UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: PERCEPÇÕES DE CRIANÇAS ESCOLARES QUE VIVEM EM ABRIGO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz

Santa Maria, RS
2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: PERCEPÇÕES DE CRIANÇAS ESCOLARES QUE VIVEM EM ABRIGO

por

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin
Co-orientadora: Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves

Santa Maria, RS, Brasil

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

G112v Gabatz, Ruth Irmgard Bärtschi.
Violência intrafamiliar : percepções de crianças escolares que vivem em abrigo / Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz ; orientadora Stela Maris de Mello, co-orientadora Eliane Tatsch Neves. – Santa Maria, 2008.
101 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem pediátrica. 3. Relações familiares 4. Saúde da criança. 5. Violência doméstica I. Padoin, Stela Maris de Mello. II. Neves, Eliane Tatsch. III.Título. IV. Título: Percepções de crianças escolares que vivem em abrigo.

CDU: 364.28
616-083

Denise Barbosa dos Santos
CRB10 / 1456

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: PERCEPÇÕES DE CRIANÇAS ESCOLARES QUE VIVEM EM ABRIGO

elaborada por
Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Dra. Stela Maris de Mello Padoin
(Presidente/Orientador)

Dra. Maria da Graça Corso da Motta
(Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
1º Examinador

Dra. Margrid Beuter
(Universidade Federal de Santa Maria)
2º Examinador

Dra. Marlene Gomes Terra
(Universidade Federal de Santa Maria)
Suplente

Santa Maria, 28 de novembro de 2008.

Aos meus pais Irmgard e Osmar,
pelo amor e carinho, pelo incentivo que
me fez crescer e tornar-me uma pessoa
preocupada com os outros seres,
buscando um mundo melhor.
Ao meu esposo Celso, pelo amor,
carinho e, principalmente, pelo companheirismo.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Deus criador e mantenedor da vida, por me dar a possibilidade de me desenvolver como ser humano preocupado com o mundo em que se insere.

Agradeço aos meus pais, pelos incentivos e força ao longo de toda a minha caminhada.

Agradeço ao Celso, pela compreensão e paciência durante essa caminhada turbulenta.

Agradeço a minha orientadora Prof^{a}. Dr^{a}. Stela Maris de Mello Padoin, pela paciência e preocupação, e a co-orientadora Eliane Tatsch Neves pela amizade e auxílio. Com certeza, sem essa ajuda não seria possível concretizar o estudo.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de cursar o mestrado.

Agradeço à Sociedade Educacional Três de Maio, bem como aos meus colegas professores e aos acadêmicos pela confiança e pela força.

Especial agradecimento às crianças, sujeitos desse estudo, pela contribuição. Sem dúvida, possibilitaram mostrar um pouco do mundo velado, o da violência intrafamiliar, auxiliando na compreensão desse fenômeno, bem como fornecendo subsídios para recomendações e possibilidades de enfrentamento de tal problema.

As crianças compreendem tudo....
Compreendem até muito bem.

Anton Tchekhov
Escritor russo.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: PERCEPÇÕES DE CRIANÇAS ESCOLARES QUE VIVEM EM ABRIGO

AUTORA: RUTH IRMGARD BÄRTSCHI GABATZ
ORIENTADORA: STELA MARIS DE MELLO PADOIN
CO-ORIENTADORA: ELIANE TATSCH NEVES
Local e Data da Defesa: Santa Maria, 28 de novembro de 2008.

A violência intrafamiliar contra crianças, além de representar uma importante questão de saúde pública devido a seu alto índice de morbimortalidade, também se constitui em desafio social e profissional. A violência que se apresenta nas relações familiares, perpassa os tempos, reforçando uma cultura que a mostra como algo normal, perpetuando-se através das gerações. Dessa forma, objetivou-se compreender como as crianças abrigadas vivenciam a violência intrafamiliar a fim de buscar subsídios para o seu enfrentamento e prevenção. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória, utilizando-se o Método Criativo Sensível. A pesquisa foi desenvolvida em duas instituições que abrigam crianças e adolescentes vítimas de violência familiar, que não podem permanecer com as suas famílias, localizadas em município do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram 4 crianças, dois meninos e duas meninas, com idade entre 8 e 11 anos. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se as dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS) que constituem o eixo central do Método Criativo Sensível. As DCSs desenvolvidas nesse estudo foram: O Brincar em cena e Corpo Saber. Na DCS O Brincar em cena, buscou-se conhecer como era a vida das crianças no ambiente da família de origem. Na DCS Corpo Saber buscou-se, conhecer de que forma o corpo das crianças era cuidado/tratado no ambiente da família de origem sob a perspectiva das mesmas. Todos os preceitos éticos foram mantidos, e o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Para compreender a linguagem utilizada pelas crianças vitimizadas e significar seu discurso foram aplicadas as ferramentas da análise de discurso francesa. Os resultados apontaram como motivos para a institucionalização problemas mentais da mãe, uso abusivo de álcool e a agressão. A mãe foi identificada como principal agressora. Os principais tipos de violência encontrados foram: físicas, sexuais e de negligência. A identificação da violência no corpo indicou a cabeça, os membros superiores e inferiores e nádegas como locais mais atingidos. Os discursos dos meninos revelaram o sentimento de amor e carinho pelo familiar que prestava o cuidado e o sentimento de desprezo pelo familiar que agredia. O discurso das meninas apontou os cuidados básicos de higiene, como a única forma de cuidado que elas referem ter recebido em sua família. Recomenda-se que, a violência intrafamiliar contra crianças seja abordada enfaticamente no ensino, explicitando causas, conseqüências e reconhecimento dessa, a fim de fornecer subsídios para os futuros profissionais no encaminhamento de vítimas e agressores. Acredita-se em um trabalho preventivo, realizado junto às famílias desde o planejamento reprodutivo, cuidados no pré-natal e parto. Sugere-se uma política de humanização que tenha seu foco em ações que propiciem o apego, o fortalecimento do vínculo mãe-filho e das relações familiares no cotidiano da convivência. Tudo isso com vistas a possibilidade de contribuir para minimizar a ocorrência da violência intrafamiliar.

Palavras-chave: violência doméstica; enfermagem pediátrica; maus-tratos infantis; saúde da criança.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Post-graduation Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

DOMESTIC VIOLENCE IN THE CHILD'S WORLD WHO LIVES IN INSTITUTION.

MASTER CANDIDATE: RUTH IRMGARD BÄRTSCHI GABATZ
ADVISOR: STELA MARIS DE MELLO PADOIN
CO-ADVISOR: ELIANE TATSCH NEVES

Place and presentation date: Santa Maria, November, 28 2008.

Domestic violence against children represents an important issue in public health due to its higher taxes of morbidity and mortality. At the same time it constitutes a social and professional challenge. Familiar violence that is continuous throughout the generation, reinforcing it in the culture as a normal thing. Thus, we aimed understand how the institutionalized children experience the domestic violence in order to reach subsides to face it and prevent it. It is a qualitative research with a descriptive-exploratory approach which applied the Creative and Sensitive Method. The study was carried out in two institutions where living children and adolescents that suffered domestic violence in the southern Brazil. The study participants were 4 children, 2 girls and 2 boys between 8-11 years-old. 2 dynamics of creativity and sensibility were conducted with 4 participants each one: Playing in Act and Body Knowledge. In the first one aimed know how was the children's life in the familiar home environment that they came from. In the second one, the objective was known how the children's bodies were cared in the familiar home environment under their perspective. The institution ethical committee approved this study. In order to understand the abused children's language the analytical tools of the French Discourse Analysis were applied to the data. The findings pointed at several motives to children's institutionalization such as: mother's mental disorders, alcohol abuse and physical aggression. Mothers were the main aggressor. The types of violence founded the physical, sexual and negligence. The head, arms, legs and buttock were indicated by children as main points to physical violence. The boys' discourses revealed feelings as love and affection by relative that take care of them. At the same time, they revealed the disregard by relative that practiced violence against them. The girls' discourses pointed out the hygiene care as the unique kind of care that they received in their family. We recommend that the domestic violence are emphasized in the teaching, clarifying it causes, consequences and recognize it as a public health issue. The professionals must to know how to direct victims and aggressors. We believe in a preventive work developed together families since the reproductive plan, pre-natal care and delivery. We suggest a humanizing policy centered in actions that are possible the bond between mother-child and the familial relationships in the daily life. So, this study intends to contribute to minimize the domestic violence occurrences.

Key-words: domestic violence; pediatric nursing; child abuse; child health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Desenho de Rafaela – Dinâmica O Brincar em cena.....51
FIGURA 2: Desenho de Ana Júlia - Dinâmica O Brincar em cena.....51
FIGURA 3: Desenho de Eduardo – Dinâmica Corpo Saber.....62
FIGURA 4: Desenho de Gabriel - Dinâmica O Brincar em cena.....69
FIGURA 5: Desenho de Ana Júlia - Dinâmica Corpo Saber.....74
FIGURA 6: Desenho de Rafaela - Dinâmica Corpo Saber.....75
FIGURA 7: Desenho de Gabriel - Dinâmica Corpo Saber.....77

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Descrição do planejamento das dinâmicas.....44
QUADRO 2: Classificação dos temas e subtemas da violência intrafamiliar no mundo da criança.....50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....13
1.2 Justificativa e contribuições do estudo.....16
2 MARCO CONCEITUAL.....18
2.1 Violência como fenômeno sócio-histórico.....18
2.2 Violência como fenômeno no mundo da família.....21
2.2.1 A criança e a família..... 21
2.2.2 Família ambiente seguro versus ambiente de risco.....25
2.3 Violência intrafamiliar contra crianças.....29
2.3.1 Legislação de proteção e cuidado às crianças vitimizadas.....32
2.3.1.1 A possibilidade de crianças viverem em abrigos como forma de proteção....36
3 METODOLOGIA.....39
3.1 Cenário da etapa de campo.....39
3.2 Participantes do estudo.....39
3.2.1 Caracterização dos sujeitos.....40
3.3 Etapa de campo – coleta da dados.....42
3.3.1 Descrição do planejamento das dinâmicas.....44
3.3.2 A operacionalização das DCS na etapa de campo.....45
3.4 Aspectos bioéticos.....46
3.5 Organização e análise dos dados.....47
4 A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NO MUNDO DA CRIANÇA.....50
4.1 A dimensão objetiva da violência intrafamiliar no mundo das crianças.....50
4.1.1 Situações vivenciadas pelas crianças envolvendo os motivos da institucionalização.....50
4.1.2 A identificação da violência no corpo.....59

4.1.3 A mãe como principal responsável pela prática da violência intrafamiliar.....65
4.2 A dimensão subjetiva da violência intrafamiliar no mundo das crianças....69
4.2.1 Sentimento de amor e carinho pelo familiar que cuidava.....69
4.2.2 Cuidados básicos de higiene como forma de cuidado.....73
4.2.3 Recorrência da violência no ideário das crianças.....78
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....80
REFERÊNCIAS.....84
ANEXOS.....95
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....96
Anexo B - Termo de Assentimento.....98
Anexo C – Autorização da Instituição para coleta de dados.....99
Anexo D - Termo de Confidencialidade.....100
Anexo E – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética.....101

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso intencional de força ou poder físico, como ameaça ou concretamente, contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou comunidade, causando ou possibilitando lesões, morte, danos psicológicos ou privações. Estima-se que, no ano de 2000, aproximadamente, 1,6 milhões de pessoas em todo o mundo morreram vítimas de violência, o que representa uma taxa de 28,8 por 100.000 habitantes (OPAS, 2003).

No Brasil, é possível estimar que aproximadamente 600 mil crianças/adolescentes são vítimas das diversas formas de violência doméstica, o que representa 68 por hora ou 1 por minuto. Esses dados são apresentados como estimativa, pois ainda há uma lacuna no que se refere a uma pesquisa nacional que forneça estatísticas de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Sabe-se também que os casos notificados de violência contra crianças e adolescentes representam uma parcela insignificante frente à realidade de ocorrências (MONTEIRO, 1999a).

No Rio Grande do Sul, criou-se recentemente o Programa Estadual de Prevenção da Violência, que objetiva a redução dos índices de violência em suas diversas formas, por meio da construção de uma rede social capaz de integrar, identificar, articular e promover ações governamentais e não-governamentais. Com a finalidade de acompanhar, orientar e coordenar o programa, foi criada a Câmara Setorial de Segurança e Prevenção da Violência. Para articular esforços com a sociedade civil, a Secretaria de Saúde do Estado instituiu o Comitê Estadual para a Prevenção da Violência (RIO GRANDE DO SUL, 2007).

A intervenção do Estado nas situações de violência contra a criança é feita visando o bem-estar e a proteção das crianças. Diversas leis, especialmente o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 2006a), foram instituídas para que fosse possível a intervenção do Estado, entretanto só poderão ser aplicadas quando houver quebra do silêncio que envolve a violência intrafamiliar contra criança. Nesse sentido, o profissional da saúde tem papel imprescindível, notificando os casos, confirmados ou suspeitos, que lhe chegam às mãos.

De acordo com Pierantoni (2007), a criança que chega ao serviço de saúde com lesões graves, possivelmente sofreu maus-tratos que não foram denunciados

anteriormente. Essa subnotificação da violência pode ter várias causas, desde a idéia de que a família, como unidade privada não deve ser invadida, até o favorecimento de classe mais abastadas, protegidas pelo sigilo profissional nos serviços privados.

Para Waidman, Decesaro e Marcon (2004), a violência intrafamiliar está presente desde o princípio da civilização. Abrange as relações em que ela se constrói, não estando restrita ao ambiente do lar, mas sim, aos laços familiares. Já, a violência doméstica, caracteriza-se por ser aquela que ocorre no lar, porém, inclui também outras pessoas que não fazem parte da família, sem função parental (BRASIL, 2001a).

A definição violência intrafamiliar ou doméstica ainda gera certa confusão, uma vez que apenas a violência doméstica constitui descritor reconhecido oficialmente. Contudo, nesse estudo será utilizada a definição violência intrafamiliar, compreendendo como sendo aquela que ocorre entre pessoas com laços familiares.

A violência intrafamiliar contra a criança foi tratada, por muito tempo, como um problema estritamente familiar, sendo sustentado como tal pela sociedade. Esse tipo de violência foi, e continua sendo justificado, em geral, como maneira de educar e até de demonstrar carinho e afeto. Atualmente, não é possível tratar essa questão como se fosse natural, pois inúmeras são às vítimas desse tipo de violência, tornando-se uma questão de saúde pública.

Sendo a família instituição primária responsável pela efetivação dos direitos à vida, à educação, ao desenvolvimento e à proteção de seus membros (ART. 4º do ECA)[1], caso essa não atenda ao previsto na lei, a comunidade deve se responsabilizar por isso, se esta não o fizer, a sociedade deve fazê-lo e, se não ocorrer a responsabilização da sociedade, em última instância o Estado deve prover as necessidades da criança.

Na presença da violência intrafamiliar, o Estado tem o dever de afastar o agressor do convívio das crianças, executando o Art. 130 do ECA. Esse prevê a partir da “hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou

[1] É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2006a, p. 9-10).

responsável, a autoridade judicial poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum" (BRASIL, 2006a, p.41).

Se for necessário o afastamento da criança de sua família, ela será encaminhada provisoriamente a um abrigo e, esgotadas todas as tentativas de reinserção no seio familiar, encaminhada a uma família substituta, buscando respeitar a vontade da criança[2].

É importante ressaltar que se deve procurar manter a criança no convívio com sua família sempre que possível, compreendendo-se que a família é o melhor local para seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. A perda do pátrio poder é decretada quando a família não atende as necessidades essenciais das crianças, conforme definido pelo Art. 24 do ECA (BRASIL, 2006a).

O interesse da pesquisadora pela temática emergiu ao observar o grande número de crianças, abrigadas em lares, vítimas de violência intrafamiliar, em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Também pela vivência profissional em campo de aulas práticas com estudantes de graduação em Enfermagem, especialmente no acompanhamento de uma situação de maus-tratos contra uma criança em uma Unidade de Saúde da Família, não notificada pela equipe de saúde, o que permitiu a reincidência das agressões.

Percebeu-se que, o cuidado de crianças vítimas de violência é um desafio, pois exige dos profissionais da saúde, além do necessário conhecimento acerca das políticas públicas e normas de encaminhamento de vítimas e agressores, também o comprometimento e a sensibilidade. Por não ser uma tarefa fácil, talvez, muitos profissionais encontrem dificuldades em cuidar da criança vitimizada e dos agressores, voltando sua atenção apenas para o tratamento das lesões, focalizada a parte física (visível) da violência. Dessa forma, muitas vezes, somente quando a hipótese orgânica é exaustivamente afastada, as suspeitas são voltadas para as causas externas (BRAZ; CARDOSO, 2000).

Analisando-se publicações acerca do tema da violência intrafamiliar contra crianças, encontrou-se dados referentes à identificação dos fatores que interferem

---

[2] Art. 28. A colocação em família substituta far-se-á mediante guarda, tutela ou adoção, idependentemente da situação judicial da criança ou adolescente, nos termos desta Lei.
§ 1º Sempre que possível, a criança ou adolescente deverá ser previamente ouvido e sua opinião devidamente considerada.
§ 2º Na apreciação do pedido levar-se-á em conta o grau de parentesco e a relação de afinidade ou afetividade, a fim de evitar ou minorar as conseqüências decorrentes da medida (BRASIL, 2006a, p.14-15).

na notificação dos casos e encaminhamentos (GOMES, *et al*., 1999; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; PIRES *et al.*, 2005; MOURA; REICHENHEIM, 2005; SILVA; FERRIANI, 2007); e sobre a caracterização das situações de violência e o ciclo da violência (MENEGHEL; GIUGLIANI; FALCETO, 1998; GOMES *et al*., 2002; RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004; GOMES *et al*., 2006).

Tais estudos, em sua maioria, resultantes de pesquisas quantitativas somam-se a estudos qualitativos que buscam compreender a percepção e atuação de profissionais frente à violência doméstica (SCHERER; SCHERER, 2000; BRAZ; CARDOSO, 2000; ROQUE; FERRIANI, 2002; ALGERI; SOUZA, 2006). Com base nesses estudos, percebeu-se uma lacuna no que se refere ao conhecimento produzido, buscando compreender a percepção da violência pelas suas vítimas, as crianças.

Assim, considerou-se imprescindível compreender como essas crianças vivenciam a violência visando o desenvolvimento de estratégias de atuação preventivas e resolutivas, para quebrar o ciclo da violência, contribuindo para que as crianças não venham a reproduzi-la em seu futuro. Dessa forma questionou-se: **como a violência intrafamiliar é vivenciada sob a perspectiva das crianças abrigadas?**

Por meio desta questão teve-se, neste estudo, o **objetivo** de compreender as vivências das crianças, vivendo em abrigos, sobre a violência no contexto familiar, a fim de buscar subsídios para ações de Enfermagem, tanto na prevenção, como no cuidado a essas crianças.

1.2 Justificativa e contribuições do estudo

Percebe-se diariamente na mídia, casos de violência no contexto familiar, vitimizando principalmente mulheres, crianças e adolescentes. No entanto, isso não aponta necessariamente que a violência tenha aumentado, mas que já não se trata mais de um problema estritamente familiar e, sim, de um problema social. Nesse sentido, a violência intrafamiliar vem sendo tratada como uma questão de saúde pública, pois representa uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente entre a população jovem (MINAYO, 2006a).

Em tempos que se prima pela qualidade de vida e assistência integral à saúde dos indivíduos, torna-se imprescindível discutir e elaborar estratégias para desenvolver cuidados primários, capazes de auxiliar a minimizar os danos causados pela violência intrafamiliar contra crianças.

O combate e a notificação da violência é um dever do profissional da saúde bem como de toda a sociedade. O combate por ações de promoção e prevenção que pode ser iniciado desde o planejamento reprodutivo e ter continuidade na puericultura, orientado sobre os cuidados com crianças e suas demandas. A notificação que perpassa pela comunicação, com o intuito de quebrar aquele ciclo de violência e preservar a integridade física e psicológica da criança.

Neste sentido, a ação de cuidado do enfermeiro é imprescindível para se diminuir a violência, pois ele é um dos profissionais que pode identificá-la e intervir, auxiliando as vítimas. Conhecer a percepção da criança sobre a violência intrafamiliar contribui para o cuidado em Enfermagem Pediátrica, uma vez que, fornece subsídios para incentivar um crescimento e desenvolvimento adequado para essas crianças.

Programas educativos em saúde podem ser desenvolvidos junto às comunidades, visando romper com o silêncio acerca da violência, em busca da redução da mesma.

Este estudo visou contribuir também com o fortalecimento da linha de pesquisa Cuidar em Saúde e em Enfermagem no qual ele está inserido, integrante do grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (DENFE/UFSM).

2 MARCO CONCEITUAL

Neste capítulo são abordados: a violência como fenômeno sócio-histórico, a violência como um fenômeno no mundo da família, a violência intrafamiliar contra a criança, com suas formas de proteção e cuidado.

2.1 Violência como fenômeno sócio-histórico

Como fenômeno sócio-histórico, a violência acompanha a experiência humana desde os primórdios da humanidade. Podem-se observar registros em documentos da Antiguidade como na narrativa bíblica de Caim e Abel (MINAYO, 2006a).

Para Minayo (2006a, p. 15) “nunca existiu uma sociedade sem violência, mas sempre existiram sociedades mais violentas que outras, cada uma com sua história”. Entretanto, a violência é percebida de maneira diferente entre as diversas culturas e classes sócio-econômicas, de modo que existem violências toleradas e violências condenadas.

Assim, a violência está presente no cotidiano de todas as sociedades, apresentando-se sob as mais diversas formas: preconceito, homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, entre outros. Ela pode ser percebida de formas diversas entre os grupos sociais ou nações e culturas, por isso também seu grau de tolerância apresenta uma grande diversidade. Dessa forma, determinadas práticas inaceitáveis para alguns grupos, são inevitáveis para outros.

