço significativo quanto à garantia dos direitos sociais e a consolidação da cidadania, principalmente para a infância (artigos 227 a 229).

Este avanço de proteção aos direitos da criança foi consolidado em 1990 com a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8069 de 13 de julho – fruto de um movimento histórico e de forte mobilização popular – que representa uma ruptura com as legislações anteriores ao preconizar a *doutrina de proteção integral*. A criança é considerada *sujeito de direitos*, ou seja, protagonista de seu desenvolvimento e não menor ou incapaz. A Lei 8069 atribuiu aos governos locais a responsabilidade pelo atendimento das demandas sociais de acordo com a realidade local (municipalização), permitindo a participação da sociedade na gestão das políticas sociais, via conselhos. Uma nova relação de poder foi instituída ao possibilitar políticas para infância a partir da correlação de forças entre Estado e

---

<sup>6</sup> A primeira discussão internacional sobre o direito da criança ocorreu em 1924 – Declaração de Genebra – mas somente após 30 anos, a ONU reconheceu a necessidade de proteção legal com a Declaração Específica dos Direitos da Criança de 1959.

Sociedade, em que os interesses dos atores sociais ou de estratégias institucionais passam a ser instituídos por meio de tensões e conflitos que se configuram hegemônicos. Essa é a dicotomia que permeia as políticas sociais.

Com a consolidação do neoliberalismo na década de 90, houve a retração do Estado brasileiro na execução das políticas sociais, transferindo a questão social do público para o privado, além da focalização dos direitos universais.

O que se verifica na conjuntura atual é a perpetuação da tradição brasileira, de modelo excludente e conservador, estando presente em toda sua história um Estado que permite a apropriação do bem público de forma privada e é utilizado para fins de interesses particulares da elite. Segue o não rompimento com o clientelismo e favoritismo ao estabelecer relações embasadas por favores pessoais, e não na perspectiva de direito. Assim, a criança possui seus direitos infligidos embora exista um aparato legal – dicotomia entre a Lei e as instituições, não concretizando em práticas – constituindo-se na população mais vulnerável *“não só por serem menores no sentido biológico, (...) mas, principalmente, por se constituírem minoria, no sentido de organização política, historicamente submetidos à tutela absoluta dos pais ou do Estado, sendo freqüentemente tratados de forma residual nas chamadas políticas sociais”*<sup>7</sup> convivendo em seu cotidiano não apenas com a negligência das instituições família ou Estado, mas com a relação de poder e dominação materializada nas distintas formas de violência – física, sexual, psicológica e simbólica.

A análise da categoria infância perpassa pela sua dimensão adquirida na relação Estado e Sociedade, que produzem mudanças históricas e culturais através da implementação de políticas públicas, além da intrínseca relação entre a infância e sociedade já que afetam-se mutuamente seja na relação de poder, estrutura social, desigualdade econômica e outros fatores.

No tocante à violência, o Estatuto da Criança e do Adolescente, também se constitui num importante instrumento no enfrentamento das diversas expressões de violência contra a infância. *“Os casos de suspeitas ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou*

---

<sup>7</sup> BRITTO, R. C. (1994). Criança, violência e cidadania. p. 60.

*adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízos de outras providências legais” (ECA – art. 13).*

Zelar pela proteção de crianças e adolescentes é dever de todo cidadão (ECA - art. 70), “(...) *pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (ECA – art. 18).*

Em seu artigo 226, o ECA dispõe sobre crimes praticados contra a infância (art. 226), enquanto o artigo 263 traz algumas alterações ocorridas no Código de Processo Penal.

Outras legislações vigentes estabelecem, além dos dispositivos sobre os direitos da infância, a regulamentação de normas e medidas criminais para os que infringem a lei e submetem a criança a qualquer tipo de violência. A Constituição Federal de 1988 estabelece no artigo 227, inciso 4º, que “*a Lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente*”. Por sua vez, o Código de Processo Penal, Decreto-Lei nº. 2848, de 1940, em seu artigo 61, assegura que o qualquer tipo de crime realizado contra a criança (inclusive idoso, enfermo e gestante) há o agravamento da pena.

#### Código Penal

| Crime   | Penalidade                       |
|---|----------------------------------|
| Homicídio Simples   | Reclusão de 6 a 20 anos          |
| Homicídio Culposo (na inobservância da regra técnica da profissão ou deixar de prestar socorro imediato para reparar o ato ou fuge para evitar flagrante) | Penal aumentada de 1/3.          |
| Homicídio Doloso (quando praticado contra pessoa menor de 14 anos)  | Penal aumentada de 1/3.          |
| Lesão Corporal  | Detenção de 3 meses a 1 ano      |
| Omissão de Socorro  | Detenção de 1 a 6 meses ou multa |
| Omissão de Socorro (que resulta lesão corporal grave)   | Penal aumentada da metade        |

|  |  |
|--|--|
| Omissão de Socorro (que resulta em morte)  | Pena triplicada                        |
| Maus-Tratos (expor a vida ou saúde de pessoa sob a sua autoridade, abusando dos meios de correção) | Detenção de 2 meses a 1 ano, ou multa. |
| Maus-Tratos (contra menor de 14 anos)  | Pena aumentada de 1/3                  |

Fonte: Código Penal de 1940 – art. 121, 129, 135 e 136.

À categoria violência atribuí-se conceituações das mais diversas, que variam de acordo com a classe social que a vivencia, ou seja, o seu “olhar” e entendimento depende de como os indivíduos estão inseridos no modo de produção.

O Dicionário do Pensamento Social do Século XX traz a seguinte afirmação: *“Não existe uma definição consensual ou incontroversa da violência (...) um entendimento do termo ditado pelo senso comum é, grosso modo, que a violência classifica qualquer agressão física contra os seres humanos, cometida com a intenção de causar danos, dor ou sofrimento.”*<sup>8</sup>

Entretanto, os autores Outhawaite e Bottomore (1996) comentam que esta afirmação traz algumas implicações: a violência não pode ser definida conforme a intencionalidade, pois, ainda que desprovido de qualquer intenção, um ato pode se configurar violento, tão pouco deve ser justificada se realizada por aqueles com autorização legal – polícia, instituições estatais ou pais e tutores. Outro equívoco seria restringir a violência à agressão física, uma vez que existem outras maneiras de causar danos ao indivíduo.

Várias são as correntes teóricas que tentam elucidar sobre esse fenômeno, tanto que o Dicionário Crítico de Sociologia faz um contraponto sobre a questão da violência hobbesiana e marxista. Para Hobbes, os homens são motivados por seus desejos de caráter insaciável, e, objetivando satisfazê-los, vive-se em constante estado natural de guerra de todos contra todos, já que a raridade dos bens não permite saciar todos os desejos. Tal concorrência engendra relações de violência e de guerra permanente entre os homens – daí a necessidade da existência do Estado Absolutista. Igualmente, o marxismo enfatiza a raridade dos bens e a concorrência, contudo, difere de Hobbes ao entender que

<sup>8</sup> OUTHAWAITE e BOTTOMORE (1996). Dicionário do Pensamento Social do Século XX. p. 803.

*“a violência não é um estado natural, é uma característica do estado social pervertido pelo monopólio dos meios de produção (...) já que a concorrência entre os homens é de origem social e se exprime através das normas institucionais que concernem à remuneração do trabalho, a determinação do lucro, à apropriação dos meios de produção, não se deve falar de luta de todos contra todos, mas de luta de classes. Resulta daí que, uma vez expropriados, a violência que ensanguentou a pré-história da humanidade desapareceu junto com as causas.”<sup>9</sup>*

Para Marx, embora a violência produza mudanças sociais não é por meio dela que se efetivaria o fim da ordem capitalista, mas sim as contradições existentes entre as forças produtivas e as relações de produção. Vale ressaltar que o uso da violência objetivando a transformação socialista e o comunismo consiste na principal causa de divergências entre os marxistas, na medida em que alguns enfatizam que engendrará seu próprio fim, permitindo que a racionalidade humana reconheça o sistema socialista como melhor alternativa, enquanto outros prezam pelo conforto, pois é através dele é que se obtém a consciência de classe, e por meio dela, da luta de classe, que se superará o modo de produção capitalista.

Este estudo não almeja compreender a questão da violência segundo crenças e valores, se tais discussões teóricas são desejáveis ou indesejáveis para que se possa garantir o saber científico, embora se saiba que nas ciências humanas a neutralidade é relativa. Também se reconhece que a violência possui o caráter dialético porque, além de repercutir em “males sociais”, ela pode gerar mudanças.

De maneira geral, a violência pode ser entendida como ações que causam danos ao indivíduo, independente do contexto cultural, embora se reconheça que sua reflexão conceitual seja relativa. Esse relativismo se origina a partir de padrões culturais forjados pela visão dominante (tutores e Estado) que objetivam impor a consciência que a sociedade tem de si a fim de regular comportamentos.

O senso comum difunde o ideário de que a violência é exercida apenas nas classes populares, entretanto este não é um fenômeno de classe visto que é reproduzido em quaisquer estratificações sociais. Atribuir à violência o determinismo econômico, ou seja, a pobreza,

---

<sup>9</sup> BOUDON e BOURRICAUD (1993). Dicionário Crítico de Sociologia. p. 606.

somente limita a problemática aos excluídos socialmente, acentuando o preconceito e etnocentrismo sofrido pelas classes exploradas no modo de produção capitalista. Outro discurso equivocado consiste na crença de que a incapacidade do Estado em efetivar o controle social contribui para a violência. Tal afirmação remete a uma ideologia repressiva e coercitiva, onde cabe ao Estado, por meio da política e instituições judiciárias, promover a “normalidade” social. Essas duas vertentes retiram o caráter dialético da infância de permanente interação com os demais segmentos sociais que afetam sua estrutura e é afetada por estes, estabelecendo-se numa relação de poder e conseqüentemente, dominação.

A violência física foi aqui entendida como o uso da força física e do poder disciplinador da parte dos pais contra a criança, resultando ou não em ferimentos, sem que se tenha a intenção de causar-lhe danos.

Lesões, mortes, seqüelas trazem implicações não só individuais (físicas e psicológicas), mas no social, pois assegura a reprodução de relações violentas na infância, que podem perdurar até a vida adulta, corroborando para o não reconhecimento do outro enquanto ser humano. Admite-se, então, a incorporação de hábitos violentos no cotidiano.

A conjuntura atual de violência, em suas diversas expressões, apresenta como pano de fundo o capitalismo – modo de produção que assegura e justifica a exploração do homem sobre o homem numa relação de dominação, subordinação e opressão dos indivíduos que não ingressam na relação capital (x) trabalho. Neste sentido, a opressão da criança é duplamente intensificada, já que não ingressa no mundo do trabalho e está, sempre, subordinada ao mundo dos adultos.

Tal afirmativa não significa reduzir a questão da violência a uma prática inerente ao capitalismo, porque este fenômeno sempre existiu em outras sociedades.<sup>10</sup>

O capitalismo legitima a dominação – exploração dos que detêm os meios de produção sobre aqueles que vendem sua força de trabalho, favorecendo a apropriação desigual da riqueza socialmente produzida, assegurada pela perpetuação da violência estrutural.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> A violência não é parte da natureza humana apesar de ser desenvolvida na socialização entre os homens. Ser vítima consiste na imposição de um dano, portanto não é um estado natural, e sim produzido (AZEVEDO e GUERRA. 1989:26).

A distribuição desigual da riqueza redundando no processo de vitimação<sup>12</sup> à medida que viola os direitos mais básicos do ser humano, como alimentação, educação, saúde, etc., resultando, em especial, no abandono de crianças.