Refletindo-se histórica e socialmente sobre a violência no Brasil, percebe-se que as décadas de 1960 a 1980 caracterizam-se pela ocorrência de profundas mudanças em todas as esferas da sociedade brasileira. Marcando um quadro que tem por um lado o autoritarismo do Estado, e pelo outro a marginalização sócio-econômica de amplas camadas da população. Assim, pode-se dizer que o surgimento da violência ocorre como uma expressão da exacerbação dos conflitos sociais, calcada nas desigualdades de poder e na exclusão sócio-econômica dos indivíduos (MINAYO, 2006a).

O surgimento significativo de estudos sobre a violência coincide com os processos de abertura democrática no Brasil, final dos anos 1970 e início dos anos

1980, marcados por um crescimento dos movimentos em prol dos direitos das crianças, mulheres, negros e outros grupos excluídos (MINAYO, 2006b).

Pode se verificar a diversidade da violência em dados apresentados pela OPAS (2003), evidenciando-se que na África e nas Américas as taxas de homicídio são três vezes maiores do que as de suicídio, enquanto que na região da Europa e da Ásia, as taxas de suicídio são duas vezes maiores que as de homicídio.

No Brasil, país protegido pelo mito da cordialidade, a violência sempre esteve presente em todas as épocas históricas, por exemplo: na aculturação dos povos indígenas pelos jesuítas no momento da colonização, na escravidão dos negros, na ditadura política, bem como no comportamento machista que vela os abusos contra crianças e mulheres. A violência estrutural é marcante no Brasil. Elevados níveis de desigualdade persistem historicamente, marcados por ambigüidades e ambivalências "de um país escravista e colonizado em que as relações sociais hoje estão entranhadas num tipo de *apartheid*" (MINAYO, 2006a, p. 27).

De acordo com a autora, nos últimos 25 anos houve um aumento impressionante da violência social. A abertura política do Brasil ocorreu concomitantemente com o crescimento da globalização, impondo um aceleramento do processo de reestruturação da produção, aumentando conseqüentemente, a exclusão social.

A abrangência da violência e suas conseqüências individuais e coletivas fizeram com que ela se tornasse uma questão pública, sendo incluída na pauta do setor saúde. Mesmo não sendo um problema específico de saúde, a violência afeta a saúde em várias situações: provocando agravos físicos, mentais e emocionais, podendo chegar ao extremo que é a morte. Considerando essas situações, observa-se a necessidade de altos investimentos na recuperação e reabilitação dos indivíduos afetados pela violência, exigindo uma readequação dos serviços de saúde, a fim de que estejam preparados para atuar preventivamente (MINAYO, 2006a).

A intencionalidade histórica da violência, que é "fruto de um problema criado e reproduzido pela ação humana, em seu processo social de construção e de disposição da vida", de acordo com Minayo (2007, p. 19), gera a necessidade de intervenções sociais e políticas "para a construção da convivência, da sociabilidade e da paz".

A compreensão da violência como problema social e de saúde pública, incentivou o desenvolvimento de políticas de prevenção da violência, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2006a), o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2006b), bem como a instituição de uma Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (BRASIL, 2001b).

Conforme Minayo (2006a), a causa de morte que mais impressiona são as agressões com morte, que apresentaram um crescimento de mais de 200%, passando de 13.601 em 1980 para 45.343 em 2000. O Ministério da Saúde registrou entre os anos de 1991 e 2000, 1.118.651 mortes de brasileiros. Dessas, 369.068 foram por homicídio, 309.212 por acidentes e violências no trânsito e 62.480 por suicídio.

No bojo desse contexto, estão as crianças que por hora são as vítimas diretas da violência intrafamiliar e por outras indiretas quando tem seus lares desfeitos por violência social, homicídios, desemprego e desestruturação socioeconômica.

Nesse sentido, Minayo (2006a) descreve a violência contra a criança em três tipos. A estrutural que incide sobre a condição de vida das crianças. Refere-se aos aspectos histórico-econômicos e sociais, ou seja, a pauperização, o acesso ao trabalho e aos bens de consumo que viabilizam a educação, saúde entre outros. Assim, a violência estrutural torna vulnerável as possibilidades de crescimento e desenvolvimento das pessoas envolvidas.

A violência relacionada às crianças e adolescentes que cometem atos infracionais infringindo as leis, encaminhados para cumprir medidas sócio-educativas, constitui-se na violência delinqüencial. Para a mesma autora, a violência intrafamiliar é aquela que ocorre nas relações familiares, no lar.

Em qualquer uma das situações de violência, as crianças e os adolescentes são, na maioria das vezes, as maiores vítimas por representarem as mais vulneráveis. A vulnerabilidade refere-se a grupos e indivíduos. Relaciona-se a seres fragilizados política e juridicamente, na proteção, na promoção ou garantia de seus direitos de cidadania. Nesse sentido, a noção de vulnerabilidade procura particularizar as diferentes situações de suscetibilidade dos sujeitos (CALANZANS *et al.,* 2006).

Como seres vulneráveis, as crianças são as maiores vítimas, não só da violência estrutural como um fenômeno sócio-histórico, como também da violência

intrafamiliar, como um fenômeno velado nas relações e nos espaços do mundo da família.

2.2 Violência como um fenômeno no mundo da família

Nesse item será descrita a evolução histórica da criança como ser de direitos, bem como a responsabilidade da família pelo desenvolvimento saudável dessas crianças. Serão abordadas também as questões envolvidas com a família em que ocorre violência, deixando de ser um ambiente seguro e se transformando em um ambiente de risco para seus membros.

2.2.1 A criança e a família

Diversos autores apresentam dados sobre a evolução dos direitos das crianças ao longo dos séculos. Para Badinter (1985), os direitos dos pais sobre os filhos começam a ser limitados pela doutrina católica, nos séc. XII e XIII. A partir desse momento, não lhes é permitido dispor da vida de seus filhos a sua vontade (matando-os), nem abandoná-los, compreende-se que o pai também tem deveres com seus filhos, condenando-se o abandono, o aborto e o infanticídio. Ante a miséria da população, o Estado se adaptou à necessidade de tolerar o abandono, para limitar o infanticídio. Com essa intenção, criaram-se no séc. XVII, as primeiras casas de acolhimento a crianças abandonadas.

Ainda de acordo com Badinter (1985), no início do séc. XVII os adultos passam a conceber uma nova atenção às crianças, mudando sua concepção. Até esse período não se tinha a expressão da família com a presença do amor, sem nenhum sentimento de especificidade da infância.

Áries (2006), relata que até o final do século XVII, o infanticídio era tolerado. Apesar de ser um crime severamente punido, era ainda praticado em segredo, muitas vezes, camuflado sob a forma de acidentes. A morte das crianças era sentida, porém pouco lamentada, pois não se considerava que ela já tivesse a personalidade de um homem, era um ser insignificante. Com a indiferença dos adultos e a fragilidade das crianças tinha-se, então, uma elevada mortalidade infantil nessa época.

Sendo a infância não reconhecida e tratada como um período insignificante na vida dos homens, na sociedade medieval a consciência sobre a particularidade da infância não existia. As crianças eram tratadas como adultos em miniatura, vestindo-se e sendo retratadas como tal, não se tinha roupas e acessórios específicos para elas. Somente no início do século XVII que elas começam a ter um vestuário próprio e a serem retratadas com formas infantis (ÁRIES, 2006).

De acordo com Badinter (1985), a recusa dos filhos pelos pais, no decorrer da história, pode ser atribuída a diversos motivos, desde a impossibilidade financeira dos pais em mantê-los (o filho representa ameaça a sobrevivência dos pais) até o desejo de se ocupar com outros afazeres, como no caso dos nobres. Essa recusa implicava na entrega das crianças a amas de leite ou a orfanatos.

Para a autora, a indiferença materna e paterna, por muito tempo, implicou em altas taxas de mortalidade infantil do séc. XVIII, compreendendo-se que não valia a pena se apegar a um ser que tinha grandes possibilidades de morrer antes de completar um ano de vida. Têm-se inúmeros relatos, deste período, de perdas de filhos sem demonstração de maior sofrimento dos pais, estando presente a insensibilidade frente à perda. Muitas vezes, os pais nem compareciam ao enterro dos filhos.

Nesse período, os pais que manifestavam sofrimento frente à perda dos filhos eram vistos como tendo comportamento curioso. Assim, muitos pais se vêem na obrigação de justificar seu sofrimento, frente à perda de um ser considerado tão incompleto, ressaltando as qualidades que as crianças possuíam. Existia ainda a diferenciação entre o amor dedicado aos filhos de acordo com o que representavam social e economicamente. Por exemplo, as meninas que necessitavam apresentar um dote para casarem, eram menos valorizadas do que os meninos que, em geral, herdavam os bens dos pais (BADINTER, 1985). Essa diferenciação pode ser observada, ainda hoje, em alguns países. Na China, onde o aborto é permitido, os médicos, muitas vezes, se recusam a realizar exame de ultra-som para identificar o sexo do bebê, temendo o abortamento das meninas.

A partir do século XVII começam a ser esboçados os direitos das crianças como seres dotados de inteligência e de alma. Então passam a ser tratadas diferentemente, com maior participação na vida das famílias e da sociedade (ÁRIES, 2006).

Será no final do século XIX e início do séc. XX que entram em cena leis e políticas públicas que se mostram preocupadas com a criança. No ano de 1874, na França, um médico Senador Roussell, aprovou uma lei de proteção à criança na primeira infância, visando diminuir a mortalidade infantil que era alarmante nessa época (ROCHA, 1979). No Brasil, a partir de 1920, foram criados programas de proteção à infância, adolescência e maternidade, que normatizavam a profilaxia dos espaços coletivos de abrigamento de crianças, descanso às mães após o parto, assistência hospitalar ao recém-nascido, entre outras (SILVA, 2006).

A história da saúde no Brasil foi influenciada pela evolução econômica, política e sócio-cultural do país. Até meados dos anos de 1960, predominou, no país, o modelo do sanitarismo campanhista, que focalizava uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e de controle de doenças epidêmicas. Com a industrialização, o foco passa a ser a saúde do trabalhador. Nessa época, surgem os institutos e caixas de aposentadorias e pensões, instituindo um modelo médico-assistencial privatista (FELISBINO *et al*., 2006).

De acordo com os mesmos autores, no final da década de 1970, surge a necessidade de formular uma política pública para atender a população sem assistência. Assim, com o processo de democratização, surge a discussão sobre uma assistência de saúde pública, extensiva a toda a população. No início da década de 1980, buscou-se consolidar o processo de cobertura assistencial que iniciara na segunda metade da década de 1970, paralelamente começava também o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Esse processo culminou na criação, em 1980, durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), primeiro esboço de plano nacional de saúde. Em 1987, evolui-se para o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), que em 1988, com a promulgação de uma nova Constituição, se transforma em Sistema Único de Saúde (SUS), vigente até os dias de hoje. As diretrizes do SUS, apontam para um acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, bem como a participação da comunidade e o atendimento integral à toda a população (FELISBINO *et al*., 2006).

Considerando os programas específicos de proteção da infância, tem-se já em 1974, a implantação pelo Ministério da Saúde (MS) do Programa de Saúde Materno-Infantil (PIM), que visava reduzir a morbimortalidade de mães e crianças. Em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC),

incorporando a idéia de integralidade da assistência, objetivando acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças (SILVA, 2006). Destaca-se, a importância desses programas para aumentar a participação da família e a responsabilização da mesma pelo crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Em 1995, foi criado o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil, que unia esforços de órgãos governamentais e não governamentais. Diversos programas surgiram a partir desse momento, destacam-se: a iniciativa do hospital amigo da criança (incentivando o aleitamento materno), método mãe-canguru (tornando a atenção aos recém-nascidos de risco mais humanizada, propiciando a criação e o fortalecimento de vínculos entre pais e filhos) (SILVA, 2006).

Com tais políticas, a atuação da enfermagem com crianças inseridas no SUS, assume importância. Essa ocorre por sua "capacidade em atuar com uma visão clínica ampliada, favorecendo as ações intersetoriais, pautando seu trabalho por uma atitude vigilante" (SILVA, 2006, p. 27). Ressalta-se o entendimento de que deve-se desenvolver "um cuidar" para a promoção da eqüidade, para possível contribuição para a efetivação da referência e contra-referência entre os serviços e, ainda, para a garantia dos direitos de cidadania de crianças e familiares, segundo os preceitos éticos e legais da profissão e das políticas sociais vigentes.

Para Gaíva e Mandú (2006, p. 34), a qualidade de vida e de saúde das crianças está relacionada "à concretização de um conjunto de direitos, que engloba a proteção contra quaisquer formas de violência [...] e a adoção de diversas medidas de desenvolvimento social e de apoio público à vida".

O desenvolvimento dos direitos da criança e dos deveres da família vai desde o período em que os pais podiam dispor da forma com quisessem dos filhos, matando-os ou abandonando-os, até o período em que passam a ser responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento saudáveis deles. O Estado aparece como normatizador desses direitos e deveres, desenvolvendo leis de proteção para as crianças e adolescentes.

Sendo a família responsável pelo desenvolvimento saudável de seus membros, observa-se que quando ocorre a violência intrafamiliar, o ambiente familiar se torna um ambiente de risco. Assim, no próximo item serão abordados os significados de família, bem como definidas suas funções.

2.2.2 A família: ambiente seguro *versus* ambiente de risco

A família constitui a primeira experiência do ser humano sobre sociedade, é nela que são instituídas e repassadas crenças, valores e aspectos culturais em geral. “A família é o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos, que primeiro transmite os valores, usos e costumes que irão formar as personalidades e a bagagem emocional das pessoas” (BRASIL, 2001a, p. 13).

Têm-se escrito diversos conceitos sobre a família, ao longo dos anos (FONSECA, 2004). A maioria deles descreve a família como sendo um grupo de pessoas ligadas por laços afetivos, de consangüinidade e/ou de interesse. Pode ainda ser compreendida como uma estrutura que se modifica de acordo com o contexto histórico, social e cultural em que está inserida, sendo que a família nuclear é composta de poucos indivíduos, tendo sua convivência limitada pelo espaço doméstico compartilhado, enquanto que as famílias extensas são constituídas por uma ampla rede de parentesco (BRASIL, 2001a).

O que se percebe, atualmente, são famílias que apresentam as mais diversas composições: as famílias tradicionais, as reconstituídas, com casais do mesmo sexo, poligâmicas, de uniões estáveis, de laços afetivos, de amigos (BRASIL, 2001a).

Além da composição, existe uma grande diversidade de dinâmicas familiares e, ao contrário do que se afirmou por muito tempo, não há um padrão universal de evolução familiar. Quanto ao que seja família, as relações familiares continuam ocupando lugar de destaque na forma como a maioria das pessoas vive e vê o mundo. “Falar de família é evocar um conjunto de valores que dota os indivíduos de uma identidade e a vida de um sentido” (FONSECA, 2004, p. 58-9).

A família saudável é idealizada como um ninho de segurança e afeto para seus membros. Ela tem diversas funções na formação, educação e estruturação dos membros. Fazem parte das funções da família: a socialização primária que determina como se dará a educação das crianças, compondo o ambiente em que elas vão viver e estabelecendo a forma e limites entre as relações de pais, filhos e netos; a manutenção da convivência de pessoas de diversas idades com uma interação afetiva, que proporciona a formação da identidade, organizando, produzindo e dando forma e significado ao relacionamento entre seus membros e a inclusão do cuidado no vínculo afetivo, repassando valores e respeito às famílias de origem, através da lealdade entre gerações (BIASOLI-ALVES, 2004).

A família é tida como responsável pelo bem-estar de todos os seus membros, oferecendo condições para o crescimento e desenvolvimento desses, em especial das crianças. Considera-se que, a família possui a maior capacidade de proteger as crianças, bem como prover o necessário para sua segurança física e emocional (PINHEIRO, 2006).

Sendo assim, pode-se dizer que a família saudável constitui-se em um espaço de amor e afeto, onde se exercitam as interações saudáveis buscando o desenvolvimento do potencial humano. No entanto, a família também passa por diversos conflitos, em todas as etapas do ciclo da vida, e se não souber conduzi-los adequadamente, eles podem transformar a família e acabar gerando a violência.

Quando a família é a geradora da agressão, essa pode se apresentar sob diversas maneiras, que não são produzidas isoladamente, ou seja, fazem parte de uma seqüência de fatos, cuja manifestação mais extrema é o homicídio. As formas em que a violência se apresenta, segundo o Ministério da Saúde, são (BRASIL, 2001a):

a) Violência física: acontece quando uma pessoa tenta causar ou causa dano não acidental, através da força física ou de alguma arma que pode resultar ou não em lesões internas, externas ou ambas;

b) Violência sexual: constitui-se de qualquer ação em que através de força física, intimidação psicológica ou coerção, uma pessoa obriga outra, contra a vontade desta, ao ato sexual ou a expõe em interações sexuais que possam gerar sua vitimização;

c) Violência psicológica: ocorre quando uma pessoa causa ou tenta causar dano à identidade, à auto-estima ou ao desenvolvimento de outra pessoa;

d) Violência econômica ou financeira: caracteriza-se pelos atos destrutivos ou omissões em que uma pessoa afeta a saúde emocional e a sobrevivência de outras. A negligência encontra-se incluída nesse tipo de violência.

A violência é gerada a partir de uma relação de poder e subordinação ou dominação, sendo que o agressor, na maioria das vezes, é o homem, e as principais vítimas acabam sendo as mulheres e as crianças por se caracterizarem como seres mais frágeis e com menos força física que os mesmos (WAIDMAN; DECESARO; MARCON, 2004). Muitas vezes, a violência é tolerada em silêncio, pelo medo da represália do agressor e a vergonha de assumir o fato.

Essa relação de poder e subordinação/dominação contribui na compreensão da vitimização sofrida por mulheres e crianças, que ainda são desvalorizadas e tidas como submissas ao homem, por uma parte considerável da sociedade, que, muitas vezes, legitima essa atitude.

De acordo com Badinter (1985), por muito tempo, a religião e a justiça, confirmaram o poder e a dominação do homem sobre a mulher, cobrando dela que fosse subordinada/submissa. Essa dominação do homem se faz presente também sobre os filhos, superioridade que vem da ordem da geração, implicando em dependência e submissão dos filhos aos pais. A mãe aparece como figura responsável pelo cuidado dos filhos, porém está submetida ao esposo ou companheiro, seu poder não lhe é exclusivo.

No entanto, estudos apontam que não é o pai, mas a mãe a principal agressora das crianças (PIERANTONI, 2007). Nesse sentido, depara-se com uma ambigüidade, a mãe como principal protetora/cuidadora (DURO, 2002; VERNIER, 2007) e também agressora. Assim, ocorre a quebra de um ideário: do que seria a função materna ao longo do tempo.

A função materna esteve e está ligada aos valores dominantes e aos imperativos sociais de cada época, assim, de acordo com o valor que a sociedade atribui à maternidade, a mulher será considerada, em menor ou maior grau uma boa mãe.

No desenvolvimento da história, a mulher, por muito tempo, foi vista e tratada como ser inferior ao homem, devendo a este, submissão e obediência. Assim, seus direitos praticamente inexistiam e podia ser espancada e maltratada, sorte semelhante a dos filhos (BADINTER, 1985).

É importante lembrar também a dominação e o poder de gênero, masculino sobre feminino, e a autoridade dos adultos sobre as crianças e os adolescentes como um fator influenciador na prática da violência (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

Até o início do séc. XVIII, mulheres entregavam seus filhos aos cuidados de terceiros, alegando para essa entrega a recusa da amamentação tida como atividade vexatória. Assim, a rejeição das mulheres pela maternidade pode ser compreendida também pela pouca ou nenhuma valorização que esse papel tinha frente à sociedade da época (BADINTER, 1985).

No final do séc. XVIII, ocorre uma mudança no papel materno, recomenda-se que as mães cuidem pessoalmente dos filhos e os amamentem. Ocorre uma "exaltação do amor materno como valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e a sociedade" (BADINTER, 1985, p. 145-146). Essa exaltação encontra-se pautada em um novo imperativo: a sobrevivência das crianças. O Estado passa a se interessar pelas perdas, procurando salvar as crianças da morte. Esse salvamento implica no convencimento das mães a se aplicarem às tarefas esquecidas.

Cria-se a imagem de uma nova mãe, preocupada com o cuidado dos filhos, sacrificando-se por eles. Entretanto, "foram necessários quase cem anos para apagar a maior parte do egoísmo e da indiferença materna" (BADINTER, 1985, p. 201-202). A partir desse momento, a maternidade passa a ter uma nova interpretação, sendo considerada uma função nobre.

No séc. XIX, as responsabilidades da mãe passam a se estender, incluindo, além da função nutritícia, a educação. "Explicaram às mulheres que elas eram as guardiãs naturais da moral e da religião e que da maneira como educavam os filhos dependia o destino da família e da sociedade" (BADINTER, 1985, p. 256).

Ainda conforme Badinter (1985), na década de 1960, Simone de Beauvoir incentivou o surgimento, nos Estados Unidos, de um movimento feminista, que se espalhou pelo mundo ocidental rapidamente. Esse movimento suscitou um novo discurso, que encerrou um longo período de mutismo das mulheres. As mulheres tomaram a palavra e trouxeram a luz seus desejos, ocultados por séculos, pela opressão sexista. Esse discurso tornou "caduca a teoria da mãe naturalmente devotada, nascida para o sacrifício" (p. 331).

Assim, a violência que se apresenta nas relações familiares perpassa os tempos, reforçando uma cultura que a mostra como algo normal. Algumas vezes, a violência contra a criança é tida como demonstração de amor, cuidado e como ferramenta de educação. Com freqüência, ainda se ouve pais dizendo que 'um tapa ajuda a impor limites às crianças', bem como as ensina a ter respeito.