Contudo, concomitante à relação de classe (exploradores e explorados), a pluralidade social traz à tona outras categorias como o gênero e etnia as quais redefinem a estruturação das relações (de poder) para além das classes, como demonstrado pela própria estrutura da sociedade brasileira que promove a distribuição da riqueza socialmente produzida e do poder entre: homem-branco, mulher-branca, homem-negro, mulher negra (assegurando a hierarquização dos primeiros sobre os demais). Aliado de todo esse processo adultocêntrico, inerente à sociedade, encontra-se a infância, considerada socialmente inferior ao adulto.

Sobrepor às diferenças de classe, sexo, etnia e de idade a fim de assegurar vontades e interesses sempre resultam em danos.

Diferentemente do antagonismo existente entre as classes dominantes e classes subalternas, na relação adulto (x) crianças não há interesses contraditórios, mas uma hierarquização em que o primeiro exerce poder sobre o segundo a fim de submetê-la aos seus desígnios. À criança, cabe a passividade e a obediência, presenciando, em nossa sociedade, a coisificação da infância – a criança é tratada como algo “moldável” e destituída de vontade própria.

O processo de socialização das crianças deve ser ensinado por aqueles, responsáveis em transmitir a devida educação, os adultos. Este educar, por muitas vezes, é abusivo. Quando não são obedecidos os padrões de conduta, imposto pelos adultos.

A violência presente nas relações interpessoais, proveniente ou não da violência estrutural, gera o processo de vitimação, que se materializa em diversas expressões

---

<sup>11</sup> Segundo MINAYO (1994) a violência estrutural “oferece um arco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionais da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte.” (Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad de Saúde Pública, v. 10, supl.1, RS, 1994.)

<sup>12</sup> No processo de vitimação existe a vulnerabilização da classe subalternas, atrelado ao controle social exercido pelo Estado, visando manter a ordem.

(violência física, sexual, psicológica, simbólica, etc.). No caso de crianças, a vitimação ocorre em virtude da transgressão do poder disciplinador. *“Enquanto violência interpessoal, a vitimização é uma forma de aprisionar a vontade e o desejo da criança, de submetê-la, portanto, ao poder do adulto, a fim de coagi-la a satisfazer os interesses, as expectativas ou paixões deste.”*<sup>13</sup>

Essa vitimização atinge não só as crianças vitimadas como as demais classes, evidenciando a transversalidade da violência, portanto, não deve ser compreendida como um fenômeno de classe, embora seja nas classes menos favorecidas que se encontra explicitada.

Tanto o processo de vitimação quanto o de vitimização resultam de interações sociais revestidas de poder, seja ele exercido na esfera macro (relações sociais) ou micro (relações interpessoais), as quais interagem mutuamente ao ser legitimado pelo próprio modo de produção capitalista, que necessita da existência de dominados para que haja dominadores, de pobres, para que haja os ricos e de oprimidos para que haja os opressores. Esta perpetuação do poder, mesmo quando exercido nas relações interpessoais está intrinsecamente vinculado a uma estrutura de sociedade que privilegia o homem-branco-rico, seguido da mulher-branca-rica e, em última instância, as categorias rebaixadas neste processo, constituídas, em sua maioria, por mulheres, negros e crianças.

Em resumo, a violência apresenta, em sua dimensão concreta, a vitimização de inúmeras crianças dada à sociedade adultocêntrica, se constituindo em um

“fenômeno extremamente disseminado exatamente porque o agressor detém pequenas parcelas de poder – nesta sociedade hierarquizada (gritos meus) – sem deixar de aspirar o pequeno poder. Em não se contentando com a sua pequena fatia de poder e sentindo necessidade de se treinar para o exercício

---

<sup>13</sup> AZEVEDO, M.A. e GUERRA, V.N. de. (1989) Vitimação e Vitimização: questões conceituais. In: AZEVEDO, M.A. e GUERRA, V.N.A. Crianças Vitimizadas: síndrome do pequeno poder. p. 35.

do grande poder, que continua a almejar, exorbita de sua autoridade, ou seja, a síndrome do pequeno poder.<sup>14</sup>

Como Saffioti (1989) exemplifica em sua obra, a mulher desenvolve uma relação de agressão e violência para com os filhos justamente almejando aumentar sua parcela de poder, já que é oprimida pelo marido, que também é oprimido pelo seu chefe e assim sucessivamente. A síndrome do pequeno poder se caracteriza pela tentativa de ampliação do poder oprimido àqueles abaixo de sua “hierarquia”, fornecida pela própria estrutura social. *“Na verdade, a exorbitância do pequeno poder, característica da síndrome revela a extrema fragilidade de seu ator.”*<sup>15</sup>

Sendo assim, a violência permeia tanto as relações pessoais como nas classes sociais, uma vez que ambas engendram poder – através do uso da força ou não – estando respaldada pelo capitalismo, que permite a perpetuação do poder para dominação.

Embora as temáticas acima retratem a perspectiva macro social, isto é, da sociedade brasileira como um todo, essas abordagens são consideradas extremamente importantes para a compreensão do fenômeno da violência física contra a criança em nível regional (no Distrito Federal), pois as repercussões na Saúde possuem enraizamento na dimensão sócio-histórica.

Em suma, um dos problemas mais graves enfrentado pelo campo da política pública em diversos países, inclusive no Brasil, é a questão da violência.

Originada a partir da interação de diversas relações humanas, sejam pessoais, sociais, culturais e políticas, a violência é um fenômeno complexo, resultante de múltiplos determinantes sócio-econômicos (desemprego, violação de direitos, adoção do Estado neoliberal, apropriação do bem público para fins privatistas, clientelismo, patriarcalismo, etc.) e intensifica-se entre grupos específicos, como a infância.

A violência física contra a criança é reproduzida no âmbito público e privado ao ser realizada tanto nas instituições estatais, nas quais asseguram a ordem social, como na família,

---

<sup>14</sup> SAFFIOTI, H.S.B. (1989) A síndrome do pequeno poder. In AZEVEDO, M.A. e GUERRA, M.A.N.A. Crianças Vitimizadas: síndrome do pequeno poder. p. 17.

<sup>15</sup> Id-*Ibidem*. p. 19.

ao exercer os pais ou outros membros, o pátrio poder por meio da severidade para a submissão, e possui profundo enraizamento nas relações de poder e dominação existente nas relações sociais (clientelistas, racistas e patriarcais) e interpessoais (em que os tutores exercem seu poder sobre as crianças respaldados pelo discurso disciplinador).

Vale ressaltar que a prática da violência física apresenta como pano de fundo a violência estrutural, forjada pelo capitalismo e condicionante das relações interpessoais.

Sem dúvida a violência física origina-se principalmente da violência doméstica, contudo, não se restringe à esfera familiar. Reproduzem-se essas práticas em instituições estatais ou privadas.

A questão da violência física contra a criança é uma realidade presente no cenário brasileiro, mesmo com a existência de todo um aparato legal – a Constituição Federal de 1988<sup>16</sup> e o Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>17</sup> – que reconhece estes atores enquanto “*sujeitos de direitos*”, ou seja, gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (art. 3º do ECA).

Os avanços legais no Brasil não repercutiram em mudanças qualitativas no trato com a infância. O número de crianças vítimas de violência física vem crescendo perante a distorção do significado da violência ao ser apresentada como uma prática “natural”, interiorizada culturalmente, e por meio da qual os pais ou instituições do Estado exercem seu poder disciplinador e educador.

---

<sup>16</sup> CF/88 – art. 227. “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-lo a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

<sup>17</sup> ECA/90 – art. 5º. “Nenhuma criança será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da Lei qualquer atentado por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.

## **CAPÍTULO 2 - A Violência sob a perspectiva da Saúde.**

Este capítulo foi dedicado a descrever o processo histórico de incorporação da temática da violência no campo da saúde pública tanto no cenário internacional como nacional.

A violência é uma problemática social, portanto não se configura numa questão única e exclusiva do setor saúde. Porém, o número de vítimas de mortes e traumas ocorridos por causas violentas tem acarretado impactos relevantes na sociedade. Os índices de morbidade (retratam as causas do adoecimento da população) e mortalidade (causas dos óbitos) revelam o crescimento endêmico da proporção do fenômeno, passando a ser incorporado desde a década de 80 na Agenda de Saúde Pública já que repercute na qualidade de vida dos indivíduos (lesões físicas e psicológicas) e demanda serviços hospitalares.

A demanda excessiva de crianças vitimizadas que recorrem aos serviços hospitalares, pressiona os setores de emergência, necessitando de tratamento multidisciplinar (médicos, psicólogos e assistentes sociais), pois a questão da violência física resulta da interioridade/exterioridade do indivíduo e sociedade.

Minayo (1994) em seus estudos retrata a evolução da morbidade e mortalidade infantil no Brasil:

“De 2% no total da mortalidade geral em 1930 (Prata, 1992), a violência subiu para 10,5% em 1980; 12,3% em 1988 (Minayo e Souza, 1993); e 15,3% em 1989 (Souza e Minayo, 1994), correspondendo, no final da década, à segunda causa de óbitos no país, abaixo apenas das doenças cardiovasculares. (...)

A Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas informa que em 1992, no Brasil, houve cerca de 4,5 milhões de crianças vítimas de violência. Estudos de Assis (1991) e Deslandes (1993), mostram em abordagens espacialmente localizadas, que 33% das crianças e adolescentes relatam padecimento de atos violentos nas suas relações com os pais.”<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> MINAYO, M.C.S. Cecília. (1994) Violência social sob a perspectiva da saúde pública. (versão impressa).

A própria reformulação do conceito de saúde ao reconhecê-la como a resultante de fatores sociais e econômicos, permitiu a incorporação da violência na área médica.

Mesmo antes de se reconhecer a intersetorialidade (um dos princípios do SUS) como essencial à Saúde Pública, foi a área da Medicina que preconizou as primeiras discussões sobre a problemática da violência sofrida pela criança porque tratava diretamente as lesões. Merece destaque, neste período, a Pediatria, Radiologia e Psicologia.

No século XIX principiou a problematização da questão da violência física através de descrições de lesões das vítimas e seus agressores (realizadas em sua maioria pelos genitores) através da literatura. O primeiro relato científico sobre o espancamento de crianças, datado de 1860, foi publicado na França e se intitula de “Étude médico-légale sur les sévices et maurais traitements exercés sur des enfants” onde o autor, o Professor Ambroise Tardieu, descreve o espancamento de 32 crianças, dos quais 18 resultaram em óbitos.<sup>19</sup>

A publicação deste artigo permitiu a publicização da questão da violência física sofrida pela criança, tanto que se iniciou, inclusive em outros países, uma série de denúncias sobre a situação de maus-tratos ocorrida nas escolas e fábricas, porém, sem grandes repercussões.

Anos depois, tais estudos e denúncias foram retomados novamente pelo movimento médico na Inglaterra, França e Estados Unidos durante a época da industrialização. Nos Estados Unidos houve o caso de uma menina maltratada fisicamente pelos pais adotivos numa época de total poder legal sobre os filhos, contudo, membros da Igreja, mobilizados pela situação que se encontrava tal menina, recorreram à Sociedade para Prevenção de Crueldade contra os Animais alegando que a criança pertencia ao reino animal, portanto poderia ser amparada pela lei que pune maus-tratos contra os animais. Após o ocorrido e sua repercussão social, foi fundada em 1871 a Sociedade para Prevenção de Crueldade em Crianças, em Nova York<sup>20</sup>. Países como Inglaterra e França também adotaram medidas criminais para os pais que transgrediam o pátrio poder.