Dessa forma, a violência é tratada como algo natural, que faz parte do dia-a-dia da educação que os pais repassam aos filhos (GOMES; LUNARDI FILHO, 2004). Nesse mesmo sentido, Minayo (2006a, p. 23) afirma que "pais e mães ainda hoje persistem por tradicionais e seculares razões ditas pedagógicas".

Ainda contribuindo com essa idéia, Meneghel, Giugliani e Falceto (1998) referem que os adultos, muitas vezes, justificam seus atos violentos como maneira de educar. “Esses adolescentes são aculturados pelos adultos, cooptados, punidos fisicamente, pressionados verbalmente, chantageados pelos pais ou familiares com os quais vivem” (p. 333). Para os autores, isso ocorre em nome da socialização, do bom desempenho escolar, das responsabilidades.

Assim, mesmo sendo entendida como sujeito de direitos, a criança ainda é maltratada por conta da existência de dominação de gênero e de geração. Os maus-tratos vêm protegidos sob o véu de medidas educativo-disciplinares, que reproduzem a concepção de que a criança deve sempre aprender a obedecer (GOMES *et al.,* 2002).

Para Gomes, Loureiro e Gonçalves (1996), na família podem se perceber como fatores predisponentes a formação de um ambiente de risco para a violência: idade baixa dos pais; quebra da unidade familiar; presença de alcoolismo; uso de drogas; doenças mentais; crises (conjugal, emocional, financeira); pais que sofreram maus tratos na infância. Uma família que entre seus membros poderá estar abrigando o agressor e o protetor da criança.

A violência intrafamiliar não está relacionada apenas ao espaço físico onde ocorre, mas às relações em que é construída e efetuada. A violência é considerada como toda omissão ou ação que cause dano físico, psicológico ou de restrição (BRASIL, 2001a).

Quando ocorre a violência intrafamiliar, existe a quebra da função de ambiente seguro e saudável que a família deveria representar. Ela deixa de ser um porto seguro para se transformar em um ambiente de risco a integridade física e psicológica.

2.3 Violência intrafamiliar contra crianças

A violência intrafamiliar é, sem dúvida, uma das formas mais cruéis de violência, especialmente quando se considera que a família deveria representar um ambiente de segurança para seus membros. Pode se estimar que entre 133 e 275 milhões de crianças são vítimas, anualmente, em todo o mundo (PINHEIRO, 2006).

O problema da violência contra crianças começou a receber atenção maior pelos profissionais da saúde e do público em geral, em 1962, quando Kempe

publicou artigo, descrevendo a “Síndrome da Criança Espancada”, caracterizando as manifestações clínicas do maltrato infantil, grave, em crianças pequenas (OPAS, 2003). Nas décadas de 1970 e 1980, “a perspectiva que situa as crianças em termos históricos, sociais e culturais e as considera como sujeitos, ganha força e se desenvolve através de estudos em várias áreas das Ciências Humanas” (VIEIRA, 2006, p. 359).

A preocupação com a violência na infância, no Brasil, é recente, tendo início na década de 1980, quando o tema da violência foi colocado na pauta da saúde pública. “Os movimentos de prevenção e atenção especializada surgem em conseqüência do reconhecimento da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes), como problema muito sério para a atuação do setor saúde” (SANCHEZ; MINAYO, 2006, p. 30).

O círculo da violência também fica evidente no estudo de Meneghel, Giugliani e Falceto (1998). Nesse círculo, percebe-se que adultos agressivos, muitas vezes, foram crianças maltratadas. Gomes e Lunardi Filho (2004) afirmam que a criança, quando apanha, torna-se mero objeto nas mãos de seu agressor. Para eles, quando os pais batem, exercem poder sobre a criança, calcado apenas na força física e não na razão. Assim, a criança “coisificada” é submetida e aprende a submeter-se à violência e, após algum tempo, incorpora-a como algo comum, reproduzindo-a no seu dia-a-dia (p. 18).

Algeri e Souza (2006) apontam o ciclo da violência multigeracional que “corresponde à reprodução da violência na adolescência e na idade adulta, tanto no âmbito familiar quanto na sociedade” (s.p.). A compreensão desse ciclo é muito importante para que os profissionais se instrumentalizem e possam atuar, buscando quebrá-lo. Conforme as autoras, o enfermeiro tem papel decisivo no enfrentamento da violência, atuando no fortalecimento de vínculos primários, no apego entre a criança e a família, bem como na condução de grupos de debates com pais, nas áreas em que atua na comunidade.

Quando a criança vivencia a violência cotidianamente e passa a aceitá-la como algo normal, que faz parte da sua vida, um dia quando irá exercer o papel paterno ou materno tende a reproduzi-la. Dessa forma, a violência à criança perpassa as gerações, justificando-se como instrumento de educação, aceito pela sociedade como algo comum.

As crianças que sofreram violência, se transformam em homens e mulheres que “poderão perpetuar a violência, na medida em que percebem que através da violência física e outras formas, conseguirão ‘obediência’, o respeito na Sociedade em que vivem, passando de geração a geração” (OLIVEIRA, 2006, p. 12).

Segundo Martins e Ferriani (2003), as conseqüências da violência recaem sobre a vítima, o agressor e a sociedade, podendo desencadear problemas de prostituição, drogadição, aprendizado, depressão, entre outros.

É importante ressaltar os aspectos sócio-político-econômicos e culturais da violência intrafamiliar, onde os culturais, muitas vezes, levam a banalização e naturalização da violência, fazendo com que o ciclo se repita de geração para geração.

O reconhecimento da violência, muitas vezes, pode representar uma tarefa difícil, sendo assim é importante perceber alguns indícios de abusos contra crianças e adolescentes: estados depressivos, regressão na linguagem e no comportamento, expressiva baixa no rendimento escolar, manifestações de desejo de morte, distúrbios do sono (terror noturno, insônia, sonolência excessiva, sono agitado), erotização das relações de afeto (estranhas para a idade), sociopatias (condutas anti-sociais, transtornos de conduta ou prática de infrações) (AMARO, 2003).

Gomes, Loureiro e Gonçalves (1996) apresentam uma série de sinais a serem observados quando a criança vítima de violência chega ao serviço de saúde para consulta. Referem que geralmente ocorre desacordo sobre as circunstâncias que produziram o trauma, demora na busca por socorro, comportamento inadequado dos pais em relação aos profissionais do serviço de saúde, revolta com a criança pelo trauma, falta de interesse ou exacerbação de interesse pelo prognóstico das lesões, insensibilidade ao sofrimento da criança.

Na criança, pode-se observar que: a incidência é maior em pré-escolares; desvia o olhar dos pais, podendo inclusive demonstrar medo; aparenta negligência; tem sintomas patológicos como asma, diarréia, desnutrição, hiperatividade, entre outros (GOMES; LOUREIRO; GONÇALVES, 1996).

A prevenção da violência intrafamiliar contra a criança é dever de toda a sociedade. Para melhor definir as atribuições da cada pessoa na atuação frente ao problema foram estabelecidas leis de proteção às crianças, que serão abordadas a seguir.

2.3.1 Legislação de proteção e cuidado às crianças vitimizadas

Considerando as formas de proteção da infância e adolescência, destaca-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 1990 pela lei 8069/90, que objetiva oferecer uma proteção integral, física, psíquica e moral, as crianças e adolescentes (BRASIL, 2006a). Em seu Art. 5º, dispõe sobre a violência contra a criança e o adolescente, legitimada por inúmeras vezes pela sociedade, sendo considerada nesse artigo como crime.

> Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2006a, p.10).

O ECA apresenta-se dividido em duas partes, sendo a primeira constituída de três títulos: das disposições preliminares, dos direitos fundamentais e da prevenção. A segunda parte divide-se em sete títulos, a saber: da política de atendimento, das medidas de proteção, da prática de ato infracional, das medidas pertinentes aos pais ou responsável, do Conselho Tutelar, do acesso à justiça, dos crimes e das infrações administrativas (BRASIL, 2006a).

Além dos direitos das crianças e adolescentes à saúde, educação, família, moradia, o ECA também versa sobre a criação e funcionamento dos Conselhos Tutelares. Estes constituem-se de órgãos encarregados por zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes. Com a criação dos Conselhos Tutelares faz-se necessária uma estrutura mínima a ser mantida pelos municípios. Essa inclui a criação e manutenção de Programas de Atendimento para onde o Conselho possa encaminhar os casos atendidos (DIGIÁCOMO, 2007).

Quando se fala de Legislação de Proteção à Criança e ao Adolescente é imprescindível observar que esta não permite ao profissional o sigilo em casos de suspeita ou confirmação de violência. Assim, a comunicação de situações de violência é compulsória, sendo inclusive passíveis de punição os casos de omissão.

A notificação compulsória de casos de violência, nos serviços de saúde, consiste no “registro sistemático e organizado, em formulário próprio” dos casos confirmados ou suspeitos de violência. Sendo que, esse processo objetiva a

“interrupção de atitudes e comportamentos violentos” (RIO GRANDE DO SUL, 2006, p. 04-05).

Dessa forma, observa-se que a notificação é imprescindível para que se possa ter conhecimento das situações de violência (caracterização), podendo especificar suas causas, conseqüências, bem como os principais agressores e vítimas, traçando um perfil desta. Possibilita-se, assim, o desenvolvimento de ações preventivas, da sistematização da assistência a vítimas e agressores e do desenvolvimento de políticas públicas específicas.

Quando se refere à obrigatoriedade da notificação, tem-se como orientação o Art. 13 do ECA: “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências” (BRASIL, 2006a, p. 12), no campo da saúde ou da justiça.

A punição a ser aplicada no caso de omissão da notificação de casos de violência está prevista no Art. 245 do ECA:

> Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:
> Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 2006a, p. 73).

A obrigatoriedade da notificação também está expressa na Portaria nº 1968/2001 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a notificação de casos suspeitos e confirmados de violência contra crianças e adolescentes, e na Portaria nº 40/2004 da Secretaria Estadual de Saúde/RS. Esta estabelece a compulsoriedade de todos os casos suspeitos e confirmados atendidos no SUS, através do Relatório Individual de Notificação Acidentes e Violência - RINAV (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Quando ocorre a quebra do silêncio acerca da violência e a criança chega ao serviço de saúde, alguns cuidados básicos devem ser tomados para a assistência das vítimas. Segundo Gomes, Loureiro e Gonçalves (1996), a internação permitirá elaborar um diagnóstico. Para tanto, se faz necessário radiografar todo o esqueleto; realizar exame de fundo de olho (detectar presença de hemorragias retinianas antigas e recentes); descrever todas as lesões. Ressaltam também a necessidade

de comunicar a assistência social ou o setor jurídico, evitar sensacionalismo frente à imprensa, bem como comunicar às autoridades ameaças feitas à equipe.

É importante encaminhar vítimas e agressores, acionando o conselho tutelar para o acompanhamento dos casos, bem como o judiciário para investigação e punição. Agressores e vítimas devem ser tratados.

Scherer e Scherer (2000), levantam uma série de questionamentos sobre a preparação prévia dos profissionais para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Questionam se os profissionais de saúde envolvidos com a assistência de crianças vítimas de maus-tratos, no Brasil, recebem formação especializada para enfrentar a situação, se sabem conduzir a investigação de situações suspeitas, se têm suporte para dúvidas e angústias suscitadas e se respeitam os direitos das crianças, bem como se ocorre trabalho integrado nas equipes de assistência. Considera-se que, essas questões levam à reflexão do agir diário e são imprescindíveis para se prestar uma assistência resolutiva e de qualidade às pessoas envolvidas na situação de violência, tanto vítimas quanto agressores.

Para Elsen *et al.* (2004), um dos fatores que interfere no atendimento adequado às vítimas de violência e seus agressores está relacionado à formação dos profissionais de saúde. Muitos profissionais temem não só transtornos legais, advindos da notificação dos casos de violência, como também ameaças dos agressores contra si próprios e contra os familiares que levaram a violência ao conhecimento do setor saúde. De acordo com os autores, na cultura familiar, em que se valoriza a privacidade da vida em família, a intervenção dos profissionais em casos de violência é tida como intrusiva e ofensiva (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

A Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (BRASIL, 2001b, p. 10) aponta a violência doméstica como um grande desafio para o setor saúde, uma vez que seu diagnóstico é dificultado por uma série de fatores de ordem cultural, pela falta de orientação de profissionais e usuários dos serviços, “que têm receio em enfrentar desdobramentos posteriores”.

A falta de normas técnicas estabelecidas e rotinas que orientem as ações dos profissionais da saúde frente à violência contribuem para o difícil diagnóstico, registro e notificação da mesma (DESLANDES *et al.*, 2005).

Outra constatação é que a maioria das instituições prestadoras de cuidados tem pouca estrutura para o encaminhamento das vítimas de violência e seus agressores. Para Elsen *et al.* (2004), esse fato possibilita a reincidência de agressões contra as crianças e adolescentes, que podem chegar ao seu extremo, ou seja, a morte.

A Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências prevê que as ações a serem tomadas frente à violência doméstica, devem estar pautadas na "tipificação da violência sofrida, considerando que comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas, ora como sujeito das agressões", conclui que as pessoas envolvidas nesse contexto tendem a repetir a violência, perpetuando-a (BRASIL, 2001b, p. 15).

Atualmente, as políticas públicas têm agido por meio da legislação (RIO GRANDE DO SUL, 2007), propondo articulações na sociedade com vistas à prevenção da violência. Ainda, prevê-se assistência às vítimas de violência e suas famílias, ações educativas por meio de campanhas, informativos e sensibilização quanto aos direitos das crianças e dos adolescentes, ou mesmo por meio de ações de punição aos agressores.

Buscando ações efetivas no combate à violência, a orientação da população e dos profissionais acerca da quebra do ciclo da violência é fundamental. Considera-se que o enfermeiro tenha papel essencial na identificação, notificação e encaminhamento dos casos de violência, agindo em defesa das vítimas (RIBEIRO *et al.,* 2004).

Para Cunha, Assis e Pacheco (2005), a atenção multidisciplinar à criança vítima de violência familiar é importante, porém o papel da enfermagem é indispensável. Considera-se o enfermeiro como um dos principais responsáveis pelo cuidado direto e integral da criança, adolescente e sua família, sendo um dos profissionais que permanece mais tempo com eles em todos os ambientes de atenção à saúde, podendo identificar a ocorrência da violência com maior facilidade e atuar frente ao problema preventivamente.

Ao ser discutida a prevenção, tem-se como orientação as diretrizes preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003). Esta desenvolveu, em 2003, o Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde, um relatório que aponta três níveis de prevenção da violência que podem ser adotados pela saúde pública: a) prevenção primária, que consiste em intervenções dirigidas a

prevenir a violência antes que ela ocorra; b) prevenção secundária, que engloba medidas imediatas após a ocorrência da violência, como, por exemplo, a atenção pré-hospitalar, os serviços de urgência e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis após a violação; c) prevenção terciária, que se constitui de intervenções a longo prazo, após a ocorrência da violência, como a reabilitação e reintegração, com intenção de diminuir os traumas gerados pela longa exposição à violência.

Conforme Souza e Jorge (2006, p. 23), a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, sob o ponto de vista da saúde pública, é abordada buscando focalizar "a prestação do atendimento adequado, alívio do sofrimento e o pensar nos modos de prevenir as ocorrências, por meio de uma forma ampliada de fazer saúde. A grande meta é a promoção de uma sociedade saudável".

Como soluções para a quebra do ciclo da violência familiar, Silva e Ferriani (2007), propõem que é necessário que a violência doméstica contra crianças seja retirada da clandestinidade, compreendendo-se melhor como esse fenômeno é produzido e formando-se profissionais comprometidos com o combate desse tipo de violência.

Como forma de proteção às crianças vítimas de violência, criaram-se as instituições de abrigamento, para as situações em que elas não possam permanecer com sua família de origem ou de seus responsáveis.

2.3.1.1 A possibilidade de crianças viverem em abrigos como forma de proteção

As instituições de acolhimento às crianças foram criadas para que elas tivessem um local onde pudessem viver com proteção. Realizando-se uma retrospectiva histórica, tem-se as instituições religiosas, na Idade Média, como instituições criadas para recolher crianças abandonadas (ROCHA, 1979).

No Brasil, conforme Rizzini e Rizzini (2004), a ação educacional jesuítica, na época do Brasil colonial, implantou as instituições para a educação, sendo os jesuítas os principais agentes educacionais até meados do século XVIII. As rodas de expostos, também criadas nessa época, representavam uma forma de atendimento a bebês abandonados, este sistema persistiu até meados do século XX.

> As primeiras instituições para educação de órfãos e órfãs datam do século XVIII e foram instaladas em várias cidades brasileiras por religiosos

> (irmandades, ordens e iniciativas pessoais de membros do clero). O regime de funcionamento das instituições seguia o modelo do claustro e da vida religiosa. As práticas religiosas e o restrito contato com o mundo exterior eram características fundamentais dos colégios para meninos órfãos e dos recolhimentos femininos, sendo que, no segundo caso, a clausura era imposta com mais rigor (RIZZINI; RIZZINI, 2004, p. 24).

No século XIX, ocorrem mudanças gradativas nos asilos de crianças pobres, que seguem à secularização da educação. No reinado de D. Pedro II, os governos das províncias criam escolas e institutos para a instrução primária e profissionalizante de crianças e adolescentes pobres. Assim, são instaladas as Casas de Educandos Artífices, onde além da instrução primária, musical e religiosa são repassados aprendizados de ofícios como mecânicos, sapateiros, marceneiros, entre outros (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

As autoras referem que nos séculos XVIII e XIX, as meninas órfãs e pobres recebiam proteção dos recolhimentos femininos, criados por religiosos. Elas eram preparadas para serem mães de família, recebendo educação para o lar, o dote e o enxoval de casamento. Até início do século XX, os asilos femininos mantiveram o regime claustral.

O século XX foi um período marcado pela participação do Estado no planejamento e implementação de políticas de atendimento ao menor. Em 1927, tem-se a aprovação do primeiro Juízo de Menores do país, o Código de Menores (idealizado pelo primeiro juiz de menores do país Mello Mattos). Este Juízo de Menores apresentou um modelo de atuação que se manteve até meados de 1980. “Os juizados vieram estruturar, ampliar e aprimorar o modelo, construindo e reformando estabelecimentos de internação” (RIZZINI; RIZZINI, 2004, p. 30).

Ainda de acordo com Rizzini e Rizzini (2004), no ano de 1937, com a implantação do Estado Novo, ocorre uma maior ideologização de discursos entre representantes do Estado na assistência prestada à infância e juventude. Em 1941, o governo de Getúlio Vargas cria o Serviço de Assistência a Menores (SAM), centralizando a assistência.

Em 1964, foi criada a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNDABEM), Anti-SAM, seus objetivos eram: a “autonomia financeira e administrativa da instituição e na rejeição aos ‘depósitos de menores’, nos quais se transformaram os internatos para crianças e adolescentes das camadas populares” (RIZZINI; RIZZINI, 2004, p. 35).

Conforme as autoras, muitas crianças eram internadas pelos pais com o objetivo de terem acesso à educação e alimentação decentes, isto fica comprovado pela idade em que a maioria se encontra no momento de internamento, crianças em idade escolar.

Em 1979, foi instaurado o novo Código de Menores, que passou a denominar os 'menores desvalidos' de 'menores em situação irregular', porém continuou com a intervenção do Estado nas famílias populares. A partir dos anos de 1980, várias alterações foram discutidas quanto à assistência prestada a crianças e adolescentes. Estas discussões culminaram na inclusão do artigo 277, na Constituição Federal de 1988, que versa sobre os direitos da criança. Assim, por meio desse artigo, o Código de Menores (1927-1979) veio a ser substituído definitivamente pelo ECA (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

> Depois do ECA proliferaram as 'casas-abrigo' destinadas a acolher crianças desamparadas ou tuteladas pela justiça, porém, com o claro propósito de servir de abrigo temporário, e não de moradia fixa, como era o caso dos orfanatos. A escola passa a ser exigida mais intensamente como local de abrigo da criança, como demonstram a expansão da pré-escola e o aumento dos dias letivos. A família vai deixando de ser a única residência da criança e outras instituições vão compartilhando, cada vez mais, a tarefa de cuidar dos pequenos (PARREIRA; JUSTO, 2005, p. 179-180).

Assim, o abrigo representa uma medida de proteção para as crianças e adolescentes, uma vez que estes não possam permanecer com sua família de origem ou de seus responsáveis. Sendo que, deve ser um local de permanência temporária.

O Art. 92 do ECA, define os princípios do abrigo, esses incluem: a preservação do vínculo familiar; não-separação de irmãos; integração em família substituta, se não for possível manutenção na família de origem; o dirigente do abrigo é guardião das crianças e adolescentes (BRASIL, 2006a).

O Art. 101 em seu parágrafo único define que: "O abrigo é medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade" (BRASIL, 2006a, p. 33).

Considerando a condição provisória e excepcional prevista para o abrigamento de crianças e adolescentes, pode-se observar que na realidade o que ocorre não condiz ao definido na legislação. A morosidade burocrática imposta aos processos de adoção ou retorno a família de origem acaba por impor às crianças e aos adolescentes, muitas vezes, o abrigamento até a chegada a vida adulta.

3 METODOLOGIA

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva-exploratória, em que foi aplicado o Método Criativo Sensível (CABRAL, 1998) para produção de dados e os mesmos foram analisados a luz da análise de discurso francesa (ORLANDI, 2001).

3.1 Cenário da etapa de campo

A pesquisa foi desenvolvida em duas instituições, denominadas nesse estudo: Lar dos Meninos e Lar das Meninas. São instituições que abrigam crianças e adolescentes vítimas de violência familiar, encaminhadas pelo Juizado de Menores e Conselho Tutelar, que não podem permanecer com as suas famílias, localizadas em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Essas instituições acolhem, separadamente, crianças e adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino. Na época da coleta dos dados o Lar dos Meninos contava com duas crianças 8 e 11 anos e 16 adolescentes, acima de 12 anos. No Lar das Meninas tinha 3 crianças, uma com 3 anos e as outras duas com 10 e 11 anos, e 8 adolescentes acima de 12 anos.