---

<sup>19</sup> GUERRA, V.N.A. (1985) Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas. p. 37

<sup>20</sup> *Id-Ibidem*. p. 28.

Dada a quantidade de relatos de violência física nos quais seguiram até o século XX, revelando esta ser uma prática recorrente a American Academy of Pediatrics realizou um simpósio para problematizar a questão, em 1962, intitulada “*Síndrome da Criança Espancada*”. Embora a utilização desta expressão trouxesse algumas divergências para diagnosticar a ocorrência da violência, pois necessitava de inúmeros sintomas (hematomas e fraturas) para se configurar enquanto vítima, ela representou um avanço ao incorporar a negligência como forma de violência, além de reconhecer a dimensão social e psicológica, intrínseca neste fenômeno, reformulando outras estratégias de intervenção ao incorporar outras formas de conhecimento como a Psicologia, Ciências Sociais e Serviço Social. Todavia, a abordagem medicalizada – centrada na figura do médico e o acesso aos serviços de consultar e medicamentos para tratar seqüelas e lesões – permaneceu em razão de se preservar o prestígio e poder da Medicina em relação às demais Ciências, agregando estes conhecimentos com lentidão.

Os Estados Unidos, nos anos 70, após sua experiência inaugural ao diagnosticar a “*Síndrome do bebê espancado*”, publicizou a problemática. Os debates resultaram na implementação de programas de prevenção e denúncia.

No Brasil, as décadas de 60 e 70 foram marcadas pelas reformulações na Saúde e suas políticas, dando destaque ao Movimento Sanitário, que reivindicou por uma política emancipatória embasada na questão do direito, cidadania, coletividade e promoção da saúde, ademais do embate sobre reformulações do conceito de saúde em razão dos determinantes sócio-culturais, criticando o enfoque biomédico que reduz o social às alterações do ambiente e sua relação com o homem.

O movimento feminista também trouxe contribuições ao enfatizar a necessidade de se incorporar a temática da violência ao setor saúde, já que a sociedade patriarcal se utilizava como forma de assegurar o poder, da violência de gênero (física, sexual, psicológica), devendo a Saúde intervir na problemática através de programas de prevenção e assistência médica.

No ano de 1975 professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo realizaram estudos que descreviam o espancamento de crianças de 1 ano. A publicação de uma reportagem a respeito da pesquisa desenvolvida pelo pediatra Dr. Armando Amoendo, na revista Brasil Jovem, sobre o caso de 5 crianças agredidas, as quais foram afastadas do convívio familiar por medida judicial, intensificou as denúncias sobre a violência intrafamiliar.

Ainda neste período, a América Latina tem como experiência pioneira em 1979 a pesquisa de crianças agredidas na Bolívia, de Torrelio e Vargas, repercutindo na conscientização nacional perante a necessidade de adotar medidas interventivas.

Dado as inúmeras mortes e traumas, a sociedade passa a se organizar politicamente, a fim de reivindicar a importância da incorporação do fenômeno social da violência, uma vez que ameaça a vida e a integridade dos indivíduos, na Agenda de Saúde Pública, sendo a América Latina as experiências pioneiras, ainda nos anos 80.

Seguindo a tendência dos países latinos, no Brasil os movimentos sociais de democratização passaram a contribuir de forma decisiva para a incorporação da violência enquanto uma questão de saúde pública em virtude da transição epidemiológica das taxas de morbimortalidade (à frente apenas as enfermidades cardiovasculares).

O movimento sanitário teve destaque neste processo, pois se comprometeram analisar as tendências epidemiológicas que traduziam as demandas sociais das vítimas de violência necessárias para subsidiar políticas e programas preventivos que pudessem dar maior qualidade no atendimento hospitalar, atendendo de fato as necessidades da população brasileira.

A própria implementação da diretriz de descentralização do SUS, que assegura maior autonomia porque transfere recursos e poder de decisão do âmbito federal aos municípios, permitiu nos anos 90, a execução de ações de saúde que respondam à realidade local. O princípio de intersetorialidade iniciou uma articulação entre municípios e sociedade civil, universidades e instituições de pesquisa a fim de melhor intervir na realidade violenta.

Mesmo perante tais estatísticas que revelaram a questão da violência um problema de saúde pública e a luta da sociedade civil para a incorporação da temática na Agenda de Saúde Pública, o Brasil obteve grande lentidão no processo de implementação das políticas públicas que atendessem tais demandas.

No cenário internacional a trajetória para a incorporação da violência como tema da Saúde iniciou-se somente na década de 90 após estudos desenvolvidos das taxas de morbimortalidade da população de vários países, evidenciando a transcendência do fenômeno. A Organização Pan-Americana ressaltou a urgência desta incorporação para os países latinos principalmente por se constituírem em nações em desenvolvimento. Subalternizados no processo econômico global, estes países apresentam condições estruturais (política, econômica e social) que contribuem para a ocorrência de acidentes e violências, que permeiam a dinâmica das relações individuais.

Perante a gravidade do tema a Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza a Assembléia Mundial de Saúde em 1997, declarando necessário incorporar tal temática em todos os países e não apenas os latinos. Contudo, a publicação do Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, o qual enfatizava a intervenção intersetorial, ocorreu somente no ano de 2002.

Após a Assembléia Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde do Brasil criou em 1988 um comitê técnico a fim de averiguar os eventos acidentais e violentos que culminam em mortes, denominados “causas externas”, acidentes e violências que resultam em óbitos, além de discutir as possíveis estratégias de intervenção. Em 2001 foi aprovada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV – Portaria GM/MS nº. 737 de 16/05/01.

A presente Política tem por finalidade reduzir a morbimortalidade por causas externas no país, através da articulação de ações sistematizadas, buscando corrigir a ausência de diretrizes nacionais que orientassem as ações de saúde destinadas para o enfrentamento dos eventos acidentais e violentos, e que respeitasse as especificidades das realidades municipais, em contrapartida ao atendimento anterior, desprovido de uma rotina estabelecida, fragmentado

e pontual em virtude da carência de um planejamento a nível federal, mas que respeitasse as especificidades das realidades municipais. Esta Política constitui-se num instrumento norteador das ações da saúde no atendimento das ocorrências de acidentes e violências ao estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais.

As medidas de atuação da PNRMAV apresentam dois eixos principais: a *promoção à saúde* e a *prevenção* desses eventos.

Estas atuações promovem a adequação da assistência, recuperação e reabilitação das vítimas, porém, só se torna possível ser efetivada a partir da articulação da sociedade civil ao setor da saúde para garantir a consolidação da cidadania e a construção de qualidade de vida para a população.

A promoção da saúde está vinculada ao processo de educação em saúde uma vez que a informação dos sujeitos permita a apropriação do conhecimento para que a população possa se empoderar e exercer o controle social. Logo, o fortalecimento das capacidades de indivíduos e comunidade depende da capacitação dos sujeitos em se apropriar dos conhecimentos de modo que reflitam em mudanças de comportamentos, resultando em práticas.

A prevenção dos eventos violentos abrange desde medidas profiláticas até o tratamento das vítimas, prioriza a prevenção primária – que dispõe de menores recursos tecnológicos no atendimento – porque apresenta grande resolutividade na proteção da população.

Embora a PNRMAV priorize a Atenção Básica, a prevenção primária, a realidade das unidades de saúde revela a fragilidade da resolutividade neste nível de prevenção contribuindo para o agravamento das vítimas.

Outro entrave presente na conjuntura brasileira está nos impactos econômicos a respeito dos gastos hospitalares causados em razão da magnitude dos eventos acidentais e violentos, conforme relatado no documento oficial da Portaria GM/MS nº. 737 de 16/05/01. *“Embora se saiba que estes valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que*

*a hospitalização por envenenamentos e lesões representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações.*”<sup>21</sup>

Os números dos acidentes e violências comprometem o atendimento hospitalar, principalmente porque eles adentram os serviços de saúde por meio da urgência e emergência, setores que envolvem procedimentos caros, absorvendo uma parcela expressiva dos recursos financeiros destinados à Saúde.

É necessário destacar que a Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências regulamenta ações destinadas ao combate da violência contra grupos específicos como criança e adolescente, mulheres, idosos, de acordo com suas especificidades. Crianças e adolescentes são afetados por eventos violentos de maneiras distintas. Os jovens possuem seus agravos gerados pela violência urbana (homicídios, envolvimento com o tráfico de drogas e outros), enquanto em crianças o principal local de incidência é o ambiente familiar, sejam acidentes domésticos (quedas, queimaduras, afogamentos, intoxicações) ou violências domésticas (abuso físico, sexual, psicológico e negligência).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 069/90 também estabelece que a criança tem direito a proteção à vida e a saúde mediante a efetivação de políticas públicas (art. 7), inclusive a de Saúde, sendo assegurado o atendimento médico através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (art. 11).

O dever de proteger a infância e adolescência se estende principalmente aos setores da educação e saúde. Cabe ao médico ou profissional envolvido comunicar a ocorrência de maus-tratos. A não comunicação à autoridade competente dos casos que tenha conhecimento implica em infração administrativa, com multa de três a vinte salários de referência. Aplica-se o dobro da penalidade nos casos de reincidência (ECA – art. 245).

Ao se realizar o diagnóstico de maus-tratos, ao profissional de saúde é atribuído a obrigatoriedade da notificação, assegurada também pelo Conselho Federal de Medicina<sup>22</sup> e

---

<sup>21</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM 737 de 16/05/01. Ed. Ministério da Saúde, 2005, p. 4.

Conselhos Regionais. O médico tem o dever legal de comunicar à autoridade competente os casos de maus-tratos, ainda que sejam apenas suspeitas, não se configurando como quebra de sigilo profissional e, portanto não acarreta infração ética (CREMERJ 76/99).

O termo maus-tratos é bastante difundido para se caracterizar a violência, contudo cabe a ressalva de que essa definição é criticada por vários estudiosos em razão da conotação moral que carrega, ou seja, a existência de maus-tratos, em contraposição aos “bons-tratos”. A moralidade preside no fato de que a concepção de “bom” ou “ruim” é dotada de relatividade porque depende das escolhas do indivíduo e das formas de relações de uma dada sociedade.

A notificação de maus-tratos contra a infância também foi destacada pela PNRMAV, do qual participaram representantes da sociedade civil organizada e a Sociedade Brasileira de Pediatria na elaboração de um plano de intervenção para o atendimento de crianças.

Este procedimento de notificação é lei federal, devendo ser realizado em todo território nacional por ser um direito da criança e um dever do profissional de saúde, assim ela não deve ser efetuada na perspectiva da caridade ou por motivações pessoais. Outro fato é que a notificação não deve ser entendida como uma denúncia policial, e sim uma sensibilização da família, um alerta sobre a necessidade de intervir na relação entre vítimas e agressores, objetivando minimizar ou romper com a prática de atitudes violentas.

Vale ressaltar que a denúncia também se faz importante para o reconhecimento da violência enquanto crime porque viola os direitos da criança.

O procedimento da notificação nas unidades de saúde permite não apenas proteger a criança vitimizada como colabora para a sistematização as informações registradas de modo a prover o perfil epidemiológico quanto à situação destas bem como a qualidade do atendimento hospitalar porque permite identificar as potencialidades e fragilidades dos serviços. A análise dessas informações permite a reformulação das ações de promoção e prevenção, podendo,

---

<sup>22</sup> Conselho Federal de Medicina – parecer nº. 815/97 – “O médico tem o dever de comunicar às autoridades competentes os casos de abuso sexual e maus-tratos, configurando-se como justa a revelação do segredo profissional.”

inclusive, ser utilizada como instrumento educativo aos profissionais, além de subsidiar a formulação de políticas públicas.

No ano de 2001, foi decretado pelo Ministério da Saúde a Portaria nº. 1968 de 26/10/01 que estabeleceu nas instituições de saúde pública conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) a obrigatoriedade do encaminhamento da notificação aos Conselhos Tutelares locais, mediante o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória.

Os casos de violência (física, sexual, psicológica, etc.) contra a criança por ser originado, em sua maioria das relações familiares, representa um desafio aos profissionais de saúde diagnosticar os abusos em razão da cultura de sacralidade da família, pois difundido o ideário de que é o lugar onde as crianças estão protegidas e onde devem ser educadas e disciplinadas.

Como a vitimização da infância decorre principalmente da violência doméstica, segundo os dados estatísticos, este fato exige do setor saúde novas abordagens de intervenção sobre o fenômeno não podendo ser considerada a partir da concepção de disfunção patológica, seja do agressor ou agredido, porque as interações familiares resultam dos condicionantes culturais e sociais. Assim sendo, na ocorrência de violência doméstica, embora os agredidos possuam maiores agravos, todos são vítimas, só que em diferentes graus. Logo, toda a família necessitará de orientação e tratamento oferecidos pelos serviços de prevenção e atendimento médico.

### **CAPÍTULO 3 - Caracterização Sócio-Demográfica do Distrito Federal.**

O Distrito Federal, fundado em 21 de abril de 1960 para ser a sede da capital brasileira, apresenta peculiaridades em relação às demais cidades não só por ser o centro do poder político do país, mas pelo marco de seu urbanismo e arquitetura, sendo declarada pela UNESCO patrimônio Cultural da Humanidade, além da singularidade de seus habitantes advindos de diversas regiões do Brasil.

Apresentando a maior renda per capita do país, o Distrito Federal possui a melhor qualidade de vida entre os 27 Estados, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), correspondente à longevidade, educação e renda.

O IDH do DF em 2003 foi de 0,849 – numa escala que varia de 0 a 1, estando acima da média do país – 0,766.

Segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD, 2004 a área de abrangência da capital do país ocupa hoje cerca de 5822,1 quilômetros quadrados, equivalendo a 0,06% do território nacional.

O Distrito Federal encontra-se subdividido em 29 Regiões Administrativas (RAs), com base na Lei Orgânica – DF 49/1989 e Lei 110/1990. São elas: RA I Brasília, RA II Gama, RA III Taguatinga, RA IV Brazlândia, RA V Sobradinho, RA VI Planaltina, RA VII Paranoá, RA VIII Núcleo Bandeirante, RA IX Ceilândia, RA X Guará, RA XI Cruzeiro, RA XII Samambaia, RA XIII Santa Maria, RA XIV São Sebastião, RA XV Recanto das Emas, RA XVI Lago Sul, RA XVII Riacho Fundo, RA XVIII Lago Norte, RA XIX Candangolândia, RA XX Águas Claras, RA XXI Riacho Fundo II, RA XXII Sudoeste e Octogonal, RA XXIII Varjão, RA XXIV Park Way, RA XXV SCIA – Setor Complementar de Indústria, RA XXVI Sobradinho II, RA XXVII Jardim Botânico, RA XXVIII Itapoã e a RA XXIX SIA – Setor de Indústria e Abastecimento.

Cada Região Administrativa possui Administrador responsável pela execução dos serviços públicos locais.

Atualmente, o Distrito Federal possui 2096.534 habitantes, cujo 48% são brasilienses, enquanto os migrantes correspondem a 52%, conforme dados da PDAD/2004.

Gráfico 01: População do DF

| Distrito Federal<br>Regiões Administrativas | Total da População      |     | Área<br>(Km <sup>2</sup> ) | Densidade<br>Demográfica<br>(Hab/Km <sup>2</sup> ) |
|---|-------------------------|-----|----------------------------|--|
|   | Número de<br>Habitantes | %   |                            |  |
| RA I– Brasília                              | 198.906                 | 9,6 | 473                        | 419,4  |
| RA II– Gama                                 | 112.019                 | 5,4 | 276                        | 472,9  |
| RA III– Taguatinga                          | 223.452                 | 11  | 121                        | 2.007,2  |
| RA IV– Brazlândia                           | 48.958                  | 2,4 | 474                        | 111,2  |
| RA V– Sobradinho                            | 61.290                  | 3   | 569                        | 226,2  |
| RA VI– Planaltina                           | 141.097                 | 6,8 | 1537                       | 95,7   |
| RA VII– Paranoá                             | 39.630                  | 1,9 | 852                        | 64,4   |
| RA VIII– Núcleo Bandeirante                 | 22.688                  | 1,1 | 82                         | 442,5  |
| RA IX– Ceilândia                            | 332.455                 | 16  | 232                        | 1.482,9  |
| RA X– Guará                                 | 112.989                 | 5,4 | 46                         | 2.524,8  |

|                             |         |     |     |         |
|-----------------------------|---------|-----|-----|---------|
| RA XI– Cruzeiro             | 40.934  | 2   | 9   | 7.098,1 |
| RA XII– Samambaia           | 147.907 | 7,1 | 106 | 1.550,2 |
| RA XIII– Santa Maria        | 89.721  | 4,3 | 211 | 467,1   |
| RA XIV– São Sebastião       | 69.469  | 3,3 | 383 | 167,9   |
| RA XV– Recanto das Emas     | 102.271 | 4,9 | 101 | 919,3   |
| RA XVI– Lago Sul            | 24.406  | 1,2 | 190 | 147,9   |
| RA XVII– Riacho Fundo       | 26.093  | 1,3 | 55  | 759,3   |
| RA XVIII– Lago Norte        | 23.000  | 1,1 | 54  | 541,5   |
| RA XIX– Candangolândia      | 13.660  | 0,7 | 7   | 2.351,0 |
| RA XX– Águas Claras         | 43.623  | 2,1 | *   | *       |
| RA XXI–Riacho Fundo II      | 17.386  | 0,8 | *   | *       |
| RA XXII– Sudoeste/Octogonal | 46.829  | 1,3 | *   | *       |
| RA XXIII– Varjão            | 5.945   | 0,3 | *   | *       |
| RA XXIV– Park Way           | 19.252  | 0,9 | *   | *       |
| RA XXV– SCIA (Estrutural)   | 14.497  | 0,7 | *   | *       |
| RA XXVI– Sobradinho II      | 71.805  | 3,5 | *   | *       |

|                  |          |     |         |        |
|------------------|----------|-----|---------|--------|
| RA XXVII– Itapoã | 46.252   | 2,2 | *       | *      |
| Distrito Federal | 2096.534 | 100 | 5.822,1 | 353,53 |

Fonte: SEPLAN/CODEPLAN – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD-2004.

(\*) Não Existem dados das respectivas RAs por estarem aguardando definições poligonais. A RA XXIX – SIA foi criada em 2005 e não possui unidades residenciais.

Cerca de 32% da população do Distrito Federal é composta por crianças e adolescentes (0 a 18 anos), totalizando 670.890 habitantes. A infância – de 0 a 7 anos – corresponde uma parcela de 7,1% da população do DF.

Gráfico 02: População da Infância no DF

| Faixa Etária | Habitantes | %   |
|--------------|------------|-----|
| Até 1 ano    | 57.422     | 2,7 |
| 2 a 4 anos   | 105.256    | 5   |
| 5 a 6 anos   | 70.457     | 3,4 |
| 7 a 9 anos   | 105.852    | 5   |

No último Censo Demográfico realizado pelo IBGE a população do Distrito Federal no ano de 2005 aumentou para 2333.108 habitantes, com a densidade demográfica de 403,01 hab/Km<sup>2</sup>.

Quanto ao grau de instrução da população, o Distrito Federal apresenta o maior índice do país.

Gráfico 03: Nível de Escolaridade no DF.

| Escolaridade             | Quant. Pop. | %    |
|--------------------------|-------------|------|
| Analfabeto               | 54.247      | 2,6  |
| Sabe ler e escrever      | 28.540      | 1,04 |
| Alfabetização de adultos | 4.422       | 0,2  |

|                                |          |      |
|--------------------------------|----------|------|
| Pré-escolar                    | 81.091   | 3,9  |
| 1º grau incompleto             | 634.026  | 30,2 |
| 1º grau completo               | 194.745  | 9,3  |
| 2º grau incompleto             | 150.093  | 7,2  |
| 2º grau completo               | 474.649  | 22,6 |
| Superior completo              | 124.325  | 5,9  |
| Superior incompleto            | 176.726  | 8,4  |
| Mestrado                       | 14.059   | 0,7  |
| Doutorado                      | 4.669    | 0,2  |
| Menor de 7 anos fora da escola | 154.994  | 7,4  |
| Total                          | 2096.534 | 100  |

Fonte: SEPLAN/CODEPLAN – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/04.

Ainda conforme a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/2004, o DF apresenta uma Renda Mensal Domiciliar de 9 salários-mínimos e a Renda Per Capta Mensal de 2,4. Apesar de estes valores representarem uma média, existe uma enorme disparidade entre as Regiões Administrativas. O Lago Sul possui a maior renda (Renda Mensal Domiciliar de 43,4 salários-mínimos e a Renda Per Capta Mensal de 10,8) enquanto as RAs mais precarizadas apresentam índices muito menores, como é o caso de Itapoã – menor renda do DF – com a Renda Mensal Domiciliar de 1,6 e Renda Per Capta Mensal de 0,4 salários-mínimos.

A Pesquisa de Emprego e Desemprego do DF de 2005 demonstra que as taxas de desemprego têm diminuído, passando de 19,3% em dezembro de 2004 para 17,8% nos dias atuais, em razão do crescimento de empregos, gerados principalmente pelo Setor de Serviços (geração de 20,2 mil postos de trabalho) e a Administração Pública (15,9 mil empregos)

Os dados da População Economicamente Ativa (PEA) revelam que em julho de 2005, o DF possuía 222,4 mil desempregados, um número bastante elevado se comparado com a população economicamente ativa, de 1,19 milhão.

De fato o desemprego é um dos fatores que contribuem – porém não determinam – para a disseminação da violência.

Em relação ao abastecimento de água e esgoto do DF, a prestação de serviços de abastecimento e saneamento é fornecida pela CAESB – Companhia de Água e Esgotos de Brasília. Segundo dados da pesquisa Distrito Federal – Síntese de Informações Socioeconômicas – 2006, realizada pela CODEPLAN a CAESB atende atualmente cerca de 92% da população com abastecimento de água e 88% com a coleta de esgoto. Apenas 66% dos esgotos coletados são tratados.

## CAPÍTULO 4 - Panorama do Sistema de Saúde Pública do Distrito Federal

### 4.1 - Caracterização do Sistema Único de Saúde – DF

O Distrito Federal possui 16 hospitais públicos, 61 centros de saúde e 33 postos de saúde. Essas unidades de saúde realizam o atendimento de alta, média e baixa complexidade não apenas da população local como a região do Entorno.

Gráfico 08: Unidades de Saúde no DF e Complexidade (2007)

| Unidades de Saúde      | Alta Complexidade | Média Complexidade | Baixa Complexidade |
|------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Hospital Regional      | 2                 | 9                  | –                  |
| Hospital Terciário     | 1                 | –                  | –                  |
| Hospital Especializado | 3                 | 1                  | –                  |
| Centro de Saúde        | –                 | 61                 | –                  |
| Posto de Saúde Urbano  | –                 | –                  | 11                 |
| Posto de Saúde Rural   | –                 | –                  | 21                 |

As unidades de saúde além de atender os agravos decorrentes de acidentes e violências, realizam medidas interventivas voltadas à promoção da saúde e medidas preventivas de práticas violentas. Este atendimento é viabilizado com os serviços das 89 equipes de Saúde da Família – desenvolvem ações focadas na prevenção primária – e a SAMU – Serviço de Emergência – que efetua o atendimento pré-hospitalar no transporte de vítimas de violências, ambos visam complementar e qualificar os serviços de saúde no atendimento de acidentes e violências, a fim de reduzir a morbimortalidade.