Ambas instituições possuem uma diretoria voluntária, e uma equipe de profissionais como psicólogos, assistente social, cuidadores e professores que estão diretamente envolvidas no cuidado às crianças, os quais são contratados. A assistência à saúde é prestada pela rede básica pública de saúde. As instituições sobrevivem com a ajuda da gestão municipal, da comunidade local e de convênios com empresas.

3.2 Participantes do estudo

Foram crianças vítimas de violência intrafamiliar, abrigadas em lares, atendendo ao critério de inclusão qual seja, estar em idade escolar, na época da coleta (entre 08 a 11 anos). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2006a), são considerados crianças os indivíduos de 0 a 12 anos e crianças em idade escolar entre 6 e 12 anos.

Papalia e Olds (2000), definem a idade dos 6 aos 12 anos como da terceira infância, sendo que as principais características desta fase são: diminuição da velocidade do crescimento físico; aperfeiçoamento de força e habilidades físicas; diminuição do egocentrismo; desenvolvimento do pensamento lógico, principalmente o concreto; aumento da memória e habilidades da linguagem e desenvolvimento da auto-estima. De acordo com Piaget, esse período caracteriza-se como sendo o das operações concretas, em que as crianças são capazes de resolver problemas de maneira lógica, concreta e sistematizada, se estiverem inseridos em tempo e espaço contextualizado, além disso, passa a considerar idéias diferentes das suas (PAPALIA; OLDS, 2000).

Nesse sentido, foram excluídas as crianças menores de 06 e maiores de 12 anos de idade.

3.2.1 Caracterização dos participantes

Os participantes do estudo foram 4 crianças, dois meninos e duas meninas, com idade entre 8 e 11 anos, pois esses representam a totalidade de crianças nessa faixa etária, nos lares no momento da produção de dados. Foram utilizados nomes fictícios para nomeá-los. Abaixo se apresenta uma breve caracterização dos participantes.

Gabriel: 11 anos, primeira institucionalização aos 04 anos, segunda aos 08 anos. Família apresentava dificuldades econômicas, havendo diversos registros de auxílio alimentício, médico e de encaminhamento à creche, no Conselho Tutelar. A primeira institucionalização foi rápida, sem registros específicos, da segunda consta que pai e criança foram juntos ao Conselho Tutelar, sendo que a própria criança pediu para ser institucionalizada. O pai era funcionário público e a mãe do lar, sendo que a mãe apresenta problemas neurológicos e psicológicos. Atualmente, a mãe é interditada e o pai já é falecido. A criança não recebe visita de familiares, possui uma irmã mais velha, mas a mesma não o visita, a mãe não pode visitá-lo, pois não tem autorização para tal. O menino foi institucionalizado por maus-tratos (agressão física) e negligência nos cuidados, sendo a mãe a agressora. O menino faz uso de medicação (imipramina) há muitos anos, pois não tinha controle esficteriano e apresentava ansiedade exacerbada. Foi encaminhado para adoção com o irmão

Eduardo, porém a pessoa que se propôs a adotá-los permaneceu com eles apenas três semanas, se mudou da cidade e devolveu-os à instituição. A criança apresenta-se em atraso escolar, freqüentando atualmente a 3º série do Ensino Fundamental, porém não apresenta déficit de compreensão. Possui bom relacionamento com os demais meninos do lar, tem relacionamento carinhoso e atitude de proteção frente ao irmão.

Eduardo: 8 anos, institucionalizado aos 06 anos. Não faz uso de medicação, apresenta dificuldade de aprendizagem. Possui bom relacionamento com os demais meninos do lar, chama o irmão pelo sobrenome. Demais dados idem aos de Gabriel.

Rafaela: 11 anos, primeira institucionalização com aproximadamente 04 anos de idade, segunda aos 07 anos, terceira aos 10 anos. Foi feita a tentativa de adoção por familiares, porém sofreu abuso sexual e voltou para a Instituição de abrigamento. A segunda tentativa de adoção se deu com família substituta, porém a criança não se adaptou e a família acabou devolvendo-a para a Instituição. O pai da menina é desconhecido, a mãe é do lar e possui problemas psicológicos, sendo interditada. A criança foi institucionalizada por sofrer maus-tratos (agressão física), abuso sexual e negligência. A mãe possuía conduta promíscua, expondo os filhos a interações sexuais. A família possuía baixas condições sócio-econômicas. A menina não recebe visita de familiares, já que a mãe não tem autorização para tanto e demais familiares não fazem contato. Possui outra irmã, mais velha, na mesma instituição. Apresenta um comportamento hostil, sendo ciumenta e agressiva quando contrariada.

Ana Júlia: 11 anos, primeira institucionalização aos 2 anos de idade. Pai falecido, mãe do lar, juntou-se a companheiro que tinha vários filhos, sendo que ela também possuía 5 filhos. Ambos eram alcoolistas. Criança foi institucionalizada por negligência, família com baixas condições sócio-econômicas. Foi feita tentativa de reinserção com família materna, porém a mesma não apresentou condições, devido ao alcoolismo. Foi para adoção com familiares, uma irmã sua, mais velha, porém não houve adaptação satisfatória e o marido da irmã não aceitou e a criança acabou retornando para a instituição. Possui irmã mais velha na instituição. Recebe visita de duas irmãs mais velhas e de tios. A mãe faleceu em fevereiro de 2008. A criança faz

uso de medicação (imipramina e tegretol), apresenta dificuldade de aprendizagem, tem suspeita de Síndrome Alcoólica. O comportamento no lar mescla períodos de tranqüilidade com agitação e irritabilidade com as demais meninas do lar, por isso muitas vezes não é bem aceita entre elas.

3.3 Etapa de campo – coleta de dados

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se as dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS), que foram sistematizadas por Cabral (1999) e constituem o eixo central do Método Criativo Sensível. Esse propicia "cumplicidade, interação, integração e acolhimento dos integrantes, o método auxilia trazer a tona questões latentes, difíceis de serem socializadas" (SOUZA; CARTANA, 2007, p. 03).

As DCS possibilitam um espaço rico para produção de dados, constituindo-se de encontros grupais, onde se despertam a criatividade e sensibilidade dos componentes para a produção de dados para pesquisa. Nessas dinâmicas, o pesquisador e os sujeitos, por meio do diálogo, participam de uma experiência existencial e vivencial (CABRAL, 1999).

As DCSs já foram aplicadas em diversas pesquisas na Enfermagem, entre elas: Monteiro (1999b); Alvim (1999); Medeiros e Cabral (2001); Beuter (2004); Resta (2006); Silva *et al*. (2007); Vernier (2007).

A realização da DCS seguiu cinco momentos, conforme descrito por Cabral (2007): 1° momento – Apresentação, acolhimento; 2° momento – trabalho individual ou coletivo, lança mão da questão geradora de debate. 3° momento – apresentação das produções artísticas, momento de socialização das produções, tomando-se nota das palavras-chave. 4° momento – análise coletiva, discussão do grupo. 5 º momento - síntese e validação, os dados levantados são discutidos para serem validados com o grupo, ocorre a recodificação temática.

As DCSs desenvolvidas nesse estudo foram: O Brincar em cena e Corpo Saber. As DCS foram realizadas em uma sala no Lar dos Meninos, a pesquisadora levou as meninas até lá, para que o grupo pudesse trabalhar em conjunto. A DCS O Brincar em cena, idealizada originalmente por Silva *et al.* (2007), buscando conhecer a contribuição do brincar e da brincadeira na vida da criança com câncer. Nessa DCS, utilizou-se os recursos da modelagem, família de bonecas da pano e desenhos, colocando a disposição do grupo diversos materiais e brinquedos. Para

instigar a ação de brincar, lançou-se a questão geradora do debate: gostaria que você me contasse como é sua vida na família? Por meio desta questão buscou-se conhecer como era a vida das crianças no ambiente da família de origem.

A DCS Corpo Saber foi adaptada por Alvim (1999) e, subseqüentemente, implementada nos estudos de Medeiros e Cabral (2001) e Vernier (2007). Essa objetivou dimensionar o processo de cuidar no espaço domiciliar das famílias, usando a metáfora do desenho de um corpo para despertar a memória latente dos participantes sobre os cuidados que receberam de seus familiares. Para tanto, apresentou-se aos sujeitos da pesquisa um desenho com a silhueta de corpo e solicitou-se que desenhassem em uma meia folha de cartolina o seu corpo e forma como esse era cuidado pela família. As questões geradoras de debate foram: como vocês vêem o corpo de vocês? Nas atividades em casa, junto com a família de origem, como o corpo de vocês é cuidado? Por meio dessa DCS, buscou-se conhecer de que forma o corpo das crianças era cuidado/tratado no ambiente da família de origem, sob a perspectiva das mesmas.

Conforme prevê a técnica das DCS, participaram dos encontros 2 auxiliares de pesquisa que atuaram como observadores e co-responsáveis pela logística da mesma. Esses auxiliares receberam capacitação prévia acerca do desenvolvimento do Método Criativo Sensível e de cada dinâmica. Os encontros foram gravados e depois transcritos, constituindo-se em uma das fontes primárias de dados desta pesquisa. As informações foram divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob guarda da pesquisadora mestranda por um período de 5 anos, sob sua responsabilidade. Após este período, os dados serão destruídos.

Antes da realização da coleta de dados, ocorreu uma ambientação, uma convivência com as crianças na instituição, a fim de que fosse possível interação com elas. Essa ambientação foi realizada por meio de uma visita, em que a pesquisadora e as auxiliares de pesquisa foram até as instituições que abrigam as crianças participantes do estudo, conversando com elas para esclarecer sobre a pesquisa a ser realizada e perguntando sobre seu assentimento em participar. Nesse momento, ocorreu a primeira interação entre pesquisadora e pesquisandos, o que facilitou a coleta dos dados.

A ambientação consiste em processo de inserção do pesquisador no âmbito de abordagem da saúde, sendo um processo de adaptar-se ao local institucional onde transcorrerá a pesquisa de campo. Nesse sentido, buscou-se a “adequação

pessoal às atividades rotineiras da instituição, conhecendo as pessoas habituais do lugar, a distribuição espacial das tarefas ali desenvolvidas e seu arranjo cronológico" (TURATO, 2003, p. 344).

Para Padoin (2006), a ambientação relaciona-se também ao momento da coleta de dados e proporciona a percepção do encontro com os sujeitos e sua singularidade, buscando o significado do silêncio, das falas, dos olhares. Sendo que, esse movimento ocorre ao se permitir ouvir, sentir e refletir sobre o encontro com o outro, buscando a clareza do objeto de estudo.

3.3.1 Descrição do planejamento das dinâmicas

Aqui se apresenta, em forma de quadro, o planejamento das dinâmicas: O Brincar em cena e Corpo Saber.

Dinâmicas	Participantes	Questão geradora de debate	Objetivo da dinâmica	Materiais utilizados
22/05/2008 O BRINCAR EM CENA Duração: 1h 30 min	2 auxiliares de pesquisa 1 enfermeira 04 crianças	Gostaria que você me contasse como é sua vida na família?	Conhecer como era a vida das crianças no ambiente da família de origem.	Família de bonecos de pano (composta por três filhos, sendo um bebê, um pai, uma mãe, uma professora, uma enfermeira, um par de sapatos, um cinto, um espelho e um pente), massa de modelar, folhas A5, canetinhas, lápis de cor, giz de cera, lápis, borracha, revistas para recortar, tesouras, um gravador de fita K7, um mp3, uma caixa com doces.
13/06/2008 CORPO SABER Duração: 50 min	1 auxiliar de pesquisa 1 enfermeira 04 crianças	Como vocês vêem o corpo de vocês? Nas atividades em casa, junto com a família de origem, como o corpo de vocês é cuidado?	Conhecer de que forma o corpo das crianças é cuidado/tratado no ambiente da família de origem sob a perspectiva das mesmas.	crachás de identificação dos participantes; cadeiras dispostas em círculo; CD com música (Pop Rock- Coleção todos os sons- O Boticário); 01 aparelho de som; 1 gravador de fita k7; 1 mp3; folhas de cartolina cortadas pela metade; lápis, lápis de cor, canetinhas, giz de cera, borracha; bolo de chocolate, guardanapos de papel e pacotes de doces.

Quadro 1: Descrição do planejamento das dinâmicas de criatividade e sensibilidade

3.3.2 A operacionalização das DCS na etapa de trabalho de campo

Na DCS O Brincar em cena, inicialmente, todos os participantes do grupo apresentaram-se entre si e foram distribuídos os materiais (papéis, canetinhas, lápis de cor) para que cada participante confeccionasse seu crachá. Partiu-se, então, para a explicação da técnica de integração: que consistia em passar um balão, com uma música de fundo, quando a música parasse quem estivesse com o balão cairia fora da brincadeira e o último a sair seria o campeão e receberia o prêmio. Após o término, pediu-se que a campeã compartilhasse com as demais crianças os doces que estavam na caixa que recebeu de prêmio. Esta técnica teve como objetivo integrar e conhecer um pouco os componentes do grupo. No segundo momento, explicou-se como seriam os momentos durante o desenvolvimento da DCS, bem como os objetivos da mesma. No terceiro momento, as crianças partiram para a escolha do brinquedo que queriam utilizar. Primeiramente, todas as crianças escolheram a família de bonecos de pano, entretanto, como só havia uma família, explicou-se que cada criança deveria escolher um brinquedo. No quarto momento, cada criança apresentou sua produção artística, contando como era sua vida na família de origem. No quinto e último momento, desenvolveu-se a síntese e validação dos dados produzidos, questionando as crianças sobre suas apresentações para confirmar suas falas. As crianças também fizeram alguns questionamentos umas as outras.

Na DCS Corpo Saber, inicialmente, repetiu-se a apresentação de todos os participantes do grupo e foram distribuídos os crachás confeccionados no primeiro encontro. Partiu-se então, para a explicação da técnica de integração: *Por que você se identificou com...* Que teve como objetivo conhecer melhor os componentes do grupo. Convidou-se os participantes a se identificarem com um animal ou objeto, tendo de ser algo que pudesse representar muito bem a própria personalidade. Uma criança por vez foi dizendo com que animal ou objeto se identificou. Os outros tentaram adivinhar o porquê da identificação. Depois cada criança revelou quem chegou mais perto de seu motivo de escolha daquele animal ou objeto. No segundo momento, foi explicado como seriam os momentos durante o desenvolvimento da DCS, bem como os objetivos da mesma. As crianças mostraram-se em dúvida sobre a execução da tarefa, pedindo que a pesquisadora desenhasse para elas a silhueta

do corpo. Esse terceiro momento em que as crianças trabalharam individualmente foi um momento de muito alvoroço e conversas, as crianças falavam em voz alta e compartilhavam as experiências de cuidado, misturando-se com o de apresentação das produções. No quarto momento, cada criança apresentou seu desenho, falando sobre os cuidados que recebia na família. As crianças interferiam na apresentação umas das outras, compartilhando e promovendo o debate coletivo. No quinto momento, para síntese e validação, as crianças foram questionadas sobre suas falas. As crianças também fizeram alguns questionamentos umas as outras.

Observou-se que o uso do brinquedo favoreceu a interação entre as crianças e dessas com a pesquisadora. Através do lúdico, as crianças falaram livremente sobre as situações de violência presentes em seu mundo. Ao brincar, a criança "exterioriza um misto do que ela vive ou viveu com aquilo que ela pensa, imagina ou cria interiormente" (MARTINS; SZYMANSKI, 2004, p. 183).

Os desenhos foram analisados a partir da explicação presente nos discursos das crianças, ou seja, a análise ocorreu com base na interpretação dos discursos e não dos desenhos.

3.4 Aspectos Bioéticos

Para preservar os direitos éticos da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (VIEIRA; HOSSNE, 2001), disponibilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado pelo responsável pelas crianças (Anexo A). Este termo constituiu-se de duas vias, sendo que uma delas ficou com o responsável e a outra com a pesquisadora.

Para as crianças foi utilizado um Termo de Assentimento (Anexo B). Carnevale (2004) ressalta a necessidade de escuta autêntica das vozes dos jovens, nesse reflete como, na maioria das vezes, os pais decidem pelos filhos, mesmo sem o conhecimento e consentimento destes. Destaca, ainda, a importância de resguardar os interesses e necessidades das crianças e adolescentes, referindo que eles têm capacidade de refletir sobre seus interesses, tendo compreensão do seu mundo moral e das questões éticas que estão envolvidas.

De acordo com a Associação Americana de Pediatria (AAP), os pais são os responsáveis pela permissão para tratamento das crianças, pois elas próprias não

podem ser responsabilizadas legalmente. No entanto, é importante incluir o assentimento das crianças e dos adolescentes. Eles têm o direito de conhecer suas condições de saúde, bem como devem ser consultadas sobre seu consentimento ou assentimento em receber tratamentos, cuidados ou participar de pesquisas. Assim, o assentimento implica em considerar a voluntariedade da criança em aceitar o cuidado proposto ou participar de pesquisas (CARNEVALE, 2004).

Para as instituições onde a pesquisa se realizou foi encaminhado, previamente, um Termo de Autorização da Instituição para a realização da pesquisa (Anexo C), sendo que se utilizou Lar dos Meninos e Lar das Meninas para denominá-las, a fim de manter o anonimato sobre as mesmas. A pesquisa também apresenta um Termo de Confidencialidade (Anexo D), em que os pesquisadores se comprometem a manter a confidencialidade dos dados coletados.

O anonimato dos participantes da pesquisa foi mantido, de forma que foram utilizados nomes fictícios para citá-los. É importante ressaltar que as crianças encontram-se sob a responsabilidade legal dos responsáveis pelas instituições, e só participaram do estudo com a autorização deles e de seu próprio assentimento.

Antes da realização do estudo, ele foi submetido a uma banca examinadora e encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, o qual emitiu parecer de aprovação CAAE n° 0005.0.243.000-08 (Anexo E).

3.5 Organização e análise dos dados

A análise dos dados ocorreu com o intuito de compreender a linguagem utilizada pelas crianças vitimizadas, buscando maneiras de significar essa linguagem por meio da Análise de Discurso (AD) francesa, conforme Orlandi (2001). Essa opção se deu pela possibilidade de compreender a língua com um sentido, buscando “extrair sentidos dos textos” (ORLANDI, 2001, p. 17).

A análise de discurso objetiva compreender de que maneira “um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos” (ORLANDI, 2001, p. 26). Para Orlandi (2001, p. 15) discurso é “a palavra em movimento, prática de linguagem; com o estudo do discurso observa-se o homem falando”, nesse caso a criança falando para o pesquisador por meio da

brincadeira e do desenho, que foi, posteriormente, transformado em texto – *corpus*, desse estudo.

Após a transcrição das DCSs, partiu-se para a etapa seguinte da análise dos dados quando foi conferida materialidade lingüística. Com isso, objetivou-se que o texto possa ser compreendido o mais próximo possível da enunciação do sujeito. Para tanto, se utilizou ferramentas gramaticais como as que seguem abaixo:

/ : pausa reflexiva.

... : pensamento incompleto.

: interrupção da enunciação por outra criança.

(...): interrupção de uma enunciação e posterior continuação da enunciação interrompida.

* : conversa conturbada, incompreensível.

Itálico: textos acrescentados pela pesquisadora.

P: fala da pesquisadora durante a dinâmica.

[...]: supressão de falas.

Gabriel, Eduardo, Rafaela e Ana Júlia: nomes fictícios das crianças participantes do estudo.

De acordo com Cabral (2001, p. 15), o processo de análise do Método Criativo Sensível ocorre da seguinte forma:

> partimos do universo vocabular dos sujeitos representado sob a forma de produções artística e enunciação das situações existenciais concretas para codificar os temas geradores, descodificá-los em subtemas e recodificá-los sob a forma de síntese temática, através da reflexão crítica. Portanto, temos como ponto de partida o criar sensivelmente para gerar um conhecer, simultaneamente, coletivo e individual, do fenômeno sob investigação.

Após a conferência da materialidade lingüística, o *corpus* foi organizado em quadros analíticos. Os dados transferidos aos quadros foram àqueles recortes considerados como situações existenciais dos sujeitos e que poderiam levar o pesquisador à compreensão de seu objeto de pesquisa. Esses quadros foram construídos em cinco momentos, a saber: quadro analítico I, no qual as situações existenciais foram transpostas após seu recorte do *corpus.* Essas situações existenciais são identificadas como aquelas em que os sentidos das vivências dos sujeitos são relacionados com o objeto de estudo em que emergem.

No quadro analítico II, o analista/pesquisador faz perguntas ao texto (sobre as situações existenciais), com o intuito de identificar respostas para elas no próprio

texto. A finalidade dessa etapa é extrair do texto os sentidos que possibilitem ao pesquisador responder a sua questão de pesquisa.

No quadro analítico III, empregou-se os dispositivos analíticos da AD ao *corpus* e elaborou-se comentários analíticos a partir dos sentidos que emergiram dos textos. Nesse momento, o pesquisador dá os primeiros passos em direção aos possíveis temas geradores do estudo por meio dos dispositivos analíticos empregados. Os resultados, então, tomam forma e os primeiros temas geradores são identificados.

No quadro analítico IV, realizou-se a identificação dos temas geradores e sua relação com os resultados, bem como a recodificação temática dos resultados. Esse quadro possibilitou a organização visual para a produção do quadro seguinte.

Por fim, um último quadro foi elaborado - o quadro síntese. Nesse, foram apresentados de forma sistematizada os temas geradores, a recodificação temática elaborada pelos pesquisandos, e os comentários analíticos de todas as DCSs. Então, aqueles temas geradores recorrentes em todas as DCSs configuram uma categoria de análise do estudo.