Os casos de violência que necessitam de atendimento de alta complexidade são encaminhados aos hospitais do Plano Piloto – Hospital regional da Asa Sul (HRAS) e o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).

Conforme dados do anuário estatístico do DF- SEPLAN (2005), o sistema de saúde pública do Distrito Federal possui 4088 leitos de várias especialidades – cirúrgico, clínico, pediátrico, complementar, obstétrico e outros – entretanto, em razão da exclusiva demanda, ainda tanto das regiões administradas como do Entorno, o percentual de leitos torna-se insuficiente.

A escassez de recursos humanos, ademais dos financeiros e materiais dificulta o atendimento qualificado nas entidades conveniadas ao SUS. Dados da Secretaria de Saúde revelam que o quadro de médicos efetivos conta com 3733 profissionais, das mais diversas especialidades. Existem 574 pediatras e 31 cirurgiões pediátricos para atender as demandas da infância de todo o DF.

Para um efetivo atendimento dos sujeitos vitimizados (sejam crianças, adolescentes, idosos, mulheres, homens, etc.) se faz necessário uma intervenção multidisciplinar já que o fenômeno da violência é multifacetado - de ordem biopsicossocial. O gráfico abaixo dispõe sobre o quadro de profissionais da saúde no DF.

Gráfico 09: Quadro de profissionais para atendimento hospitalar – DF, 2007.

| Profissionais                     | Quantidade |
|-----------------------------------|------------|
| Técnicos/Auxiliares de Enfermagem | 7510       |
| Enfermeiros                       | 1495       |
| Clínicos Gerais                   | 541        |
| Pediatras                         | 573        |
| Cirurgiões Gerais                 | 237        |
| Cirurgiões Obstétricos            | 2          |
| Nutricionistas                    | 218        |
| Anestesiologistas                 | 215        |
| Radiologistas                     | 128        |
| Cirurgiões Ortopedistas           | 45         |

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Farmacêuticos                  | 200 |
| Fisioterapeutas                | 159 |
| Assistentes Sociais            | 158 |
| Ortopedistas                   | 190 |
| Cardiologistas                 | 116 |
| Psicólogos                     | 72  |
| Cirurgiões Pediátricos         | 31  |
| Oftalmologistas                | 67  |
| Neurocirurgiões                | 20  |
| Cirurgiões Vasculares          | 13  |
| Cirurgiões Cardiovasculares    | 13  |
| Cirurgiões Plásticos           | 27  |
| Terapeutas Ocupacionais        | 19  |
| Otorrinolaringologistas        | 39  |
| Hematologistas                 | 22  |
| Neurologistas                  | 35  |
| Odontólogos                    | 280 |
| Intensivistas                  | 9   |
| Gastroenterologistas           | 21  |
| Cirurgiões Torácica            | 83  |
| Psiquiatras                    | 2   |
| Neuropediatras                 | 2   |
| Angiologistas                  | 2   |
| Cirurgiões Buco-maxilo-faciais | 0   |
| Toxicologistas                 | 0   |
| Agente de Saúde Pública        | 264 |
| Agente comunitário de Saúde    | 830 |

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES DF – 2006

## 4.2 - Violência física contra criança – DF

O fenômeno da violência manifesta-se de forma distinta em grupos específicos como mulheres, crianças e idosos.

Os índices de morbimortalidade infantil têm intensificado no Distrito Federal, sobretudo no segmento da infância. Em crianças a violência procede a majoritariamente do âmbito familiar.

Segundo a pesquisa *Análise Diagnóstica de Sistemas Locais de Saúde para Agravos Provocados por Acidentes e Violências no período de 2003 a 2004* (CLAVES/FIOCRUZ) no ano de 2003 foram notificados 307 casos de crianças vítimas de violência doméstica (física, sexual, psicológica e negligência) no DF. Destes 307 casos, cerca de 159 casos constatou-se a violência física contra meninos e meninas, totalizando 51% dos registros.

A tabela abaixo retrata que em 2003, 48% das crianças de 0 a 9 anos sofreram violência física. Em 2004 esse percentual diminuiu aproximadamente 11,5%.

Gráfico 06: Violência Física segundo Faixa Etária (2003-2004)

| Violência Física |       |       |
|------------------|-------|-------|
| Ano              | 2003  | 2004  |
| Faixa Etária     | %     | %     |
| 0 a 3 anos       | 3,53  | 7,35  |
| 4 a 6 anos       | 22,35 | 11,76 |
| 7 a 9 anos       | 22,35 | 17,65 |

Fonte: CLAVES/FIOCRUZ, 2005.

Conforme o gráfico 07, os genitores (pai/mãe) são responsáveis por mais de 80% dos casos registrados de violência física. Esse percentual desmistifica o mito do amor materno bem como o caráter de sacralidade da instituição família. Os pais e tutores transgridem sua

relação de autoridade e o pátrio poder, ao infringir castigos físicos severos colaborando para a submissão das crianças aos desígnios dos adultos.

Gráfico 07: Violência Doméstica segundo o Agressor (2003-2004)

Violência Física

| Ano                       | 2003  | 2004  |
|---------------------------|-------|-------|
| Agressor                  | %     | %     |
| Genitora                  | 54,05 | 28,13 |
| Genitor                   | 27,03 | 56,25 |
| Outros membros da família | 8,11  | 0     |
| Padrasto                  | 4,05  | 6,25  |
| Responsável               | 2,7   | 0     |
| Fora da família           | 0     | 9,38  |
| Não Identificado          | 4,05  | 0     |

Fonte: CLAVES/FIOCRUZ, 2005.

Ainda conforme dados da *Pesquisa Análise Diagnóstica de Sistemas Locais de Saúde para Agravos Provocados por Acidentes e Violências* (CLAVES/FIOCRUZ), as Regiões Administrativas do Distrito Federal que registraram o maior número de casos de violência física contra a criança, realizada no âmbito doméstico, no ano de 2004 foi Santa Maria (13 casos), Samambaia (5 casos), Ceilândia (1), Recanto das Emas (2), Cruzeiro (3), Sobradinho (2), Asa Norte (2) e Planaltina (6 casos). Destacam-se as Regiões Administrativas da Samambaia que obteve o maior número de notificação de agressão contra criança no ano de 2003, 13 casos, e Santa Maria em 2004 com o registro de também 13 casos. Ambas as Regiões Administrativas, assim como as demais citadas anteriormente – com exceção da Asa Norte – são localidades periféricas que apresentam sérios problemas de desenvolvimento desigual (falta de saneamento, trabalho, educação e saúde) quando comparado as demais cidades, especialmente a área nobre do Plano Piloto (Lago Sul, Lago Norte, Asa Sul e Asa

Norte) o que propicia a disseminação de práticas violentas nas relações sociais e interpessoais, porém não se constitui um fator determinante da violência.

A partir desses dados, também pode-se inferir que a violência física contra a criança nas classes sociais privilegiadas da região do Plano Piloto constitui-se numa prática mais velada visto que não se teve acesso a nenhum registro de casos violentos nestas localidades nobres.

Segundo o NEPAV, Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências, durante período de janeiro a outubro de 2005, cerca de 10 meses, foram registrados 339 casos de violência contra criança e adolescente, número superior aos anos de 2003 e 2004.

## **CAPÍTULO 5 - Conhecendo os Programas e Diretrizes da PNRMAV (Portaria GM/MS nº. 737 de 16/05/01) e a Portaria 1968/GM de 16/10/01**

A violência física contra a infância exige uma intervenção do Estado e Sociedade Civil na defesa dos direitos da criança determinados pela Lei Federal nº. 8069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente. Outro instrumento que assegura a integridade da infância é a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que tem por objetivo reduzir as taxas de morbimortalidade através da proposição de um conjunto de diretrizes norteadoras do Setor Saúde nas três esferas (federal, estadual e municipal) de modo a garantir a qualidade de vida de toda a população. São elas:

- Promoção e adoção de comportamentos saudáveis;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e violência;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências;
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação dos recursos humanos;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

A PNRMAV também possui interfaces com outras portarias como a Portaria nº1968/GM de 26/10/01 que determina a obrigatoriedade da notificação às autoridades competentes, casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças atendidas nas entidades do SUS, mediante o preenchimento da Ficha Única de Notificação Compulsória. Ambas as normatizações subsidiam a análise deste estudo.

No Distrito Federal, a Secretaria de Saúde (SEAS-DF) é a entidade responsável pela manutenção e funcionamento da rede pública de saúde local. Organiza os serviços de comercialização de medicamentos, distribuição de equipamentos e insumos, fiscaliza os

exercícios das profissões, ademais de coordenar programas, inclusive de enfrentamento da violência na rede de saúde pública.

Desde 1997 a Secretaria de Saúde do DF executa ações para atendimento de vítimas de violências (idosos, mulheres, crianças). No entanto, estas ações durante alguns anos se restringiram ao Hospital Regional da Asa Sul – HRAS.

Ainda no ano de 1997 a SEAS-DF implementou na unidade hospitalar do HRAS o Programa de Proteção à Criança Víctima de Maus-Tratos, priorizando a sistematização das ações e capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento.

Nos anos seguintes, em 1999, foi elaborado a Ficha de Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes, o “Manual de orientação dos profissionais de saúde nos atendimentos à criança e ao adolescente vítima de maus-tratos” e a formação da Rede de Atenção às Víctimas de Violência no DF que realizava reuniões mensais para o enfrentamento de violências com a participação de entidades governamentais e não-governamentais como as Secretarias de Saúde, Educação, Segurança, a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher, a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Programa Picasso Não Pichava, Esporte e Lazer, DETRAN, Promotoria da Mulher, Vara da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Cecria e outros, resultando na aprovação do Plano de Enfrentamento a Violência e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, em 2005. Todas essas ações, pautadas na intersetorialidade, possibilitaram uma melhora substantiva no atendimento dos indivíduos vitimizados, pois permitiu uma intervenção mais efetiva sobre a problemática já que a violência é um fenômeno social decorrente de vários fatores sociais.

Com o número excessivo de crianças vítimas de violências atendidas no HRAS, o Serviço Social da instituição propôs a descentralização do programa para a consolidação de uma intervenção mais qualificada e que abarcasse as demandas das outras Regiões Administrativas. Para tanto foi criado um comitê composto por assistentes sociais, psicólogos e médicos, em 2001, que aprovou a descentralização, dando início no ano de 2002, o processo de capacitação das categorias profissionais, focado as medidas interventivas na prevenção.

Em 2003, após recomendação do Ministério da Saúde, foi criado o Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências, o NEPAV, através do Decreto nº. 23818 de 03 de junho de 2003 e publicado no D.O. do DF no dia 04/06/2003, como estratégia de viabilização da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria GM/MS nº. 737 de 16/05/01) que determina a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, no caso o Distrito Federal, em “*promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo Estado*”<sup>23</sup>. Realizar ações em consonância à política nacional, porém, implementá-las de acordo com as especificidades do município.

O NEPAV tem por objetivo reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no DF por meio da proposição e execução de políticas públicas de promoção, prevenção e atendimento a crianças, adolescentes, idosos, mulheres vítimas de violência física, sexual, psicológica, negligência além dos eventos acidentais.

Para o enfrentamento da violência na rede de saúde pública o NEPAV realiza as seguintes medidas: coordenação da Rede Intersetorial de Atenção a Vítimas de Violência no DF (articuladas às Secretarias de Educação, Segurança, Saúde, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Vara da Infância, Cecria, etc.), a institucionalização da Ficha Única de Notificação (conforme estabelecido pela Portaria nº. 1968/GM de 26/10/01), capacitação das categorias profissionais, elaboração de instrumental técnico, campanhas educativas, produção de material informativo e educativo, programas de prevenção em todos os níveis (primário, secundário e terciário), promoção à saúde, sistematização dos dados oriundos dos atendimentos hospitalares e análise de dados.

Neste mesmo ano de 2003 o NEPAV forneceu capacitação para todas regionais de saúde. Buscando dar maior autonomia as regionais foram criados os Programas de Prevenção para Acidentes e Violências (PAVs) para a consolidação da estratégia de descentralização do atendimento às vítimas. Implementou-se no DF 16 PAVs para melhor acolhimento e

---

<sup>23</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM 737 de 16/05/01. Ed. Ministério da Saúde, 2005, p. 26.

acompanhamento das vítimas e seus familiares. Todavia nem todos os PAVs das regionais de saúde encontraram-se estruturados para a garantia de um atendimento qualificado. Apenas 3 PAVs se constituem em experiências exitosas: o Adolescento, o Programa Violeta (no HRAS, pioneiro no atendimento a vítimas de violência) e o Projeto Margarida (no HRAN – Hospital Regional da Asa Norte), tanto que os casos de violência que exigem uma intervenção de alta complexidade são transferidos para as unidades hospitalares do HRAS e HRAN.

A implementação dos PAVs, da ficha de notificação e da intersetorialidade representou grandes avanços na saúde, principalmente sobre o atendimento de crianças vitimizadas.

## **5.1 - Os Programas de Prevenção a Acidentes e Violências – PAVs**

### Programa Violeta

O Programa de Prevenção a Acidentes e Violências da Asa Sul, HRAS, denominado Programa Violeta abrange as demandas de violência oriundas dos Centros de Saúde nº. 1, 5, 6, 7 e 8, desenvolvendo ações voltadas para criança, adolescente e mulher.

No tocante à criança, o atendimento é diferenciado e realizado pelos profissionais já capacitados seja no pronto socorro ou centros de saúde. Após o atendimento de urgência o Programa fornece acompanhamento semanal ou quinzenal, dependendo da necessidade do paciente, com a psicóloga infantil estendendo o tratamento psicológico aos familiares das vítimas (terapia familiar ou individual), vinculado ao trabalho do Serviço Social. A equipe do programa procura contactar com a instituição de ensino onde a criança encontra-se matriculada a fim de interá-los da situação de violência. Caso a criança ou familiares não compareçam às consultas e exames a equipe faz busca dos mesmos por telefone ou em visita domiciliar, para isso procuram obter o maior número de dados (telefone, endereço) do paciente.

Em relação à violência física, os dados estatísticos do PAV/HRAS revelam que em 2004 ocorreram 5 casos (num total de 79 registros de outros tipos de violência; realizado 16 casos pelo pai, mãe, 26 casos, 3 casos de violência sexual praticadas pelo pai e 4 registros realizados pelo padrasto). A genitora foi responsável pelos números de violência física, totalizando 4 casos.

### Projeto Margarida

O Programa de Prevenção para Acidentes e Violências do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) foi implementado em 2004. Com o objetivo de atender mulheres vítimas de violência sexual e doméstica, o Programa Margarida recebe demandas advindas das unidades de Saúde de todo o Distrito Federal.

Ainda que este programa tenha focado seus serviços para o enfrentamento da violência sexual, também são atendidas crianças vítimas de violência física, utilizando-se a abordagem psicossocial.

Um ponto relevante no Projeto Margarida consiste no seu funcionamento por agenda aberta, ou seja, às vítimas chegam à entidade e são atendidas imediatamente, pois considera-se que a violência é uma questão de urgência.

Os dados sistematizados encontrados do Projeto Margarida são relativos à violência sexual. No ano de 2004 foram realizados 97 atendimentos (primeira consulta e retornos), destes, houve um caso de violência física decorrente de tentativa de abuso sexual e 1 registro de violência sexual em crianças de 6 a 10 anos.

### Adolescentro

O Adolescentro – Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção Integral ao Adolescente – desenvolve ações destinadas a jovens vítimas de violência sexual. Embora não

seja o foco deste estudo, e sim crianças vítimas de violência física, este programa merece destaque por se constituir numa experiência bem sucedida combater a violência sob perspectiva da totalidade (biológico, psicológico e social), acompanhando a vítima ou agressor, estabelecendo parcerias com a família.

## **5.2 - Rotina de atendimento a crianças vítimas de violência física**

O atendimento a crianças vitimizadas nas regionais de saúde, em geral, segue a rotinização pré-estabelecida pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, mais especificamente pela Subsecretaria de Atenção à Saúde Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde e a Gerência de Saúde da comunidade NEPAV.

O primeiro passo do procedimento consiste em identificar a violência física. Segundo a coletânea de artigos publicados pela Secretaria de Estado De Saúde do Distrito Federal (SES-DF) <sup>24</sup> os indicadores físicos para a identificação da violência são a ocorrência de lesões como queimadura, hematoma, fratura e ocultação de lesões antigas. A criança vitimizada comporta-se de maneira agressiva ou apática, hiperativa ou depressiva; tende a isolar-se; baixa-estima, tristeza, medo dos pais, dificuldade no aprendizado, faltas freqüentes à escola, fuga de casa; por vezes pode chegar a relatar as agressões. Já as características da família agressora são: tentativa de ocultar as lesões, alega a criança ser desobediente e rebelde, abusa de álcool e drogas, possui expectativas irreais acerca da criança, defende uma disciplina severa, além de possuir antecedentes de maus-tratos nas relações familiares.

O atendimento é realizado por uma equipe interdisciplinar dado a complexidade do fenômeno da violência, efetuada por médicos, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares de enfermagem e enfermeiros.

Nas unidades básicas, após a constatação da violência física a Ficha de Notificação Compulsória é preenchida e encaminhada ao Serviço Social. Os casos graves que necessitam de atendimento de alta complexidade são encaminhados aos Hospitais – como HRAN e

---

<sup>24</sup> SES-DF. (2006) Enfrentando a Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal.

HRAS. Já nas unidades hospitalares os casos de abuso físico são encaminhados ao Serviço Social e/ou à Saúde Mental. Em caso de violência grave a Ficha de Notificação é preenchida e registrada a ocorrência no plantão policial do Hospital – este registra o ocorrido na Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) ou em delegacias próximas.

Cabe ao assistente social encaminhar as notificações ao Conselho Tutelar da localidade ou Vara da Infância e Juventude, juntamente com o parecer da Psicologia, além de promover nas unidades de saúde a prevenção primária e secundária por meio de visitas ou solicitadas ao Conselho Tutelar, devendo encaminhar a família ao Grupo de Orientação aos Pais ou se necessário à equipe de Saúde Mental da regional. Também são de competência do Serviço Social encaminhar a família para a Rede de Proteção Social, CDs e outros, a fim de assegurar recursos.

Todos os profissionais envolvidos, segundo a SES-DF, participam de reuniões interdisciplinares com a equipe do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência para o estudo de caso.

O atendimento a violência física contra a criança tem assegurado a intersetorialidade, solicitando a participação dos setores de Emergência, Clínica, Ambulatório, Serviço Social, Enfermagem, Direção da unidade, Vigilância Epidemiológica, Programas de Prevenção para Acidentes e Violências, Polícia Civil e Militar, Odontologia e Saúde mental, além da existência da articulação com a Delegacia De proteção à Criança e ao Adolescente e a Vara da Infância e Juventude.

### **5.3 - Análise diagnóstica**

A análise de dados foi realizada mediante as informações de fontes secundárias relativas ao HRAS e HRAN, instituições hospitalares e referências no atendimento de violências. Essas unidades representam somente 12,5% dos Programas de Prevenção para Acidentes e Violências, revelando a fragilidade desta pesquisa. Os demais PAVs, os 13

existentes no DF, com exceção do Adolescente, ainda encontram-se em fase de institucionalização nas unidades não sendo possível obter dados relativos ao atendimento.

O NEPAV, Núcleo de Estudos e Programas para Acidentes e Violências, criado para maior envolvimento dos gestores municipais no atendimento dos agravos acidentais e violentos, possui como atribuições definir políticas de prevenção e acolhimento às vítimas, realizar diagnósticos, capacitação profissional, elaborar materiais informativos e promover articulação intersetorial para resposta mais qualificada às demandas vitimizadas. Seu trabalho está voltado também à violência física contra crianças.

Segundo o NEPAV, o atendimento de alta complexidade para os casos de violência é realizado pelo HRAS e HRAN. Também destinam à criança vítima violência física o acompanhamento com uma abordagem psicossocial. Este fato demonstra a concentração dos serviços qualificados e de alta complexidade no Plano Piloto, o que reforça a desigualdade quanto à distribuição dos serviços de saúde, resultado da segregação social e mesmo espacial presente em toda a história da construção de Brasília. Ademais, esses serviços não são capazes de atender as demandas de todo o Distrito Federal.

A diretriz **promoção da adoção de comportamentos e ambientes saudáveis**, foco da PNRMAV, é assegurada por meio da sensibilização e mobilização da sociedade através da distribuição de material informativo e educativo, fornecido pelo NEPAV (elaboração de cartilhas, VTs, folhetos e outros materiais) objetivando empoderar os indivíduos de modo que possam desenvolver a co-responsabilidade destes cidadãos na defesa dos direitos da criança bem como o acompanhamento da implementação da política mencionada acima, vislumbrando a possibilidade de ruptura com a prática do exercício do pátrio poder para a submissão e danos físicos. Não foi possível obter informações sobre o alcance deste material informativo para a população do DF. As instituições do HRAS e HRAN também desenvolvem um atendimento pautado em ações preventivas e de promoção.

A **monitorização da ocorrência de acidentes e violências** diz respeito à capacitação e mobilização dos profissionais em todos os níveis de atendimento do SUS (urgência e emergência) para superar os problemas relativos à informação sobre acidentes e violências.

Existe a preocupação do NEPAV em articular os dados das unidades de saúde com outros setores como SAMU, IML, Corpo de Bombeiros, etc., entretanto a sistematização do banco de dados ainda apresenta fragilidades, sobretudo nos PAVs que ainda encontram-se em fase de implementação.

Conforme relatado pelo NEPAV, a notificação de violência física contra criança existe entraves profissionais em realizá-la seja por medo de represálias ou pelo despreparo em identificar a violência física – que nem sempre resulta em traumas visíveis. A fim de contornar esses obstáculos as entidades hospitalares do HRAS e HRAN destinam ao acolhimento de crianças vitimizadas aqueles profissionais já capacitados, de modo a evitar falhas nos registros, para que possa retratar a dimensão da problemática e subsidiar o monitoramento dos serviços de saúde.

Nestas unidades de saúde a notificação é padronizada pela SEAS-DF (Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra Criança) e encaminhada ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e Juventude (VIJ).

**A sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar** são asseguradas nas entidades do HRAS e HRAN por meio da padronização de rotinas, materiais e veículos, principalmente porque estas instituições hospitalares são de alta complexidade, o que garante uma melhor integração do atendimento hospitalar e pré-hospitalar.

**A assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências** presumem esforços para garantir a intersetorialidade dado a complexidade social do fenômeno. Para o enfrentamento da violência física destinada à criança o NEPAV promove a articulação com áreas jurídicas e de segurança, como a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Promotoria de Defesa da Infância e Juventude, Vara da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, etc.