Entre os dispositivos analíticos empregados na interpretação do material empírico, destacam-se: metáfora, processos parafrásticos e polissemia. Para Orlandi (2001), a metáfora é a tomada de uma palavra por outra, estabelecendo o modo como ela significa. O efeito metafórico é um fenômeno semântico produzido por uma substituição contextual (deslizamento de sentido).

Os processos parafrásticos são aqueles pelos quais em todo dizer há sempre algo que se mantém. Consistem em diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado, estabilizado; reconhecimento do mesmo sentido, ou seja, repetição, o já dito (ORLANDI, 2001, p. 36). A polissemia rompe com a repetição. É a fonte da linguagem, sendo a própria condição de existência dos discursos. Joga com o equívoco. São os múltiplos sentidos produzidos pelo sujeito, o diferente do já dito. A paráfrase e a polissemia são duas forças que trabalham continuamente o dizer, o dizer fica nesta tensão entre o mesmo (paráfrase) e o diferente (polissemia). E é nesse jogo que “os sujeitos e os sentidos se movimentam, fazem seus percursos, (se) significam” (ORLANDI, 2001, p. 36).

4 A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NO MUNDO DA CRIANÇA

A seguir, os achados serão apresentados em duas dimensões e seus respectivos subtemas:

a) A dimensão objetiva da violência intrafamiliar no mundo das crianças	- situações vivenciadas pelas crianças que envolvem os motivos da institucionalização
	- a identificação da violência no corpo
	- a mãe como a principal responsável pela prática da violência intrafamiliar
b) A dimensão subjetiva da violência intrafamiliar no mundo das crianças	- sentimento de amor e carinho pelo familiar que cuidava
	- cuidados básicos de higiene como forma de cuidado.
	- a recorrência da violência no ideário das crianças

Quadro 2: Classificação dos temas e subtemas da violência intrafamiliar no mundo das crianças

4.1 A dimensão objetiva da violência intrafamiliar no mundo das crianças

A dimensão objetiva da violência será descrita nessa seção, relatando as situações vivenciadas pelas crianças, participantes da pesquisa, que envolvem os motivos de sua institucionalização, a localização da violência física no seu corpo, a identificação da mãe como principal agressora.

4.1.1 Situações vivenciadas pelas crianças que envolvem os motivos da institucionalização

Aqui serão apresentadas as situações vivenciadas pelas crianças, participantes do estudo, que conduziram à decisão judicial de institucionalização. Soma-se às situações existenciais extraídas dos discursos das crianças uma breve caracterização destas, com informações que foram coletadas junto aos arquivos da instituição em que as crianças estão abrigadas.

As situações referentes à presença da violência emergiram durante o desenvolvimento da dinâmica O Brincar em cena, no momento em que se deu a

produção artística (PA) das crianças na DCS por meio de atividades escolhidas por elas mesmas. Gabriel, Rafaela e Ana Júlia optaram por desenhar, enquanto que Eduardo optou pela encenação com bonecos de pano. A questão que foi lançada às crianças foi: “gostaria que você me contasse como é sua vida na família?”.

Os desenhos de Ana Júlia e Rafaela se assemelham. Elas trocaram informações e discutiram juntas sobre a produção artística que fariam na dinâmica, constituindo, então, uma produção coletiva, mas representada de modo individual. O que diferenciou as PAs de cada uma foi o período do dia, sol e lua, representando o dia e a noite.

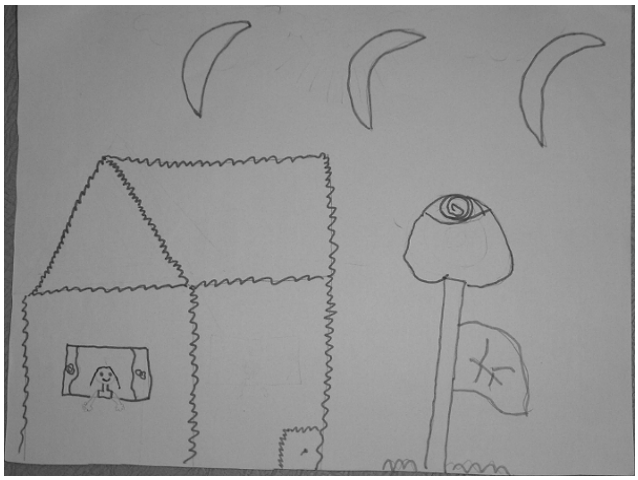

Figura 1: Desenho de Rafaela – Dinâmica O Brincar em cena

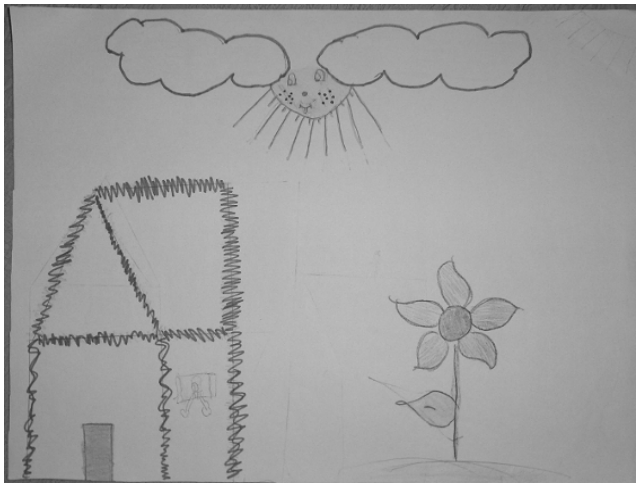

Figura 2: Desenho de Ana Júlia – Dinâmica O Brincar em cena

Rafaela e Ana Júlia desenharam a sua casa. Cada desenho apresenta uma pessoa na janela (que Ana Júlia, posteriormente apagou) que elas referem ser a

mãe. Quando questionadas onde estariam em seus desenhos, Ana Júlia referiu que estava na escola e Rafaela que estava dormindo. Entretanto, mais tarde Ana Júlia contou que ainda nem ia à escola no período em que morava com a mãe.

No desenvolvimento da dinâmica, principalmente, na apresentação das produções, as crianças relataram as situações que desencadearam sua institucionalização. Gabriel relatou que teve vários momentos de institucionalização no Lar dos Meninos.

> Gabriel: Eu vim e saí. [...] Eu estava lá na casa da minha mãe e depois quando eu estava aqui é que meu pai morreu. [...] Não. Não, eu já estava aqui, ele foi pro hospital...

Na história de Gabriel, coletada junto ao Lar dos Meninos e ao Conselho Tutelar (CT), tem-se o registro de uma entrada de Gabriel no lar, aos 04 anos e posterior retorno à família. Aos 08 anos, o menino acompanhado do pai, vai até o CT e pede para ser institucionalizado por sofrer agressões físicas da mãe. Gabriel e o irmão Eduardo foram encaminhados para adoção, porém antes que o processo de adoção fosse finalizado, foram devolvidos para o Lar dos Meninos. O que se sabe é que a pessoa que iria adotá-los não se adaptou.

Durante a dinâmica, Eduardo e Gabriel se referem a morte do pai:

> Eduardo: Ele foi velado!
> Gabriel: Nós não estávamos em casa, nós estávamos aqui. *(refere que já se encontravam na instituição).*

Eles contaram que o pai morreu no hospital e que isso aconteceu quando eles já se encontravam no Lar dos Meninos. Contaram que eles saíram do Lar para acompanhar o velório do pai.

Posteriormente, Gabriel revelou em seu discurso que os problemas mentais da mãe e o abuso do álcool desencadearam as situações que levaram a institucionalização.

> Gabriel: Ah, eu vim para cá, minha mãe / tinha problema na cabeça. [...] É, ela também bebia. [...] Ela fumava e daí um dia eu disse para ela que fumar fazia mal, ai ela parou de fumar.

Além disso, Gabriel refere-se à agressão física que a mãe praticava contra ele e seu irmão, esclarecendo:

> Gabriel: É por que minha mãe ela tinha problema na cabeça, e também ela batia em nós.

Assim, percebe-se que os problemas mentais, o abuso de álcool e a presença de agressão física foram os motivos que envolveram a institucionalização dos meninos. Esses aspectos são reforçados por Gomes, Loureiro e Gonçalves (1996) pessoas com doenças mentais e alcoolistas, em geral, perdem a noção sobre limites e valores familiares, expondo as crianças aos seus desatinos.

Nesse sentido, o transtorno mental e o abuso do álcool figuram entre as principais associações com a violência materna. Algeri (2001) identificou que em 26% das famílias atendidas em um hospital de Porto Alegre (RS), em que ocorreu violência contra as crianças, as mães apresentavam transtorno mental. Quanto ao consumo de drogas relacionado à violência, o mesmo estudo apontou que em 30,6% das famílias havia a presença do consumo abusivo do álcool. Gomes *et al.* (2002) reforçam a relação entre o alcoolismo e a ocorrência dos maus-tratos contra crianças, associando esse a fatores psicológicos.

Ainda, em relação a esses fatores desencadeantes da violência intrafamiliar, Souza e Jorge (2006, p. 27) referem que “o uso do álcool e de outras drogas têm sido um fator relevante nas ocorrências de violência contra crianças e adolescentes”.

Retornando ao discurso das crianças, alguns resultados apontam a forma como a família dessas crianças se configura.

> Rafaela: Eu não sei! / E eu não conheci o meu pai.

Rafaela apresentou sua produção referindo não saber o número de irmãos que possui e concluiu dizendo que não conheceu o pai. Rafaela tem uma história bastante conturbada. Consta que a mãe teve os filhos com diversos parceiros e não sabe precisar quem são eles. A mãe de Rafaela apresenta problemas neurológicos e psicológicos, sendo, inclusive, interditada legalmente por conta desses problemas.

Com o discurso acima se percebe a necessidade de Rafaela em contar que não conheceu o pai, sendo que o assunto abordado era sobre seus irmãos. Ainda sobre os irmãos, Rafaela continua o seu discurso afirmando que morava com a mãe e os irmãos:

> Rafaela: Eu? Sim. / Depois fui morar com minha tia. [...] Minha mãe tem problema... [...] “Na cabeça”. #
> *Ana Júlia ri muito.*

> Rafaela: isso é sério! [...] conta Ana Júlia que tua mãe morreu, que ela bebia...

Rafaela pareceu desconfortável em contar sobre os problemas de sua mãe e, quando Ana Júlia ri durante sua narrativa, essa ficou irritada e disse que isso era muito sério. Rafaela irritada com o riso de Ana Júlia sugeriu que essa contasse sua história que a mãe bebia e que morreu.

Em seu discurso, Rafaela revela o motivo pelo qual não podia morar com a mãe: "problema na cabeça" e que isso fez com que ela fosse encaminhada para a casa de uma tia.

> Rafaela: sim *(a mãe usa medicação)*. [...] Eu e uma irmã. [...] Ela mora comigo na A. (*Lar das Meninas*). A mais grande *(mais velha)*. [...] Daí, não deu certo com a tia e voltei pra A.

> Rafaela: Eu fui duas vezes pra A.. Eu voltei... Foi assim, eu era pequena, daí eu não podia morar com a minha mãe. Daí eu fui pra A. de volta. E daí eu voltei e morei com a minha tia e depois fui de volta pra A..

Rafaela refere que a mãe utiliza medicação, e que ela e a irmã foram juntas morar na casa da tia. Rafaela não lembra ou não sabe quantos irmãos tem além da irmã que mora com ela no Lar das Meninas, atualmente. Em sua história, coletada junto ao Lar, há informações sobre um irmão mais velho que apresenta problemas psicológicos e neurológicos e que vive maritalmente com a própria mãe.

Rafaela conta sobre seus momentos de institucionalização, justificando que não podia morar com a mãe e por isso foi encaminhada para o Lar das Meninas. Depois foi morar com uma tia e retornou para a instituição. Quando indagada sobre os motivos de "não ter dado certo" morar com a tia, a menina disse não saber. Rafaela recodificou sua institucionalização, falando sobre suas idas e vindas ao Lar das Meninas.

Segundo consta nos registros do Conselho Tutelar (CT) e do Lar das Meninas, ela teve duas tentativas de adoção, uma por uma tia, que não deu certo porque o tio teria abusado da irmã de Rafaela. Na outra tentativa de adoção, ela e a irmã foram encaminhadas para uma senhora, e por ela ter uma idade mais avançada as meninas não se adaptaram.

É relevante observar as várias saídas e retornos das crianças às instituições. Com certeza, estas situações afetam de alguma forma o desenvolvimento emocional das crianças, gerando nelas medos, incertezas e insegurança.

Conforme Parreira e Justo (2005), a institucionalização impõe a necessidade de lidar com a falta de referências e com as facetas do abandono. Priva os indivíduos de reconhecer-se numa história dentro de uma rede familiar.

Martins e Szymanski (2004) referem que a questão do abandono vai muito além das necessidades materiais das crianças institucionalizadas. O grande problema que acompanha as crianças, sob responsabilidade do Estado, talvez seja o abandono afetivo e emocional.

A separação do familiar significante gera ansiedade e depressão nas crianças menores, podendo levar a alterações do desenvolvimento. Muitas vezes, eles evitam falar sobre o assunto, como segue:

> P.: E por que tu não podias morar com a mãe?
> Rafaela: Por que ela tinha problema, não é! Daí. E eu era pequena... [...] não sei.
> *Rafaela fica em silêncio*

Quando perguntada sobre o motivo pelo qual não podia morar com a mãe, Rafaela recodifica seu discurso, dizendo ser por que ela tinha problema na cabeça, após silenciou.

O silenciamento de Rafaela pode significar muitas coisas que não se pode inferir, mas provavelmente demonstra que não quer revelar a situação, não querendo revelar as diferentes situações que desencadearam a sua retirada do convívio familiar.

Esse silenciamento também é perceptível quando perguntada sobre visitas a casa da mãe:

> Rafaela: Não, eu vou numa outra tia que trabalha lá na A. *(refere que não vai à casa da mãe)*. [...] Às vezes em quando *(sobre as visitas da mãe)*.
> Ana Júlia: Quando ela está fazendo aniversário!
> P.: E como é quando tua mãe vem?
> Rafaela: não sei. [...] Ela me dá coisas...

Rafaela relatou que passa alguns dias na casa de uma pessoa que atua no Lar das Meninas e que não vai para a casa da mãe. Quando perguntada sobre as vindas da mãe, mostrou-se desconfortável, não relatando como são os encontros.

A questão da violência e seu silenciamento, pensados Freirianamente, podem ocorrer “porque a criança hospeda o opressor dentro de si e assume o lugar social do oprimido” (PIERANTONI, 2007, p. 25). Ainda de acordo com a autora (p.115): “a violência é o opressor hospedado no oprimido, que para superá-lo precisa distanciar-se, admirá-lo e revisitá-lo, para criticamente, romper com essa cadeia opressiva”. Dessa forma a liberdade só ocorre quando o silêncio é rompido e ela desospeda o agressor.

Segundo os registros da instituição, a mãe de Rafaela visitou-a uma vez e nessa visita trocou o nome da filha, tendo atitudes de agitação e irritação que causaram sofrimento em Rafaela.

Quando Ana Júlia foi motivada a contar a sua história, Rafaela é quem se apropria do discurso, dizendo que a mãe de Ana Júlia bebia e que a havia visto em uma dessas ocasiões:

> Rafaela: a tua mãe ela bebia eu vi a mãe dela um dia lá #
> Ana Júlia: na praça ela bebia, daí minha vó foi segurar ela (...) #
> Rafaela: ela tem os irmãos dela aqui (*aponta para fora da janela, estávamos no Lar dos Meninos*).
> Ana Júlia: está me deixa falar
> Ana Júlia: daí minha vó queria segurar pra ela não ir pra praça beber / daí ela foi pra praça e daí ela foi caiu e foi pro hospital porque tava mal... morreu (*foi falando cada vez mais baixo, tornando quase impossível ouví-la*) [...] e também por causa dos pulmão fraco, ela fumava ... ela bebia

Ana Júlia, timidamente, contou sua história, que a mãe costumava beber em uma praça e que a avó tentava buscá-la de volta para casa, para que parasse de beber. Relatou um episódio em que a mãe foi até a praça beber, caiu e teve que ser encaminhada ao hospital, onde acabou falecendo. Esse fato ocorreu no início do ano de 2008.

Ana Júlia perguntada se foi nesse momento que ela e os irmãos foram institucionalizados, diz que não, Rafaela complementa dizendo que faz muito tempo que Ana Júlia está no Lar.

Conforme informações coletadas junto às cuidadoras do Lar das Meninas, a mãe de Ana Júlia costumava beber em um bar próximo ao colégio em que as meninas estudavam, então, algumas vezes era flagrada por elas bebendo.

Questionada sobre o período que morou com a mãe, Ana Júlia foi enfática em afirmar que não morara com sua mãe.

> Rafaela: ih, faz tempo que já está na A. (*Lar das meninas*), mais de um ano que ela já está aqui na A. (...)
> Ana Júlia: eu morava no lar lá / de bebê (*falou como se fosse uma criança pequena*). Aí disseram que lá não era o meu lugar. Aí me mandaram para cá. [...] eu não morava com a minha mãe!

Ana Júlia foi institucionalizada aos 2 anos de idade. Os irmãos, aos quais ela se refere não são irmãos consangüíneos, e sim filhos do padrasto, que tinha diversos filhos, sendo que dois deles estão no Lar dos Meninos, a estes ela chama de irmãos. Considera-se provável que o fato de Ana Júlia ter sido institucionalizada ainda muito pequena, faça com que ela não se lembre de ter morado com sua mãe.

Ana Júlia relatou em sua história que a mãe abusava do álcool, sendo que esse abuso a levou a morte. No entanto, não refere o abuso do álcool por parte da mãe como motivo da institucionalização, na realidade não refere o motivo da institucionalização.

Em história colhida junto aos profissionais que trabalham no Lar das Meninas, o motivo da institucionalização seria a negligência, como o abuso do álcool era intenso, as crianças acabavam sendo negligenciadas.

Tais dados vêm confirmar as estatísticas de que o uso abusivo do álcool poderá ser um desencadeador de violência. Brito *et al.* (2005) apresentam em um estudo realizado sobre um programa de intervenção que acompanha casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes que o alcoolismo aparece em 32% dos casos como fator desencadeador da violência.

Gabriel, Ana Júlia e Rafaela representam, em seus discursos, de diferentes formas os vários motivos que envolvem a sua institucionalização na dinâmica O Brincar em cena.

> Eduardo: Não, eu só lembro das coisas que eu falei...
> Gabriel: Está com vergonha de contar.

Nessa primeira dinâmica, Eduardo não se manifestou, apenas comentou não ter lembranças sobre os motivos da institucionalização. Gabriel diz que o irmão tem vergonha de contar.

Foi durante a dinâmica Corpo Saber que Eduardo, na elaboração de sua produção, se referiu ao pai, que ele morreu no hospital e que fôra ao seu velório.

> Eduardo: ele morreu no hospital sabia? (*refere-se ao pai*) Eu fui no velório. [...] minha mãe batia em mim, aí eu vim pra cá.

Eduardo justifica sua institucionalização pela agressividade da mãe, afirmando que a mãe batia nele.

Pode-se observar como as crianças buscaram em seus discursos, explicar os fatores de sua institucionalização. Sendo estes, atribuídos a acontecimentos ou decisão de alguém. Na análise dos dados, transpareceu a responsabilização da mãe pela institucionalização de todas as crianças participantes do estudo.

Parreira e Justo (2005) afirmam que as crianças, em geral, têm dificuldade em compreender a institucionalização, responsabilizando algum familiar por isso. A institucionalização gera nas crianças fortes sentimentos de amor e ódio, decorrentes dos vínculos parentais e da sua situação de sofrimento. Assim, a criança tende a interpretar sua institucionalização decorrente da vontade das personagens que compõem a sua história e não da lei que objetiva sua proteção.

Considera-se importante referir aqui que a legislação de proteção à criança, define as instituições como lares de abrigamento temporário. No entanto, a realidade é bem diferente, sendo que a maioria das crianças não consegue ser adotada e acaba ficando institucionalizada até sua entrada na vida adulta.

A institucionalização poderá afetar o desenvolvimento emocional das crianças, fazendo-as apresentar sentimentos como a exclusão, por exemplo. Por não viverem em uma família e sim em uma instituição, sentem-se diferentes das demais crianças e, portanto, excluídas.

O desejo das crianças institucionalizadas de encontrar uma nova família e de ter uma filiação é latente. Esse desejo é tão forte que foi exposto neste estudo por Gabriel e Eduardo. No primeiro dia de visita ao Lar dos meninos para fazer a ambientação, Gabriel e Eduardo muito ansiosos, perguntaram ao responsável pela instituição se a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa vieram para adotá-los. Conforme o relato desse responsável, sempre que uma pessoa estranha chega à instituição e conversa com os meninos, eles imaginam que serão adotados, tamanho é o desejo que isso aconteça.

Conforme Parreira e Justo (2005) reencontrar os pais ou encontrar uma família substituta é uma das maiores preocupações da criança institucionalizada, sendo que esta busca restabelecer sua filiação ou estabelecer uma nova filiação para se sentir pertencente a uma família.

Em todos os casos deste estudo, as famílias apresentavam situação econômica precária, impondo inúmeras privações às crianças. A associação entre

violência e pobreza foi evidenciada em outros estudos como o de Gomes *et al*. (2002) e Martins *et al*. (2007).

Estudo desenvolvido por Gomes *et al*. (2006) apresenta dados de que a renda familiar de crianças vítimas de violência era de até 1 salário em 31,2% dos casos e de 1 a 2 em 22,4%, significando que mais da metade das vítimas (53,6%) possuem renda familiar inferior a 2 salários mínimos. Assim, pode-se deduzir que "[...] a violência não é democraticamente distribuída. Incide muito mais intensamente nas camadas economicamente pobres da sociedade" (SOUZA; JORGE, 2006, p. 26).