O tratamento multidisciplinar oferecido pelo HRAS e HRAN, focado na prevenção, permite atender a criança vitimizada a partir de sua dimensão social, psicológica e biológica, porém, segundo o NEPAV, nos demais PAVs o tratamento segue sendo medicalizado,

restringindo-se aos cuidados das lesões corporais e desprovido de qualquer abordagem psicossocial.

A **capacitação dos recursos humanos** possibilita o número de profissionais qualificados cada vez maior para o acolhimento. Como forma de complementar a deficiência curricular dos cursos acadêmicos da área de saúde, o NEPAV fornece capacitações e instrumental técnico para melhor preparo no atendimento de causas externas, sobretudo em relação à violência intrafamiliar em que persiste, majoritariamente entre os profissionais, a ideologia de que a família é uma instituição privada – logo, não deve haver a intervenção do público – e lugar sagrado, onde a criança supostamente estaria protegida, ainda é majoritária entre os profissionais.

**Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas:** o NEPAV promove pesquisas e estudos sobre a violência e seus determinantes viabilizados por meio dos casos registrados durante o atendimento, todavia essas informações são restritas aos profissionais e de difícil acesso à população.

Quanto à diretriz *“estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação”* esta diz respeito ao aparelhamento das unidades de saúde aos pacientes nesta fase de atenção com o objetivo de evitar seqüelas e incapacidades, além de promover a reintegração familiar, laboral e social. Este estudo não analisou as crianças com seqüelas graves (deficiências) decorrente da violência física.

Conclui-se, portanto, que todas as diretrizes acima ainda estão em fase de implementação, mesmo nos hospitais de referência do DF, como o HRAS e HRAN. A apropriação destas diretrizes depende de uma melhor articulação entre os setores governamentais e não-governamentais. Merece destaque as ações dos programas Violeta e Margarida, destinadas ao enfrentamento da violência física contra a criança, através da equipe profissional multidisciplinar, visando um atendimento dentro da perspectiva de totalidade.

Vale ressaltar que essas diretrizes analisadas dizem respeito aos hospitais de referência no DF para atender crianças vitimizadas, logo, não podem ser entendidas como a realidade do

sistema de saúde pública de todo o DF, já que este estudo não teve acesso a dados de outras regionais de saúde.

Apesar das limitações existentes na rede de saúde pública do DF para a efetiva implementação da PNRMAV e da Portaria nº. 1968/GM os gestores de saúde devem voltar seus esforços e compromisso para a organização dos serviços de modo a atender as demandas de crianças vitimizadas, objetivando uma intervenção qualificada no âmbito familiar para romper com a prática violenta. E não apenas; deve-se também realizar o monitoramento e avaliação dos processos de efetivação dos PAVs no Distrito Federal a fim de averiguar os avanços e retrocessos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossa sociedade adultocêntrica, mesmo com os avanços legais obtidos com a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente e Código Penal, resultantes da relação Estado e Sociedade, as crianças seguem submetidas a inúmeros danos físicos, tendo que recorrer aos serviços hospitalares para o tratamento de seus traumas e lesões. Essa conjuntura demonstra a urgência de se romper com as práticas violentas presentes no trato com criança, principalmente através de políticas públicas que permitem engendrar mudanças sociais, daí está o desafio do Setor Saúde: atuar nos agravos das crianças vitimizadas de modo a promover com o modelo sócio-cultural que apóia a educação por meios da violência física.

Este estudo descreveu a situação dos programas das regionais de saúde no enfrentamento da violência física contra criança no Distrito Federal.

Desta forma, este estudo realizou uma análise diagnóstica do atendimento da rede pública de saúde do Distrito Federal às crianças vítimas de violência física, sob a hipótese de que as portarias destacadas anteriormente (GM/MS nº. 737 de 16/05/01 e nº. 1968/GM de 16/10/01) não são apropriadas, isto porque embora o atendimento exista, poucas são as regionais de saúde estruturadas de modo a atender as vítimas de violência. Aliás, a maioria dos programas de atendimento carece de uma abordagem psicossocial para a compreensão do fenômeno do abuso físico.

Os serviços de saúde qualificados estão concentrados na região do Plano Piloto, todavia, estes não são capazes de atender as demandas de todo o território do Distrito Federal, o que permite inferir que uma grande parcela da população de infância se encontra em condição de vulnerabilidade e risco social. Este panorama demonstra a urgência de repactuação das forças políticas do Distrito Federal no sentido de descentralizar as ações de saúde, de modo a garantir a implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Destacam-se alguns avanços no sistema de saúde no atendimento de crianças vítimas de agressão física a institucionalização da Ficha Única de Notificação Compulsória – que adquiriu maior visibilidade após a implantação do NEPAV – ações focadas para a promoção de ambientes saudáveis e a prevenção, além da descentralização dos serviços com a implantação dos PAVs – Programas de Prevenção para Acidentes e Violências, mesmo que de forma precária. A Rede Intersetorial de Atenção às Vítimas de Violências do DF também merece destaque no enfrentamento da violência física contra crianças.

Como dito anteriormente, um dos grandes obstáculos deste estudo consistiu na obtenção de dados. Houve a busca de informações, mas não foram encontrados dados sistematizados talvez porque não exista, de fato, esforços institucionais para sua sistematização ou por estes não se encontrarem disponíveis ao acesso da população. Diante deste fato, far-se-á aqui a primeira recomendação: criar um sistema de banco de dados que possam ser disponibilizados não somente às categorias profissionais da saúde como de livre acesso à população do Distrito Federal, provendo informações quanto o perfil de maus-tratos contra crianças e o atendimento na rede de saúde, a fim de fomentar outros estudos e pesquisas.

Visando adequar o atendimento dos serviços de saúde no Distrito Federal em relação à violência física contra a criança, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a rede pública de saúde deve promover políticas de enfrentamento dessa violação que priorizem ações governamentais e não-governamentais (art. 86), de prevenção e assistência médica e psicológica às vítimas (art. 87), seja para a criança ou à família, pois na família abusiva todos são vítimas (art. 98, 101, 129).

Contudo, para a consolidação desse atendimento visando abarcar a dimensão social das vítimas de violência física se faz necessário o compromisso dos gestores de saúde em implementar, de maneira efetiva, os demais PAVs existentes nas regionais de saúde, permitindo a descentralização tanto dos serviços, recursos e decisão política (ECA, art. 88) para melhor responder as demandas da infância vitimizada no DF, rompendo com a tradição de centralizar a política de atendimento à região do Plano Piloto.

Outras sugestões de melhorias, segundo a PNRMAV, para os serviços de saúde no enfrentamento da violência física contra a criança são:

- Prioridade por parte dos gestores de saúde do DF em implementar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

- Construir um sistema de banco de dados em todas as regionais de saúde que tenham os PAVs.

- Articular o banco de dados das regionais de saúde a outros sistemas de informação.

- Garantir em todos os PAVs um atendimento multidisciplinar às vítimas, dentro da perspectiva de totalidade (biológica, psicológica e social).

- Destinar à família abusiva, tratamento médico e psicológico evitando reincidir a agressão física.

- Priorizar ações de prevenção e promoção à paz.

- Fornecer cursos de capacitação profissional para qualificar o atendimento, a identificação da agressão física e o exercício da notificação.

- Monitorizar as ações destinadas ao enfrentamento da violência física contra a criança na rede de saúde pública do DF para averiguar seus avanços e retrocessos.

- Aliar ao atendimento a família já que os pais crêem serem os mais competentes para cuidar das crianças.

- Criar campanhas educativas, o NEPAV e a Secretaria de Saúde do DF a fim de instrumentalizar a sociedade sobre as legislações de proteção à infância para que possam exercer o controle sobre o cumprimento destas.

A contribuição deste trabalho está na pretensão de se discutir a temática da violência física a partir da perspectiva de totalidade – articulada aos aspectos históricos, políticos, econômicos, sociais – que influenciam no atendimento desta demanda pelo Setor Saúde, de

modo a colaborar através da proposição de melhorias aos serviços de Saúde do Distrito Federal bem como dar visibilidade à prática da violência física contra a criança. Enfim, a questão da arbitrariedade dos pais e/ou responsáveis, e instituições que infligem castigos corporais nas crianças de modo a “educá-las”, deve ser desnaturalizada, objetivando maior visibilidade à problemática para intervenções mais eficazes, por meio das políticas de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Maria Amélia. Notas para uma teoria crítica da violência familiar contra crianças e adolescentes. In: AZEVEDO, Maria Amélia e GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo (org.). **Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.

AZEVEDO, Maria Amélia e GUERRA, Viviane Nogueira de Araújo. Vitimação e Vitimização: questões conceituais. In: AZEVEDO, M.A. e GUERRA, V.N.<sup>a</sup> (org). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder – violência física e sexual contra crianças e adolescentes**. Ed. Iglu, São Paulo, 1989. p. 25-47.

BRITTO, Rosyan de Caldas. **Criança, Violência e Cidadania**. Belém: UNAMA/FCBIA/ASIPAG, 1994.

BUENO, Álvaro Rodrigues. Vitimização física: identificando o fenômeno. In: AZEVEDO, M.A. e GUERRA, V.N.<sup>a</sup> (org). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder – violência física e sexual contra crianças e adolescentes**. Ed. Iglu, São Paulo, 1989. p. 105-113.

CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. Políticas sociais e setoriais e por segmento – criança e adolescente. In: **capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3. Brasília, UnB, Cead, 2000. p. 185-200.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, Irene e PILOTTI, Francisco. **A Arte de Governar Crianças**. Rio de Janeiro: AMAIS e Universitária Santa Úrsula, 1995. p. 49-98.

\_\_\_\_\_. Crises e perspectivas da assistência à infância na América Latina. In: RIZZINI, Irene e PILOTTI, Francisco. **A Arte de Governar Crianças**. Rio de Janeiro: AMAIS e Universitária Santa Úrsula, 1995. p. 15-45.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de Pais contra Filhos: procuram-se vítimas**. Ed. Cortez, São Paulo – SP, 1985.

GOMES, Romeu, DESLADES, Suely Ferreira, VEIGA, Márcia Motta, BHERING, Carlos e SANTOS, Jacqueline F.C. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, maio/junho 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 15 abril. 2007.

LEAL, Maria Lúcia Pinto. A história da criança: abordagens teóricas e suas influências na formulação das políticas para a infância no Brasil. Brasília – SER – Digi, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, Márcia Faria (org.). **Violência e criança**. Edusp, São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, 1994. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 15 abril. 2007.

\_\_\_\_\_. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, maio/junho 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 15 abril. 2007.

\_\_\_\_\_. Implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, jan. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 15 abril. 2007.

\_\_\_\_\_. Quantitativo – Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 1993. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 2 maio.2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e SOUZA, Ednilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 15 abril. 2007.

NJAINE, Kathie, SOUZA, Ednilsa ramos de, MINAYO, M<sup>a</sup> Cecília de Souza e ASSIS, Simone Gonçalves de. A produção da (des) informação sobre violências: análise de uma prática discriminatória. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jul./set. 1997. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 15 abril. 2007.

RIZZINI, Irene. Na criança está o futuro da nação – A dimensão social da infância. In: RIZZINI, I. **O Século Perdido**. Rio de Janeiro: Universitária Santa Úrsula, 1997. p. 24-55.

SAFFIOTI, Heleiete I.B. A síndrome de o pequeno poder. In: AZEVEDO, M.A. e GUERRA, V.N.<sup>a</sup> (org). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder – violência física e sexual contra crianças e adolescentes**. Ed. Iglu, São Paulo, 1989. p. 13-24.