Considerar o aumento dos níveis de miséria como um fator constituinte para o crescimento da violência, deve acompanhar a reflexão de que essa associação não pode ser indiscriminada sob pena de colocar segmentos sociais inteiros como suspeitos ou na mira de julgamentos prévios (GOMES *et al*., 2002). Cabe ressaltar que famílias de classe média e alta contam com mecanismos de sigilo que mascaram os casos, de forma que, a maioria deles, não chega a ser notificada.

Durante a análise da produção dos dados, percebeu-se que as situações relatadas pelas crianças, nas dinâmicas, encontram-se inter-relacionadas nas temáticas como a identificação da violência no corpo e os cuidados recebidos. Sendo assim, o próximo subtema refere-se a presença da agressão física e sua localização no corpo.

4.1.2 A localização da violência no corpo

Neste subtema será apresentada a temática da agressão física relatada pelas crianças. Essa temática foi recorrente nas duas dinâmicas O Brincar em cena e Corpo Saber. Enquanto a primeira possibilitou o desvelamento da presença da agressão na vida das crianças, a dinâmica Corpo Saber possibilitou que as crianças representassem a localização da violência no corpo.

Na dinâmica O Brincar em cena em que Gabriel fez um desenho e Eduardo fez uma encenação, foram selecionadas três situações em que aparece a agressão física.

> Eduardo: Aí de manhã, o bebê machucou e a mãe foi, o R. (*refere-se ao irmão)* foi com a mãe. Daí a enfermeira / ele tinha um...um... machucado. [...] Daí ela (*enfermeira*) foi e botou o espelho e viu e tirou (*o machucado*), daí voltou para casa com a mãe. Daí dormiu.

Eduardo relatava sua estória com a família de bonecos, até chegar ao ponto em que falou que um dos bonecos, o bebê, estava machucado e necessitou de cuidados. Durante esse discurso, Eduardo representa no boneco bebê seu irmão, continuou explicando que os dois bonecos necessitaram utilizar medicação.

> Eduardo: É, foi na farmácia. Aí foi lá, ela chegou (*boneca enfermeira*), ela deu o remédio pra mãe, pro filho. Daí ela (*enf.*) falou como que era para dar o remédio para o filho. Ela foi embora (*enf.*) e a mãe deu o remédio para ele (*bebê*) e para o irmão, porque ele também tinha remédio. Aí ele foi e tomou / [...] Os dois! [...] Eu e o R.. E aí fomos para a escola. Eu fui com o pai no carro e daí nós fomos para escola, e ele falou com a professora /. Falou: ele está muito bem. E a professora disse: sim. Daí chegou em casa / daí acabou.

Eduardo polissemicamente significou que os dois bonecos, o bebê e o irmão, estavam doentes, nesse momento nomeou os bonecos dizendo se tratar dele e do irmão. Sempre que se refere ao irmão utiliza o sobrenome. Nesses discursos pode se observar que Eduardo faz referência a presença de lesões em ambos os bonecos.

Aparece aqui também a preocupação de Eduardo em demonstrar ter bom desempenho escolar. Entretanto, durante a realização das dinâmicas, Eduardo apresentou um déficit de aprendizagem, tendo dificuldade de leitura e escrita.

Archanjo e Mazzutti (1999) apontam as conseqüências da violência familiar em crianças institucionalizadas, relacionadas à aprendizagem, sendo conseqüência de distúrbios globais no desenvolvimento. As autoras concluíram que as privações e violências, provenientes da família, são responsáveis, em geral, pelas dificuldades das crianças.

Na dinâmica Corpo Saber, algumas situações existenciais das crianças revelaram a vivência da agressão física. As crianças também apontaram sua localização no corpo:

> Rafaela: minha mãe não me batia nunca. Nunca me bateu, nem meu pai.
> Ana Júlia: a minha também não.
> Eduardo: meu pai era querido mesmo #

Quando indagadas sobre a ocorrência de violência em sua vida, Rafaela e Ana Júlia negaram terem sofrido agressões. Diante da resposta de Rafaela e Ana Júlia, acerca da não ocorrência de violência física em sua vida, Eduardo polissemicamente significa que o pai era querido mesmo. Falou como se estivesse lembrando de uma situação vivida com o pai.

> Eduardo: espera! [...] Ah, eu não vou colocar penteava só lavava o cabelo [...] Outro *(Eduardo desenha outro dedo).*
>
> Eduardo: * (não compreensível). Eu não vou desenhar isso não, é bobagem *(se refere às agressões da mãe).* [...] Como faz o boné?

Eduardo mostrou-se reticente em contar que a mãe lhe batia, primeiramente disse para esperar e depois mudou de assunto. Buscou-se outra forma para chegar ao assunto da agressão, perguntando sobre os cuidados que o pai tinha com ele, porém neste momento Eduardo não respondeu às perguntas, fato que pode ser compreendido como um silenciamento. Pediu-se a Eduardo que representasse no seu desenho as agressões da mãe, primeiro ele mudou de assunto e depois afirmou "ser bobagem".

Ressalta-se aqui também que Eduardo apagou diversas vezes seu desenho, assim como Rafaela e Ana Júlia o fizeram em outros momentos. Considera-se que esse fato esteja ligado a sua insegurança, compreendo-se que essa se encontra ligada ao medo da avaliação dos outros sobre si próprio e a uma auto-estima negativa. Salomon (2002) citado por Bonavides (2005) adverte para a falta de confiança em si mesma, que a criança vítima de violência intrafamiliar, pode apresentar.

Na violência intrafamiliar, a criança perde o apoio e o reforço do familiar, podendo se sentir desvalorizada comprometendo seu desenvolvimento. "Temos indicativos que mostram a necessidade que toda criança possui de se sentir amada e valorizada, independente da fase de seu crescimento" (BONAVIDES, 2005, p. 244).

Em outro momento, o assunto da localização da violência é retomado e Eduardo explicitou a violência, localizando-a no corpo.

> P.: vamos botar aqui: o pai não batia. Tu falou pra mim, né?
> *Eduardo acena afirmativamente com a cabeça*
> P.: e a mãe batia?
> Eduardo: sim.
> P.: aonde que a mãe batia?
> Eduardo: aqui (*aponta a cabeça no desenho*)
> P.: a mãe batia na cabeça?
> Eduardo: sim.

Eduardo em seu desenho representou um menino sorridente, descrevendo ao lado os cuidados realizados pelo pai e os locais em que a mãe batia. Eduardo

contou que a mãe batia nele, afirmando que as agressões ocorriam na cabeça e no rosto.

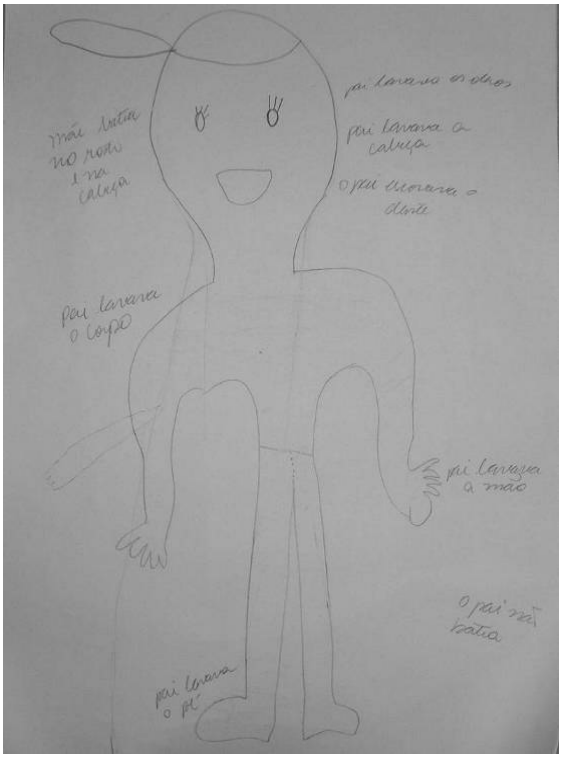

Figura 3: Desenho de Eduardo – Dinâmica Corpo Saber

Após a explanação de Eduardo sobre a localização das agressões na cabeça, a pesquisadora continuou trabalhando com ele no seu desenho:

> *Continuo completando o desenho com Eduardo que demonstra que a mãe batia no rosto.*
> P.: no rosto?
> Eduardo: ahã [...]
> Gabriel: aonde?
> Eduardo: aqui na cara!

Eduardo apontou, ainda, no seu desenho que a mãe batia também no rosto. Gabriel indagou ao irmão sobre o local descrito por ele.

> Eduardo: batia! [...]
> Rafaela: não *(quanto a se sua mãe lhe batia)*.
> Eduardo: porque ela tomava cerveja. [...] daí deu ataque nela #
> Gabriel: não, não primeira vez , ela [...] #
> Rafaela: oh, vamos começar (*queria iniciar as apresentações*).
> Gabriel: [...]. Ela bebia. Às vezes ela batia no meu pai e às vezes ela batia em nós.

Enquanto a pesquisadora auxiliava Eduardo a escrever em seu desenho, confundiu a palavra batia por lavava, ao que ele corrigiu imediatamente.

Com o discurso de Eduardo sobre as agressões que sofria, procurou-se retomar o assunto também com as meninas. Entretanto, Rafaela reafirmou não ter sofrido agressões. Bonavides (2005) afirma que a negação da violência sofrida pode ser um mecanismo de defesa empregado pela criança vitimizada.

Corroborando com essa idéia, Silva, Vogel e Virgílio (2001) afirmam que, muitas vezes, as crianças negam a situação vivida, pois está lhes causa dor e vergonha. O fato de ficar em silêncio ou o de mudar de assunto são formas de proteção, de cuidar de si.

Eduardo contou que a mãe batia, porque ela bebia cerveja. Parece que ele tenta justificar a atitude da mãe pelo abuso do álcool. Gabriel disse que quando a mãe bebia, batia neles (crianças) e batia no pai deles também.

Foi possível evidenciar, no presente estudo, a co-ocorrência da violência contra a criança e a violência conjugal. Essa co-ocorrência é expressa nos estudos de Moura e Reichenheim (2005) e de Reichenheim, Dias e Moraes (2006). Estes últimos apresentam que a prevalência da co-ocorrência esteve presente em 12,2% dos casos de violência. Os autores concluem que boa parte das situações de conflito no casal, com presença de violência, vem acompanhada também de violência contra os filhos.

No momento da apresentação das produções, Eduardo começou mostrando o local em que a mãe batia nele:

> P.: mas ele vai me contar, ele sabe o que ele me falou. Nós escrevemos juntos, não é? (*pergunto a Eduardo*)
> *Eduardo mostra seu desenho*: aqui minha mãe me batia.
> Rafaela: batia aonde?
> Eduardo (*aponta para a cabeça do desenho*): aqui oh!
> Rafaela: aonde?
> Eduardo: Aqui está escrito, oh!
> *Rafaela lê no desenho* de Eduardo
> Rafaela: “mãe batia no rosto e na cabeça”. Porque batia no rosto e na cabeça? (*pergunta para pesquisadora*).

Rafaela mostrou-se surpresa com a agressão da mãe de Eduardo. Ela negou qualquer forma de violência, porém a situação que a levou a institucionalização envolve abuso sexual, violência física e psicológica. O silenciamento sobre a

violência pode ser compreendido também como um mecanismo de defesa, em que se a criança não relatou a violência vivenciada é como se ela nunca tivesse existido.

O silêncio sobre o abuso pode ser encontrado também em outros estudos. Abreu (1999) aponta que o silêncio (segredo) é o principal motivo que impede a denúncia da violência sexual, em que a família se encontra envolvida, pois esse representa um fator desestruturante para ela. As crianças vitimadas temem perder seu sustento e serem acusadas de serem causadoras da situação que gerou o abuso.

Gabriel ao apresentar sua produção, revela o pai com a pessoa que o auxiliava algumas vezes na sua higiene e a mãe como a pessoa que batia nele:

> P.: e o pai e mãe faziam o que?
> Gabriel: o pai trabalhava.
> P.: tá, mas em ti, pra ti, eles te ajudavam?
> Gabriel: o pai ajudava às vezes, e a mãe batia.
> P.: a mãe batia em ti também? (*considerando que Gabriel e Eduardo são irmãos e Eduardo contara que a mãe batia nele*).
> Gabriel: Sim.
> P.: é, e aonde a mãe batia?
> Gabriel: ah, na bunda, na mão, nos pés *

Gabriel localizou, fisicamente, as agressões da mãe nas nádegas, nas mãos e nos pés.

Eduardo e Gabriel manifestaram, em vários momentos de seus discursos, a agressão física por parte da mãe. Diversos estudos apresentam a violência física como uma das mais freqüentes (ROQUE; FERRIANI, 2007; MOURA; REICHENHEIM, 2005).

Gomes *et al.* (1999) estudaram os registros policiais de violência doméstica contra crianças, evidenciando que entre as ocorrências analisadas predominam os eventos relativos à agressão física, perfazendo 28,6% do total das notificações. A violência física também aparece como a mais notificada para Brito *et al.* (2005), representando 58% dos casos.

Ribeiro *et al.* (2007) investigaram 472 crianças e adolescentes em que 88,1% relataram ter recebido punições físicas. As autoras observam que o castigo físico aparece como ferramenta de disciplinamento, sendo que, “sua manutenção se justifica em função da permanência da transmissão dos estilos agressivos entre as gerações” (p.281).

No presente estudo, em que a violência física teve a maior representatividade, observa-se também a presença da negligência e do abuso sexual. Em Santa Maria

(RS), a violência física teve incidência em 42% dos casos, seguida pela negligência com 18,5% dos casos e do abuso sexual por 18,3% dos casos (SOCAL *et al.,* 2003).

Para Minayo (2006a), são inúmeros os impactos da violência sobre a saúde das suas vítimas. Entre elas destacam-se os agravos físicos (hematomas, edemas, escoriações, fissuras, rupturas, sangramentos, doenças sexualmente transmissíveis) e os emocionais (dificuldade de aprendizagem, fobias, comportamentos auto-destrutivos, terror noturno, isolamento social).

Eduardo resistiu em localizar a violência no corpo, mudando diversas vezes de assunto e até chegou a afirmar que isso seria bobagem. No entanto, no decorrer das atividades, Eduardo acaba expressando que a mãe batia “na cara”, referindo-se ao rosto e a cabeça. Já, Gabriel aponta as nádegas, mãos e pés como locais da agressão. O que converge com estudos que apontam como principais áreas do corpo atingidas por agressões a cabeça, o pescoço, a face, o tórax, o abdome, a região genital, os membros superiores e os inferiores (GOMES *et al.* 2006).

Dados do Observatório da Infância (MONTEIRO, 2006) apresentam como os locais mais freqüentes de lesões: membros inferiores 19%, membros superiores 14%, nádegas 12%, costas 10%, cabeça 7% e face (incluindo nariz, boca, olhos) 7%.

Nesse subtema, destacaram-se as situações em que Gabriel e Eduardo verbalizaram sobre as agressões sofridas por eles pela mãe, localizando-as no rosto, cabeça, nádegas, mãos e pés. Rafaela e Ana Júlia negaram diversas vezes a presença de agressões em sua história familiar, mostrando-se em alguns momentos surpresas com as agressões sofridas pelos meninos.

Conforme já mencionado anteriormente, a mãe foi a responsável pelas situações de violência que desencadearam a institucionalização de todas as crianças participantes do estudo. Assim, considera-se importante discutir essa face do fenômeno que se descortinou.

4.1.3 A mãe como a principal responsável pela prática da violência intrafamiliar

A partir dos discursos das crianças participantes desse estudo, e de informações coletadas junto às instituições, evidenciou-se que mães foram as principais responsáveis pelas agressões. Sendo recorrente nas duas dinâmicas e nas vivências de Eduardo e Gabriel, de Rafaela e também de Ana Júlia.

Vários estudos apontam a mãe como principal agressora, a justificativa seria o fato de a mãe passar mais tempo com os filhos do que o pai e de que muitas famílias serem constituídas apenas pelas mães e seus filhos, sem a presença dos pais. Brito *et al.* (2005) referem que a mãe é agressora em 49% dos casos, contra 40% dos pais. Conforme as autoras é a mãe quem está fisicamente mais próxima das crianças, em 78% dos casos reside junto a essas.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006), o padrão da caracterização familiar tem mudado muito nos últimos 10 anos, sendo a figura do provedor e/ou responsável não mais atrelada somente ao homem. O maior acesso das mulheres ao mercado de trabalho e à informação tem contribuído para aumentar o número de mulheres que assumem a chefia familiar.

O crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres entre os anos de 1995 e 2005, foi de 35%. Ressalta-se que esse aumento vem ocorrendo também nas famílias em que há cônjuge. Outro dado relevante é o crescimento das famílias com mulher, com filho e sem cônjuge, na chefia familiar, que foi: no Nordeste de 17,4% (1995) para 20,1% (2005) e no Sudeste de 15,9% para 18,3% nesse período (IBGE, 2006).

Costa *et al.* (2007) apresentam a prevalência dos tipos de violência, nesta aparece que a mãe provoca mais violência que o pai, sendo as proporções: violência física - mãe 28,6%, pai 15,7%; violência psicológica - mãe 20,2%, pai 16,5%; negligência familiar - mãe 60,7%, pai 37,6% dos casos. Esses dados refletem também a predominância das mães como as principais responsáveis pelos casos de negligência às crianças.

Durante o estudo, observou-se que em todos os casos de violência a mãe foi a agressora. Essas agressões foram físicas e de negligência no caso de Gabriel e Eduardo, sexuais no caso de Rafaela e de negligência no caso de Ana Júlia. A constatação da mãe como responsável pelas agressões, fere a imagem do amor materno incondicional que é tido pelo senso comum como intrínseco a todas as mulheres.

As causas para a agressão materna podem ser as mais diversas. Vários estudos como o de Pierantoni (2007) apontam a mãe como principal agressora, sendo responsáveis por 39,1% das agressões contra 15,2% dos pais. Crianças e adolescentes pesquisados por Silva, Vogel e Virgílio (2001) também apontam a mãe como aquela que agride fisicamente e que abandona.

Os dados, na presente pesquisa, geram um grande desafio, a aceitação de que o amor materno não é intrínseco a condição humana. Essa dificuldade encontra-se pautada em diversas questões: a difusão da figura materna associada à santidade (a imagem de Maria, mãe de Jesus); apresentação da mãe como protetora, provedora de amor e carinho, divulgada pelos meios de comunicação; e, a representação social do papel materno.

A quebra da imagem da mãe como protetora e amorosa é de difícil aceitação, porém ela é real e se concretizou nesse estudo. Compreender a figura materna como agressora incomoda e desacomoda.

Badinter (1985) refere que embora se tenha consciência de que o conceito de instinto materno esteja ultrapassado, continua-se a pensar o amor materno como instinto, tendência inata a todas as mulheres. A autora vai além, referindo acreditar que uma mulher pode ser normal sem ser mãe, e que nem toda mãe "tem uma pulsão irresistível a se ocupar do filho" (p. 11).

A autora supracitada concebe que a mulher quando se torna mãe está preparada para amar seus filhos incondicionalmente, visto que: "O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher [...]" (p. 20).

Também a insatisfação de diversas mulheres em cuidar dos filhos, bem como sua vontade de dividir com o companheiro os encargos relacionados aos filhos. A autora afirma que "ao se obrigar as mulheres a ser mães contra o seu desejo, corre-se o risco de engendrar crianças infelizes e adultos doentes" (p. 359). Ainda que:

> violências cometidas contra crianças ou o abandono de que são vítimas bastariam para mostrar que o amor dos pais e particularmente o da mãe não é natural, que as provas de amor e devotamento não existem necessariamente (BADINTER, 1985, p. 360).

A sociedade cobra da mulher um papel de amor incondicional de abnegação da própria vida em função dos filhos, mas e o homem, qual seria sua incumbência nesse amor incondicional? Sem dúvida, é muito mais fácil aceitar um pai agressor, do que uma mãe agressora. Isso está ligado à responsabilidade imposta as mulheres e ao papel de co-adjuvante do cuidado atribuído aos homens.

Na maioria das vezes, espera-se dos pais, que estes provenham o financeiro. A sociedade compreende e reproduz, desde o início dos tempos, que o papel do homem é atender as necessidades de alimentação, moradia e vestimenta dos filhos

e da mulher. Entretanto, não se cobra que ele tenha um amor incondicional aos filhos. Acredita-se que toda essa carga colocada sobre os ombros das mães contribua para que, em alguns casos, ela se sinta pressionada e oprimida, temerosa em não conseguir atender aos anseios sobre papel materno.

Quando um filho adoece e necessita de cuidados mais específicos ou de hospitalização, espera-se, em geral, que sua mãe o acompanhe. A presença do pai, e não da mãe, junto à criança hospitalizada causa estranheza e até rechaço. A falta da mãe ao lado do filho é tida, por muitos profissionais, até como negligência. Assim, torna-se fácil compreender a cobrança da sociedade sobre as mulheres, e a opressão que esta lhes causa (DURO, 2002; VERNIER, 2007).

Nesse mesmo sentido, Badinter (1985) refere que: “o amor materno não é inato. É exato: acredito que ele é adquirido ao longo dos dias passados ao lado do filho, e por ocasião dos cuidados que lhe dispensamos” (p.14). A autora afirma ainda que o amor materno é um sentimento que pode existir ou não, “ser e desaparecer. [...] O amor materno não é inerente às mulheres. É adicional” (p. 367).

Nesse subtema, evidenciou-se que a principal agressora, no caso de todas as crianças do estudo, foi a mãe, considerando-se que essas mulheres apresentavam transtornos mentais e uso abusivo do álcool.

O fato de a mãe ser a principal agressora trouxe à reflexão o mito do amor materno, considerado intrínseco a todas as mulheres. Entretanto no estudo de Vernier (2007), o mito da boa mãe foi discutido, tendo em vista, que as mulheres cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde se dedicam integralmente a esse cuidado, abnegando de si mesmas. Portanto, a natureza humana é complexa e multifacetada e não pode ser associada somente ao sexo ou ao papel que exerce a fonte da violência, pois em alguns momentos as mães agridem e por outros elas cuidam em excesso, renegando ao próprio cuidado de si.

As situações vivenciadas e relatadas pelas crianças, nestes três primeiros subtemas, representam a dimensão objetiva da violência no mundo das mesmas. A seguir, serão abordadas as dimensões subjetivas da violência intrafamiliar no mundo das crianças, que se encontram relacionadas a situações de cuidado vivenciadas.

4.2 A dimensão subjetiva da violência intrafamiliar no mundo das crianças

A dimensão subjetiva da violência será apresentada com base nos discursos das crianças sobre seus sentimentos com o familiar cuidador/protetor e sobre os cuidados de higiene descritos e compreendidos como forma de cuidado.

4.2.1 Sentimento de amor e carinho pelo familiar que cuidava

Neste subtema serão apresentadas as situações selecionadas nas dinâmicas O Brincar em cena e Corpo Saber, que refletem os sentimentos de amor e carinho das crianças para com o familiar que as cuidava.

Nesse sentido, observa-se a situação de Gabriel que, na dinâmica O Brincar em cena, representou sua família:

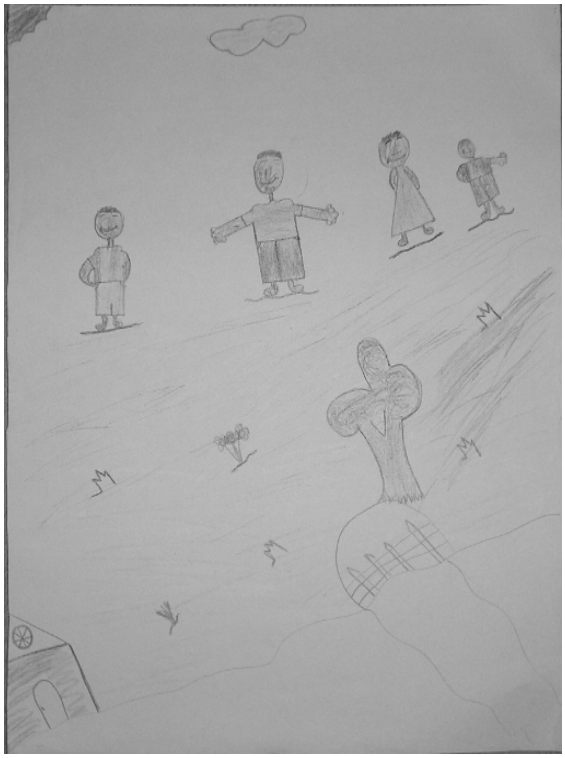

Figura 4: Desenho de Gabriel – Dinâmica O Brincar em cena

Ele destacou o pai em uma posição de receptividade (braços e mãos abertas). E a mãe foi representada com as mãos escondidas.

P.: o pai está de braços abertos por quê?
Gabriel: porque ele ia dar as mãos
P.: para dar as mãos? Mas estão todos sem dar as mãos, por quê?

> Gabriel: mas o pequeninho já tava esticando a mão pra dá pra mãe, que ia dar pro pai.

Quando questionado sobre o que representavam os braços abertos do pai, respondeu que seria para dar as mãos.

Gabriel afirmou que no seu desenho, o irmão menor, “o pequeninho”, estava esticando a mão para dar para a mãe e que esta iria dar a mão para o pai. No entanto, a figura do irmão menor está com o braço que o ligaria a mãe, atrás do corpo, bem como a mãe que está com os dois braços escondidos. Assim, o único que é representado em seu desenho com uma atitude de receptividade é o pai.

Considera-se que, Gabriel significa pelo seu discurso que o cuidado estava presente em sua família, apontando o “dar as mãos” como forma de cuidado. Nesse sentido, o cuidado poderia ser interpretado como auxiliar, acompanhar o outro, estar junto, proteger.

Dando continuidade a DCS:

> Eduardo: quem cuidava de nós era o pai. [...] eu gostava mais do pai, não gostava da minha mãe não.
> Gabriel: eu também!
> Eduardo: eu gostava mais do meu pai. [...] eu vim pra cá porque minha mãe batia sempre em mim. [...] batia no meu pai, e ele morreu no hospital #
> Gabriel: e bebia. (*refere-se a mãe*)
> Eduardo: eu estou me lembrando das coisas...
> Gabriel: eu também estou me lembrando.

Eduardo expõe que quem cuidava dele e do irmão era o pai, explicou também que gostava mais do pai e que não gostava de sua mãe. Gabriel concordou com o irmão. Eduardo apontou que o motivo pelo qual gostava do pai e não da mãe é porque a mãe sempre batia nele. Inclusive esse foi o fato que o levou a institucionalização.

Eduardo continuou seu discurso afirmando que o pai também sofria as agressões físicas por parte da mãe e que ele morreu. Gabriel mencionou que a mãe bebia. Gabriel e Eduardo alegaram estarem se lembrando das coisas. Quando dizem estar se lembrando das coisas é como se as lembranças lhe viessem à mente, falaram de forma pensativa.

Eduardo explicou que o pai cuidava dele e que esse cuidado se relaciona principalmente ao pai não bater. Essa perspectiva de cuidado está pautada na proteção. O pai representa, nesse caso, o protetor das crianças. As crianças manifestam o amor que sentem pelo pai, que além de cuidar deles, as protege. O fato do pai também sofrer com as agressões da mãe dos meninos, faz com que eles

criem uma forte identificação com o pai, o que pode ser observado, diversas vezes, em seus discursos.

No discurso acima, evidenciou-se ainda, o amor pelo familiar que exerce o cuidado e a falta desse pelo familiar responsável pela agressão física. Bonavides (2005) em seu estudo apresenta fato similar representado pelo sentimento de ódio pela mãe que agride, demonstrado pela criança vítima. A autora traz também, em seu estudo, o discurso de uma criança que afirma que quem mais ama na vida é o seu pai, a quem é muito ligada afetivamente, sendo que a mãe é quem ela menos ama na vida e também a pessoa que mais agride a criança. Ainda de acordo com a mesma autora: "Na verdade, o castigo faz com que a criança se sinta ameaçada em relação à segurança que possui em ver um dos progenitores como protetor e sinta rancor contra qualquer pessoa que venha a castigá-la" (p. 201).

De acordo com Bonavides (2005, p. 228), a criança tem necessidade de se sentir amada e valorizada, sendo imprescindível que os pais lhe dêem segurança, "precisa ser compreendida em suas atitudes e sentimentos e se sentir apoiada". O apoio, o amor e a valorização são fundamentais para o bem-estar das crianças, isso influenciará a maneira como irão se desenvolver.

Nesse mesmo sentido, Silva, Vogel e Virgílio (2001, p. 49) citam Gaylin (1979): "a percepção da criança – a experiência de amor e carinho ou a falta dela – influencia e modela a maneira na qual a criança se relacionará com outros".

Em seu discurso, Eduardo explica que o cuidado que recebia era prestado pelo pai e que este não batia:

> Eduardo: aqui o pai lavava o pé, aqui as mãos. Aqui oh / (*faz uma pausa e olha para mim para que o lembre do que escrevemos*).
> P.: o pai não batia (*digo em voz baixa*).
> Eduardo: que?
> P.: o pai não batia (repito)
> Eduardo: o pai não batia.
> Rafaela: o pai não batia?
> Eduardo: é. Não. E aqui / (*olha para mim novamente pedindo ajuda para ler*)
> P.: o corpo. (*falo sussurrando*)
> Eduardo: o corpo. Ele escovava os dentes aqui, lavava os olhos # (...)
> Eduardo: (...) e esse aqui é meu pai.
> P.: por quê?
> Eduardo: porque eu desenhei ele.

O sentimento de Eduardo pelo pai é tão forte que faz com que ele se identifique com o pai, alegando que o desenho, que era para representar a ele

próprio, é de seu pai. Eduardo recodificou o seu dizer explanando os cuidados que o pai tinha com ele, relacionando principalmente ao pai não bater.

> P.: Como é que cuidava de ti?
> Eduardo: meu pai cuidava!
> P.: está, o que ele fazia?
> Eduardo: não batia.
> P.: está, o pai não batia. O que ele fazia com você?
> Eduardo: lavava! [...] lavava o pé (...) #

Nesse discurso, o pai aparece, novamente, com a função de protetor. Nesse sentido, cuidar relaciona-se a proteção, a não agressão. Em contrapartida, encontra-se o não cuidado, evidenciado nos discursos de Eduardo e Gabriel, como a agressão física realizada pela mãe. Silva, Vogel e Virgílio (2001) apresentam como forma negativa de cuidado ou não cuidado às experiências ligadas a ameaça à vida em decorrência da violência e da agressão física.

No final das apresentações das produções artísticas, Eduardo reafirmou orgulhosamente ser o seu pai que está representado no desenho.

> Eduardo: é meu pai! [...] é meu pai! [...] Não é eu *(refere-se ao seu desenho)*. Sabia que * meu pai, tia. Depois é que eu vim ficar aqui.

A criança vítima de violência, muitas vezes, tem dificuldade de se perceber e expressa a percepção que tem de um familiar, em geral, aquele com o qual se identifica. Bonavides (2005) apresenta relato de criança, que a partir da percepção que tem do seu pai, consegue identificar semelhanças com ele. Nesse caso, a dificuldade da autopercepção é superada pela identificação física com o outro significativo para a criança.

O cuidado pode ser compreendido de diversas formas, no entanto algumas definições são comuns: cuidado como atitude de preocupação, demonstração de carinho e afeto, bem como zelo pelo outro, podem ser observadas nesse estudo.

A necessidade do cuidado começa no início da vida dos seres humanos, que nascem indefesos e incapazes de sobreviverem sem cuidado de outrem. Assim, a primeira experiência de cuidado vem da própria família. É neste meio que se aprende o que é cuidado e, essa base será levada para o futuro, ou seja, é sendo cuidado que se aprende e se desenvolve a capacidade de cuidar. O cuidado experenciado na família vem acompanhado de uma forte herança cultural, bem como de um conjunto de valores próprio de cada família.

Neste sentido é possível observar que a família deve ser vista como foco da assistência e também a unidade básica dos cuidados à saúde dos seus membros, pois ela "é considerada uma unidade básica de saúde, ou seja, o núcleo primário, onde a criança recebe e aprende os cuidados de promoção de saúde, prevenção de doenças e os primeiros atendimentos curativos" (ELSEN; PATRÍCIO, 2000, p. 177).

Conhecer o significado do cuidado para crianças vitimizadas pela violência intrafamiliar, constituiu-se como um modo para compreender o seu desenvolvimento e a relação que têm ou terão com outras pessoas e com a sociedade.

De acordo com Silva, Vogel e Virgílio (2001, p.48) é importante a realização de pesquisas que objetivem a identificação e o significado do cuidado para crianças e adolescentes, pois essas podem ajudar a compreender como determinadas sociedades vivem, "a refletir sobre os valores humanos fundamentais daquela sociedade e a estabelecer estratégias de ação transformadora frente às necessidades que o viver impõe". Dessa forma, ao conhecer a realidade que envolve cada criança, torna-se mais fácil trabalhar comas necessidades específicas que possuem.

Assim, evidenciaram-se os sentimentos de amor e carinho que Eduardo e Gabriel demonstram, em seus discursos, pelo pai. Segundo eles, o pai era quem lhes dispensava alguns cuidados, enquanto que a mãe batia neles e também no pai deles.

4.2.2 Cuidados básicos de higiene como forma de cuidado

As situações descritas nesse subtema surgiram no desenvolvimento da dinâmica Corpo Saber. São aquelas situações em que se evidenciaram nos discursos das crianças os cuidados básicos de higiene como forma de cuidado:

> *Rafaela diz que não quer começar. Ana Júlia se oferece para começar e passa a ler seu desenho.*
> *Ana Julia*: penteava os cabelos, lavava os olhos, escovava os dentes, lavava as mãos, cortava a unha, lavava os pés.
> Rafaela: oh, eu. Eu fiz..., ah eu não quero mostrar o desenho. Eu escrevi penteava os cabelos.
> Eduardo: eu quero ver o desenho!
> *Peço* a Rafaela *que levante mais o seu desenho para que todos o vejam.*
> Rafaela: lavava o cabelo, lavava os olhos, escovava os dentes, lavava a mão, vestia.

Rafaela e Ana Júlia referiram como forma de cuidado praticado por suas mães os cuidado básicos de higiene como: lavar e pentear cabelos, lavar mãos e pés e escovar os dentes, conforme seus desenhos a seguir:

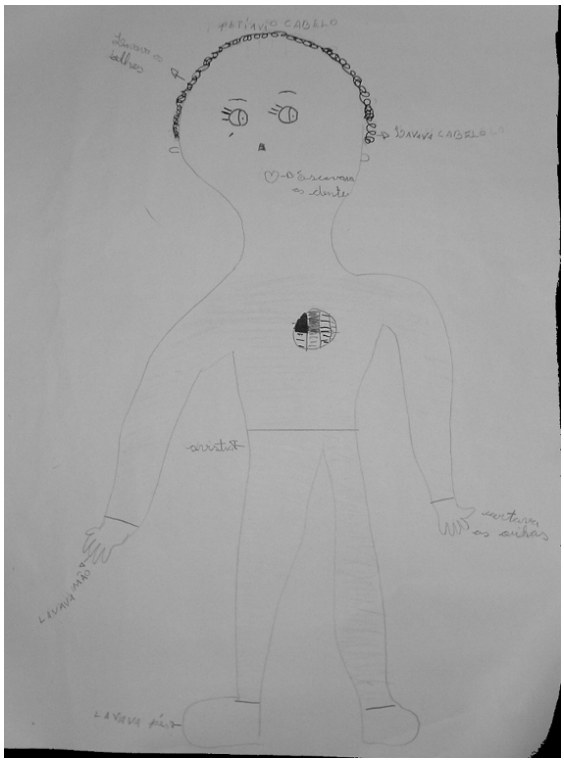

Figura 5: Desenho de Ana Júlia – Dinâmica Corpo Saber

O desenho de Ana Júlia representa uma menina que recebe os cuidados básicos de higiene como lavar cabelos, olhos, mãos e pés. Pentear cabelos, escovar os dentes, cortar as unhas e vestir. Quando indagada sobre quem realizava esses cuidados Ana Júlia afirmou serem desenvolvidos pela mãe.

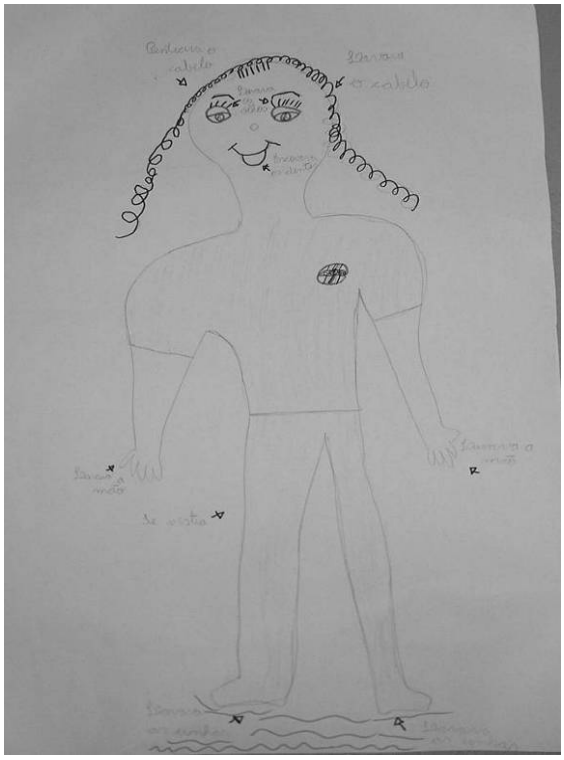

Figura 6: Desenho de Rafaela – Dinâmica Corpo Saber

O desenho de Rafaela também representa uma menina com os mesmos cuidados, sendo a mãe quem realizava esses cuidados.

Com os desenhos das meninas, pode-se perceber que os cuidados são representados pelos cuidados básicos de higiene, que são ensinados e difundidos pela escola e pelas instituições de saúde. Têm-se esses cuidados como modelos básicos ou mínimos a serem desenvolvidos por todas as pessoas. Observa-se aqui que elas poderiam simplesmente estar reproduzindo o seu aprendizado escolar e não a realidade vivenciada por elas, já que em outros trechos da conversa Ana Júlia afirmou nunca ter morado com a mãe e Rafaela que não se lembrava como era sua vida na família de origem.

Partindo-se da compreensão do cuidado pelas crianças e adolescentes, Silva, Vogel e Virgílio (2001) apontam que essa pode ser relacionada “à satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, que incluem alimentação, higiene, vestuário, socialização, lazer, educação e organização” (p. 54).

O cuidado identificado como cuidado básico de higiene está embasado em uma proposta higienista, que visa livrar as crianças de infecções (MARANHÃO, 2000). Esse tipo de cuidado pode ser observado nas instituições de ensino, sendo repassado às crianças.

Veríssimo e Fonseca (2003) investigaram o cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches (educadoras e coordenadoras), apontando o atendimento das necessidades da criança para prover seu bem-estar, como forma de cuidado. Sendo as necessidades consideradas pelas educadoras, a higiene, a alimentação e a segurança. Nesse mesmo sentido, as coordenadoras citaram como necessidades: alimentar, higienizar, cuidar do preparo do alimento, agasalhar, hidratar, ensinar a comer, deixar confortável, proporcionar segurança e bem-estar físico.

A higiene pode ser tomada como sinônimo de cuidado, porque pode representar a preocupação que se tem com a limpeza do corpo. Além disso, pode também significar cuidado pela prevenção de doenças. Sendo assim, quando se vê uma criança suja e maltrapilha, tem-se a idéia de que ocorreu descuido dos pais.

Estudo desenvolvido por Maranhão e Sarti (2007) também enfatiza a importância que os educadores de creches, dão à limpeza da criança. Conforme as autoras, as educadoras avaliam e criticam as famílias que consideram negligentes, por meio da observação do corpo da criança, considerando a sujeira como falta de cuidado. Os profissionais associam a falta de cuidado familiar, principalmente a higiene, com o adoecimento das crianças.

Eduardo afirma diversas vezes que era o pai que lhe prestava os cuidados de higiene.

> Eduardo: Lavava tudo, até o olho. Toda a sujeira *(se refere aos cuidados que o pai tinha com ele)*.

Gabriel desenhou um menino que narra seus cuidados, diferentemente dos demais que os localizaram nas partes do corpo.

Figura 7: Desenho de Gabriel- Dinâmica Corpo Saber

Gabriel referiu realizar seus cuidados de higiene sozinho, descrevendo como os realizava.

> Gabriel: oh, aqui é eu falando. Penteava os cabelos (*as meninas interrompem e dão risada*). [...] eu [...] batia a mão. Oh, batia na mão. [...] eu batia na mão (*meninas dão muita risada*), batia na parede (*demonstra que balançava os braços e batia as mãos em objetos a sua volta*). Cortava as unhas, tomava banho completo. Escovava os dentes, escovava os dentes e os pés.

Na fase de síntese e validação das informações, procurou-se confirmar com as meninas os cuidados realizados pelas suas mães.

> *Rafaela afirma que era a mãe que cuidava dela, a vestia.* [...] Ahã. [...] sim.
> Ana Júlia: a minha penteava os cabelos, escovava os dentes, lavava os olhos, lavava os cabelos, ensinou a ser do grêmio.

Rafaela e Ana Júlia reafirmaram que eram as mães que realizavam os cuidados de higiene para elas, além disso, também as vestiam.

Maranhão (2000) refere que o cuidado das crianças é considerado, socialmente, como próprio da esfera familiar, sendo institucionalizado somente quando a família não pode cumprir seu papel. Dessa forma, os cuidados com o corpo continuam sendo atribuídos à família, gerando, muitas vezes, conflitos entre

famílias e instituições de ensino sobre a competência dos cuidados de higiene das crianças.

A mãe é considerada, pela sociedade em geral, como principal responsável pela saúde/doença da família e, conseqüentemente, pelos cuidados prestados aos seus membros. Martin e Angelo (1998) trazem como percepções das mães, sobre as formas de cuidar da saúde da família, a importância de uma boa alimentação e a prevenção de doenças.

Os estudos de Maranhão (2000), Martin e Angelo (1998) citados acima, contribuem para a imagem de que o atendimento às necessidades básicas de higiene é considerado cuidado. Sem dúvida, essa concepção permeia a realidade dos profissionais de saúde e educação, passando para a sociedade. Dessa forma, compreende-se que, na presente pesquisa, seja isso o que perpassa o ideário de Rafaela e Ana Júlia como sendo parte da concepção de cuidado na família.

4.2.3 Recorrência da violência no ideário das crianças

Neste item será discutida a recorrência da violência no ideário das crianças. Os discursos aqui apresentados foram extraídos durante a realização de uma técnica de integração realizada para dar início a dinâmica Corpo Saber. Nessa técnica, as crianças foram convidadas a se identificarem com um animal ou um objeto.

A partir do momento em que as crianças explicitavam sua identificação, foi possível perceber o que passava o ideário do grupo. As crianças associavam características de animais ou coisas como: o gato que arranha ou que briga; a pedra que pisa e é pisada.