VEROSENNE, Josiane Rose Pety e COSTA, Marli Marlene da. **Violência Doméstica: quando a vítima é criança de adolescente**. Ed. OAB/SE, Florianópolis, SC, 2006.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**.

BRASIL, **Estatuto da Criança e do Adolescente**, 1990. **Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Criança**, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância e Saúde. Departamento de Análise de situação de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: **Portaria MS/GM 737 de 16/05/01**, publicada no DOU nº. 96 seção 1E de 18/5/01. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância e Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 1968 de 25/10/01**. Dispõe sobre a Notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS. Publicada no DOU nº. 206, p. 86, 26/10/01. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, DATASUS. **Sistema de Informações sobre Morbimortalidade (SIM)**. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde, DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH)**. Brasília, DF.

Pesquisa sobre a **Análise Diagnóstica dos Sistemas Locais de Saúde para Atender aos Agravos Provocados por Acidentes e Violências – DF (2003-2004)** – CLAVES/FIOCRUZ, RJ, 2006.

Internet:

Companhia de desenvolvimento do Distrito Federal – CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br>>. Acesso em: 7 junho.2007.

Departamento de informática do SUS – DATASUS. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Informações sobre saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 junho.2007.

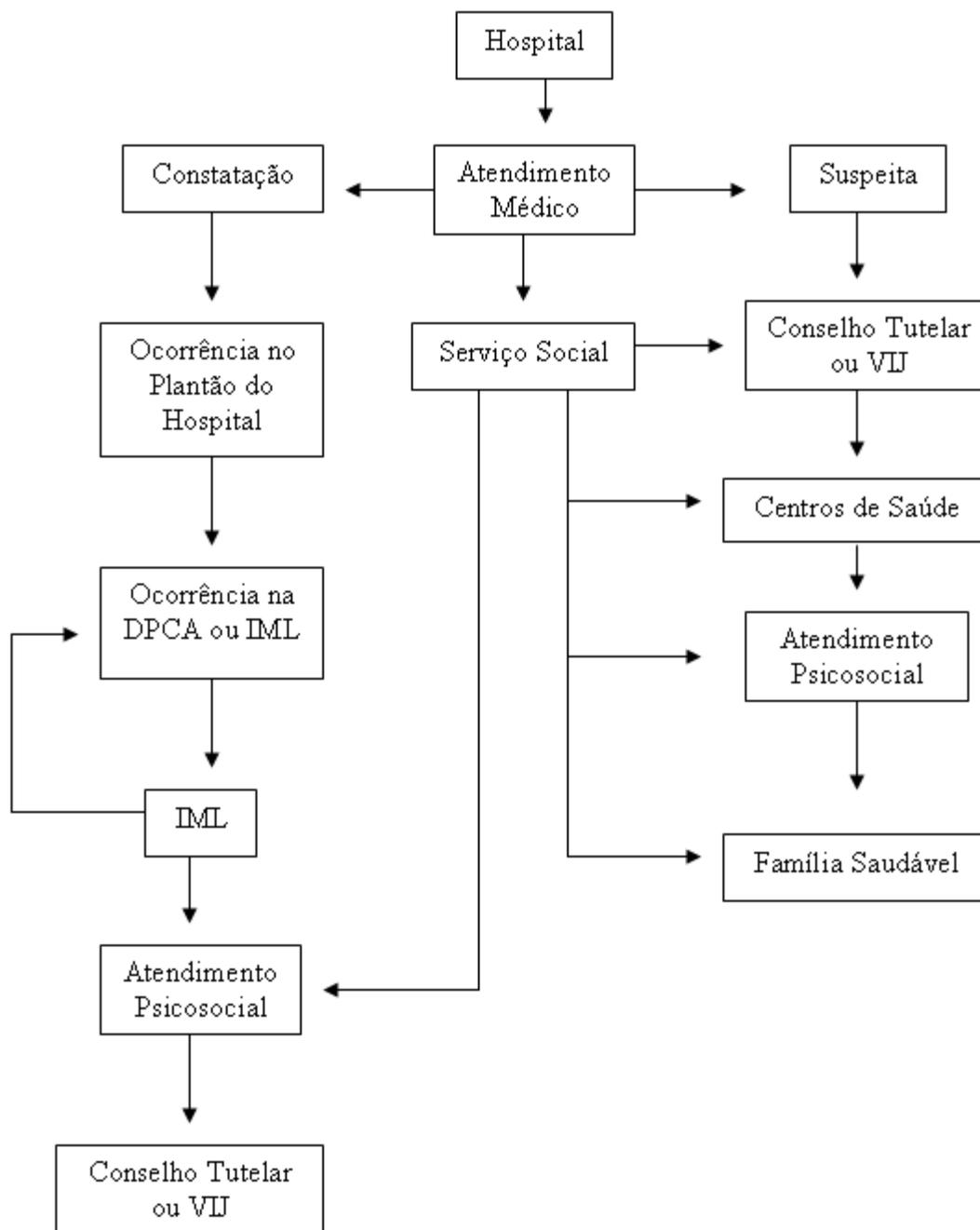
Pesquisa de Emprego e Desemprego, realizada pela Fundação SEADE e DIEESE. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br>>. Acesso em: 7 junho.2007.

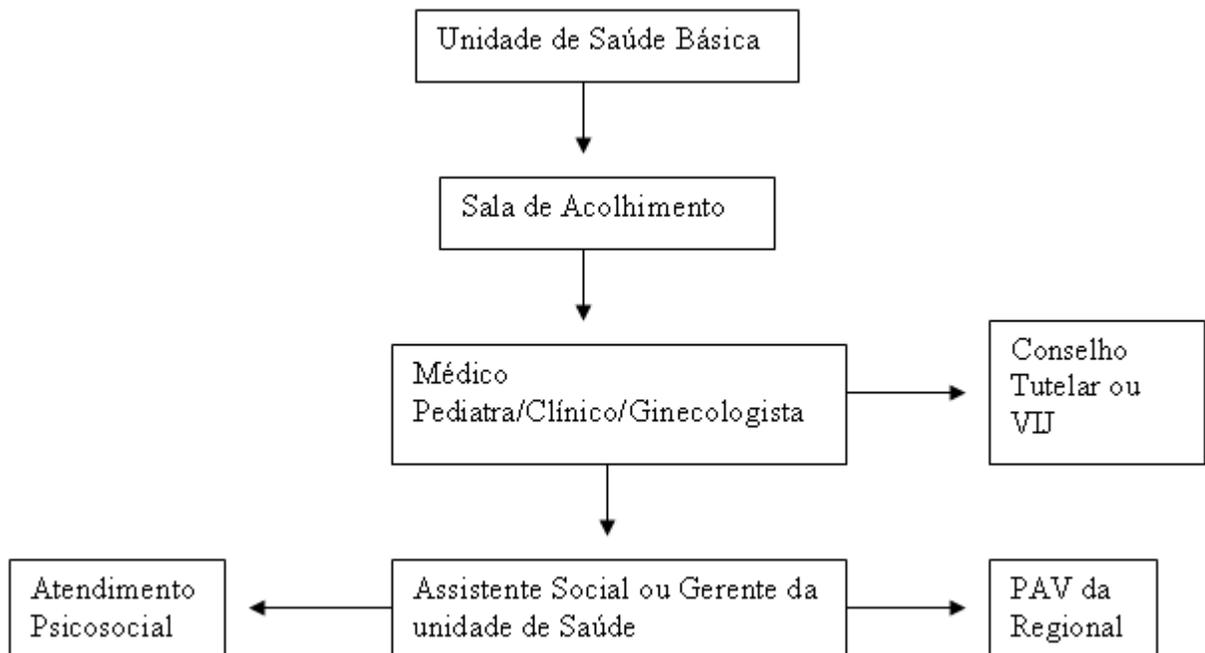
Secretaria de Estado de Saúde do DF. Dados Estatísticos. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em: 8 junho.2007.

Distrito Federal – Síntese de Informações socioeconômicas – 2006, realizada pela CODEPLAN. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000005.pdf>>. Acesso em 7 junho.2007.

Enfrentando a Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00000906.pdf>>. Acesso em 14 junho. 2007.

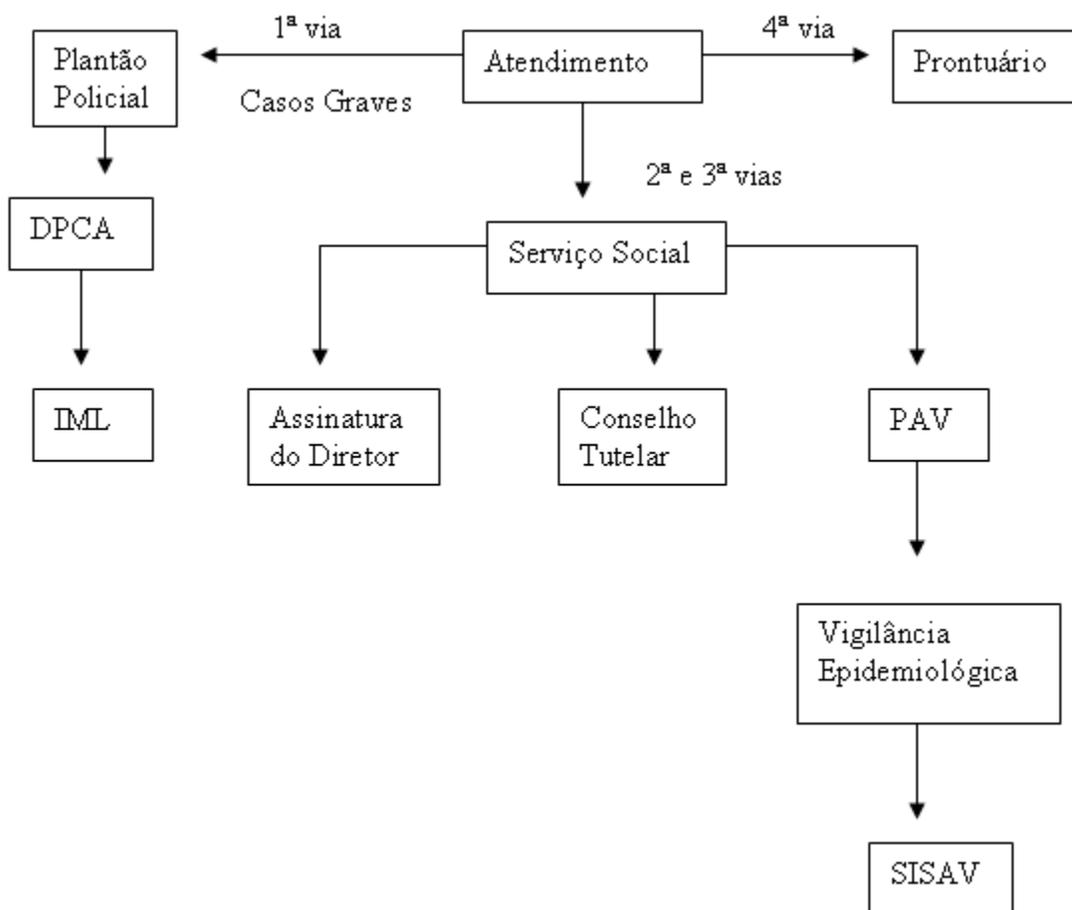
## ANEXO A - Fluxograma de Atendimento às Crianças Vítimas de Violência no DF





Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES DF – 2006.

## ANEXO B – Fluxograma da Ficha de Notificação de Maus-tratos contra Crianças



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES DF – 2006.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.