> Ana Júlia: Eu sou uma galinha *(afirma ser porque a galinha corre por todos os locais).*
> Rafaela: eu vou ser um gato
> Gabriel: Ela gosta de arranhar
> Ana Júlia: ela adora arranhar
> Eduardo: ela gosta de arranhar
> Rafaela: não é nada (*risos*)
> Ana Júlia: carinhosa, é carinhosa, estudiosa *(Rafaela acena afirmativamente com a cabeça)*.
> Eduardo: não, um gato, não gato uma pedra, uma pedra.
> Rafaela: porque tu pisa em cima (*várias opiniões das crianças*)
> Rafaela: tu gosta da pedra porque ela é preta.
> Eduardo: acertou
> Gabriel: um porquinho da Índia. [...] Porque eu levo todo dia o lixo.
> Eduardo: ah, ele leva o lixo.
> Gabriel: eu levo o lixo daí *

Com base nos relatos apresentados acima, identificou-se que a temática da violência é recorrente no universo vocabular das crianças. Sendo que, as crianças se identificaram com animais e objetos por características relacionadas a presença da violência.

Ressalta-se que Ana Júlia se identificou com um animal, que em seu ideário é um ser livre. Em dados coletados com as cuidadoras do lar, tem-se que Ana Júlia, nos passeios realizados, é sempre a menina que necessita de mais atenção, pois gosta da liberdade e se afasta do grupo com facilidade.

Tendo por base, essa situação, reflete-se aqui que talvez essas crianças se sintam privadas de sua liberdade, por viverem em um abrigo e não com uma família. Nesse sentido, a privação estaria muito mais ligada a ausência de uma convivência familiar. Concebe-se ainda que essa privação possa ser a expressão das privações e violências sofridas pela criança em sua família (ARCHANJO; MAZZUTTI, 1999).

Rafaela apresenta em seu discurso a identificação com um gato, embora os demais participantes do estudo lhe atribuam características agressivas do gato, ela explicita características afetuosas. Nesse sentido, pode se perceber sua preocupação em ser uma pessoa agradável ao convívio, buscando mudar a realidade da violência.

Eduardo e Gabriel representam em seu discurso características que podem inferir a presença da violência, com uma baixa auto-estima, sendo essas características depreciativas associadas a situações de inferioridade, como a pedra que é preta e o porquinho que carrega o lixo. De acordo com Bonavides (2005, p. 216) “a violência que a criança sofre traz como conseqüências danos tanto do ponto de vista psicológico como comportamental”.

Nesses três subtemas ficam evidenciados, nos discursos das crianças, os cuidados reconhecidos por elas. Sendo que Gabriel e Eduardo relacionam o cuidado à proteção do familiar que não os agredia, demonstrando por ele amor e carinho. Em contrapartida, demonstram desprezo pela mãe, que era o familiar responsável pelas agressões. Rafaela e Ana Júlia trazem uma concepção de cuidado relacionada aos cuidados básicos de higiene, esses aparecem em seus discursos como sendo a única forma de cuidado que recebiam na família. Ressaltam-se ainda as situações em que as crianças mostram a recorrência da violência no seu ideário e também na sua linguagem, conferindo a esta, palavras que remetem à presença da violência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão que emerge dos discursos das crianças possibilitaram a inserção no seu mundo, refletindo sobre a dimensão objetiva e subjetiva da presença da violência em suas vidas. Muitos discursos apontam para a recorrência da violência no ideário e na vida das crianças. A violência, presente no cotidiano das crianças, gera um grande desafio no seu enfrentamento, a fim de que não seja naturalizada e reproduzida no futuro.

Os motivos da institucionalização estiveram relacionados às diversas formas de violências sofridas pelas crianças, principalmente as agressões físicas. Estas formas de violência estiveram associadas ao uso abusivo do álcool e de problemas mentais.

Todas as crianças provêm de famílias com condições sócio-econômicas precárias, em que se sabe que o abuso do álcool é mais freqüente. Considerando-se a associação álcool e violência tem-se um foco para trabalhar preventivamente, ou seja, trabalhando para a diminuição do consumo abusivo do álcool, também se pode diminuir a violência.

Os problemas mentais também foram apontados como motivos da institucionalização pelas crianças, sendo que esses geraram as agressões. Nesse sentido, propõe-se que um acompanhamento mais próximo de mães e pais com problemas mentais poderia contribuir para a redução dos índices de violência intrafamiliar.

Ressalta-se que todas as crianças, desse estudo, têm recorrência de institucionalização. Sendo que, foram encaminhadas para famílias substitutas e, posteriormente, retornaram à instituição. Percebe-se que esse fato deixa marcas emocionais, psicológicas e cognitivas, dificultando o desenvolvimento pleno e saudável das crianças.

As agressões físicas foram localizadas pelas crianças no corpo e a mãe foi identificada como sendo a principal agressora em todos os casos apresentados. Essas agressões geraram uma série de implicações para as crianças, entre elas cita-se: o sentimento de abandono, o silenciamento, a dificuldade de aprendizagem e o relacionamento conflituoso entre algumas crianças.

A percepção da mãe como principal agressora gera um grande desafio, a compreensão de que o amor materno não é inato a todas as mulheres, ao contrário, ele deve ser apreendido e desenvolvido diariamente na convivência com os filhos. Também que a natureza humana é complexa e multifacetada, podendo a mulher apresentar diferentes reações perante situações que exigem alta demandas psicológicas, tais como viver em situações de miséria social associados ao álcool e problemas de saúde.

O cuidado foi abordado pelas crianças pesquisandas, sob diversos enfoques, entre eles a higiene como única forma de cuidado. Rafaela e Ana Júlia apresentam uma visão embasada na visão higienista, que apresenta os cuidados de higiene como forma de cuidado à saúde e prevenção das doenças. Na verdade, essa é a única forma de cuidado que referem ter recebido em sua família. Em contrapartida, Eduardo e Gabriel apresentam o cuidado relacionado a presença ou ausência da violência física.

Nesse sentido, os meninos descrevem como forma de cuidado, além da realização da higiene, o fato do pai não bater neles, demonstrando afeto por esse familiar. A presença da violência, na agressão da mãe, está relacionada ao não-cuidado, a falta de cuidado. Observa-se que a percepção da violência como não-cuidado e da ausência desta como cuidado, constitui-se em um achado novo, sendo imprescindível para compreender as crianças vítimas da violência intrafamiliar e auxiliá-las a minimizar os traumas gerados por esta.

Considera-se importante ressaltar que durante o desenvolvimento das dinâmicas foram diversos os momentos em que as crianças sentiram insegurança em realizar as tarefas propostas. Isso pode ser percebido pelo fato das inúmeras vezes em que apagaram os desenhos produzidos. A presença da insegurança em crianças vítimas de violência pode ser compreendida como um indicativo da falta de apoio e amor por parte de seus pais/familiares. Os pais/família têm papel fundamental no desenvolvimento físico e emocional dos filhos, bem como no desenvolvimento de sua auto-estima.

A violência contra crianças é tratada ainda por muitos profissionais apenas em seus sinais visíveis, que estão representados nos sinais objetivos da violência (hematomas, fraturas, lesões), entretanto os sinais pouco visíveis, por vezes, são ignorados. Esses se constituem de sinais subjetivos (traumas psicológicos e emocionais, dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento, entre outros). Todas

essas seqüelas deixadas pela violência merecem uma atenção especial dos profissionais da saúde e, especificamente, da Enfermagem.

Nesse sentido, as crianças vítimas de violência podem ser descritas como crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES), por serem indivíduos que podem conviver com seqüelas permanentes à sua saúde e integridade física, cognitiva e psicológica. Assim, evidencia-se que o estudo sobre a violência intrafamiliar contra as crianças fornece subsídios para a construção de conhecimentos sobre o tema e possibilidades de ação para a enfermagem.

Sugere-se o desenvolvimento de programas educativos junto à população, visando sensibilizá-la a reconhecer, prevenir e combater a violência intrafamiliar contra a criança. A educação em saúde é uma possibilidade de compartilhar conhecimentos.

No entanto, o trabalho de enfrentamento a violência intrafamiliar contra a criança, deve ter uma abordagem multiprofissional. Fato que favorece uma atenção mais ampla e completa a todas as necessidades relacionadas ao problema. Nesse sentido, ressalta-se a importância de um trabalho desenvolvido em rede, em que se possam ter diversas instituições preparadas para o atendimento das vítimas da violência, dos seus agressores e dos protetores das crianças.

As instituições interligadas em rede facilitariam a identificação dos maus-tratos, o tratamento dos envolvidos e a sua reabilitação, bem como favoreceriam a melhoria da assistência prestada, facilitando a criação de vínculos. A criação de vínculos é imprescindível para que o trabalho em rede seja eficaz, é necessário que vítima, protetor e agressor tenham confiança nas instituições que buscam para auxiliá-los.

Recomenda-se que a violência intrafamiliar contra crianças seja abordada enfaticamente no ensino, explicitando causas, conseqüências e reconhecimento dessa, a fim de fornecer subsídios para os futuros profissionais no encaminhamento de vítimas e agressores. Observa-se a necessidade de um trabalho de prevenção à violência, atuando nos seus fatores causais; de promoção da saúde da família; e de reabilitação dos indivíduos envolvidos nas situações de violência (vítimas, agressores e protetores), buscando minimizar as conseqüências dessas.

O presente estudo apresenta limitações e não se esgota em si mesmo, possibilitando o desenvolvimento de outros estudos sobre a temática com diferentes

enfoques para que, cada vez mais, possam ser apontados novos rumos na construção do conhecimento em Enfermagem.

Acredita-se em um trabalho preventivo, realizado junto às famílias desde a possibilidade de planejamento reprodutivo, cuidados no pré-natal e parto. Dentro de uma política de humanização que tenha seu foco em ações que propiciem o apego, o fortalecimento do vínculo mãe-filho e das relações familiares no cotidiano da convivência. Tudo isso, com vistas a possibilidade de contribuir para minimizar a ocorrência da violência intrafamiliar. No entanto, parece ser imprescindível que os profissionais de saúde e a sociedade em geral, estejam cientes de suas responsabilidades e competências no enfrentamento do problema.

REFERÊNCIAS

ABREU, V. I. Violência sexual intrafamiliar: ainda um segredo? **Texto e Contexto Enferm.,** v. 8, n. 2, p. 404-408, mai./ago., 1999.

ALGERI, S. **Caracterização de famílias de crianças em situação de violência intrafamiliar.** 2001. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

ALGERI, S.; SOUZA, L. M. de. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 4, jul.-ago., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_0104-1169/lng_pt/nrm_iso. Acesso em: 02 jun. 2007.

ALVIM, N.A.T. **Práticas e saberes das enfermeiras sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras:** um construção em espiral. 1999. 164f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1999.

AMARO, S. **Crianças vítimas de violência:** das sombras do sofrimento à genealogia da resistência. Uma nova teoria científica. Porto Alegre: AGE/EDIPUCRS, 2003. 149p.

ARCHANJO, C. M. A.; MAZZUTTI, P. H. L. Conseqüências da violência familiar em crianças institucionalizadas: um estudo psicológico. **Texto e Contexto Enferm.,** v. 8, n. 2, p. 297-300, mai./ago., 1999.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** Trad. Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006. 196p.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado:** o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p. Disponível em: http://groups-beta.google.com/group/digitalsource . Acesso em: 23 ago. 2008.

BEUTER, M. **Expressões lúdicas no cuidado:** elementos para pensar/fazer a arte de enfermagem. 2004. 183f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2004.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Pesquisando e intervindo com famílias de camadas sociais diversificadas. *In* ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; NITSCHKE, R.G. (orgs.). **Pesquisando a família: olhares contemporâneos.** Florianópolis: Papa-Livro, 2004, p. 91-106.

BONAVIDES, S. M. P. B. **A auto-estima da criança que sofre violência física pela família.** 2005. 268f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Construindo uma linguagem comum. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001a. p. 13-26.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf . Acesso em: 26 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 95p.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 70p.

BRAZ, M.; CARDOSO, M. H. C. A. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 91-97, jan., 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_0104-1169/lng_pt/nrm_iso. Acesso em: 02 jun. 2007.

BRITO, A. M. M. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 10, n. 1, p. 143-149, jan./mar., 2005.

CABRAL, I. E. O Método Criativo e Sensível: alternativa de Pesquisa na Enfermagem. *In:* GAUTHIER, J. H. M. *et al.* (org.). **Pesquisa em Enfermagem:** novas metodologias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p. 177-203.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê**: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 298p.

CABRAL, I. E. A contribuição da crítica sensível à produção do conhecimento em enfermagem. *In:* Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – SENPE, 11., 2001, Belém. **Anais 11º SENPE,** CD-ROM, 20p., 2001.

CABRAL, I. E. Apropriação do círculo de cultura Freiriano como estratégia de intervenção dialógica no método criativo e sensível de pesquisar. . *In:* Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – SENPE, 14., 2007, Florianópolis. **Anais 14º SENPE,** CD-ROM, 04p., 2007.

CARNEVALE, F. A. Listening authentically to youthful voices: a conception of the moral agency of children. *In:* **Toward a moral horizon:** nursing ethics for leadership and practice. Canada: Pearson Education, 2004, p. 396-413.

CALAZANS, G. J. *et al.* O conceito de vulnerabilidade. *In :* PADOIN, S. M. M. *et al* (org.). **Experiências interdisciplinares em AIDS:** interfaces de uma epidemia. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2006. p. 43-62.

COSTA, M. C. O. *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência e Saúde Coletiva,** v.12, n. 5, p. 1129-1141, 2007.

CUNHA, J. M.; ASSIS, S. G.; PACHECO, S. T. de A. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n. 4. p. 462-5, jul./ago., 2005.

DESLANDES, S. F. *et al.*. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência.** 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Ministério da Saúde, 2005. 79 p.

DIGIÁCOMO, M. J. **Conselhos Tutelares:** alguns aspectos (ainda) controvertidos. Disponível em: http://www.portaldoconselhotutelar.com.br/aspectoscontrovertidos.htm . Acesso em: 14 nov. 2007.

DURO, C. L. M. **Maternidade e cuidado infantil**: **concepções presentes no contexto de um programa de atenção à saúde da criança** – Porto Alegre/Rio Grande do Sul. 2002. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de

Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ELSEN, I. et al. Graduação em enfermagem de Santa Catarina enfoca a criança e o adolescente vítimas de violência doméstica. *In:* LUZ, A. M. H.; MANCIA, J.R.; MOTTA, M. da G. C. da (orgs.). **As amarras da violência a família, as instituições e a enfermagem.** Brasília: ABEn, 2004, p. 65-76.

ELSEN, I.; PATRÍCIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem: *In:* SCHMITZ, E. M. (org.). **A enfermagem em pediatria e puericultura.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1989, p. 169-179.

FELISBINO, J. E. *et al.* **Saúde e sociedade:** livro didático. Palhoça: Unisul Virtual, 2006. 170 p.

FONSECA, C. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. *In:* ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; NITSCHKE, R.G. (orgs.). **Pesquisando a família: olhares contemporâneos.** Florianópolis: Papa-Livro, 2004, p. 55-68.

GAÍVA, M. A. M.; MANDÚ, E. N. T. Promoção de Saúde Infantil. *In:* GAÍVA, M. A. M. (org.). **Saúde da Criança e do Adolescente:** contribuições para o trabalho de enfermeiros (as). Cuiabá: EDUFMT, 2006. p. 29-41.

GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D. Banalização da violência na família. *In* LUZ, A. M. H.; MANCIA, J.R.; MOTTA, M. da G. C. da (orgs.). **As amarras da violência a família, as instituições e a enfermagem.** Brasília: ABEn, 2004, p. 17-21.

GOMES, R. *et al.* A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. **Rev. Latino-am. Enfermagem,** v. 7, n. 3, p. 5-8, jul. 1999. Disponível em: http://wwww.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13470.pdf. Acesso em: 02 jun. 2007.

GOMES, R. et al. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cad. Saúde Pública***,* v. 18, n. 3, p. 707-714, maio-jun. 2002.

GOMES, R. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,** v. 6, supl. 1, p. 527-534, maio, 2006. Disponível em: http://wwww.scielo.br/pdf/rbmi/v6s1/3050.pdf. Acesso em: 02 jun. 2007.

GOMES, V. L. O.; LOUREIRO, M. M.; GONÇALVES, M. X. Maus-tratos na infância: como reconhecer e como proceder. *In:* GOMES, V. L. O.; LOUREIRO, M. M.; GONÇALVES, M. X. **Enfermagem pediátrica:** manual de procedimentos. 2. ed. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1996. p. 182-190.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública***,* v. 18, n. 1, p. 315-319, jan.-fev. 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais.** Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br . Acesso em: 09 out. 2008.

MARANHÃO, D. G. O cuidado como elo entre saúde e educação. **Cadernos de Pesquisa,** n. 111, p. 115-133, dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cp/n111a06.pdf . Acesso em: 07 out. 2008.

MARANHÃO, D. G.; SARTI C. A. Cuidar compartilhado: negociações entre famílias e profissionais em uma creche. **Interface – Comunic, Saúde, Educ,** v. 11, n. 22, p. 257-270, maio/ago, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/06.pdf . Acesso em: 07 out. 2008.

MARTINS, C. S. *et al.* A dinâmica familiar na visão de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Rev. Latino-am. Enfermagem,** v. 15, n. 5, set./out., 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a01.pdf . Acesso em: 05 jun. 2008.

MARTINS, C. S.; FERRIANI, M.das G.C. Reintegração da criança e do adolescente vitimizados na percepção dos pais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 6, p. 651-4, nov./dez, 2003.

MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas. **Estudos de Psicologia,** v. 9, n. 1, p. 177-187, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/epscic/v9n1/22393.pdf . Acesso em: 07 out. 2008.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. Significado do conceito de saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Rev. latino-am.enfermagem,** v. 6, n. 5, p. 45-51, dez. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php/rlae/v6n5/13859. pdf . Acesso em: 07 out. 2008.

MEDEIROS, L. C. M.; CABRAL, I. E. O cuidado com plantas medicinais: uma modalidade de atenção à criança pelas mães e enfermeira-educadora. **Rev. latino-am. Enfermagem,** v. 9, n. 1, p. 18-26, jan. 2001.

MENEGHEL, S. N.; GIUGLIANI, E. J.; FALCETO, O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. **Cad. Saúde Pública***,* v. 14, n. 2, p. 327-335, abr.-jun. 1998.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006a. 132p.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. *In:* MINAYO, M. C.S. *et al.* **Violência sob o olhar da saúde:** infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 1. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006b, p. 23 - 47.

MINAYO, M. C. S. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde. *In:* MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (orgs.). **Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MONTEIRO, L. **Alguns dados sobre violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes.** Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), 1999a. Disponível em: http://www.abrapia.org.br/homepage/ dados_sobre_violencia_domestica.html Acesso em: 11 ago. 2007.

MONTEIRO, L. **Violência física.** Observatório da Infância, 2006. Disponível em: http://www.observatoriodainfancia.com.br/rbrique.php3?id_rubrique=26 . Acesso em: 22 out. 2007.

MONTEIRO, V. **A imagem do álcool na vida dos adolescentes e sua relação com a prática educativa-dialógica da enfermeira.** 1999b. 166f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** v. 21, n. 4, p. 1124-1133, jul./ago, 2005.

OLIVEIRA, T. J. Mesa Redonda: violência contra a mulher e a criança. **Enfermagem Atual,** ano 6, n. 34, jul/ago, 2006, p. 9-15.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Informe Mundial sobre la Violência y la Salud.** Washington (DC), 2003. Disponível em: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/violencia_2003.htm. Acesso em: 11 ago. 2007.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso:** princípios e procedimentos. 3. ed. Campinas, SP: Pontes, 2001. 100p.

PADOIN, S. M. M. **O cotidiano da mulher com HIV/AIDS diante da (im) possibilidade de amamentar:** um estudo na perspectiva heideggeriana. 2006. 197f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2006.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano.** 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PARREIRA, S. M. C. P.; JUSTO, J. S. A criança abrigada: considerações acerca do sentido da filiação. **Psicologia em Estudo,** v. 10, n. 2, p. 175-180, maio/ago, 2005. Disponível em: http://wwww.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a03.pdf . Acesso em: 07 out. 2008.

PIERANTONI, L. M. M. **(Dês) caminhos do protetor da criança em situação de violência:** subsídios para a ação da enfermagem na equipe de saúde. 2007. 185f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2007.

PINHEIRO, P. S. **Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños.** Asamblea General de Las Naciones Unidas, 2006. Disponível em: http://www.violencestudy.org/IMG/pdf/Spanish-2-2.pdf . Acesso em: 24 jun. 2007.

PIRES, J. M. *et al.* Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil,** v. 5, n. 1, p. 103-108, jan./mar., 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/php/script_sci_serial/pid_1519-3829/lng_pt/nrm_iso . Acesso em: 02 jun. 2007.

REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. S.; MORAES, C. L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública,** v. 40, n. 4, p.

595-603, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/07.pdf. Acesso em: 06 set. 2007.

RESTA, D. G. **O adolescer e o cuidado com a saúde: a voz de jovens e familiares**. 2006. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RIBEIRO, E. M. *et al.* Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. **Acta Paul Enferm,** v. 20, n. 3, p. 377-83, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a06v20n3. pdf. Acesso em: 05 jun. 2008.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. das G. C.; REIS, J. N. dos. Violência contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública,** v. 20, n. 2, p. 456-464, mar.-abr. 2004.

RIBEIRO, N. R. R. et al. Desvelando a violência contra a criança e o adolescente para acadêmicos de enfermagem. *In* LUZ, A. M. H.; MANCIA, J.R.; MOTTA, M. da G. C. da (orgs.). **As amarras da violência a família, as instituições e a enfermagem.** Brasília: ABEn, 2004, p. 77-88.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Programa Estadual de Prevenção da Violência.** Disponível em: http://www.saude.rs.go.br/wsa/portal/index.jsp. Acesso em: 12 ago. 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Notificação Compulsória de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência.** Porto Alegre: CEVS, 2006. 12p.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de Crianças no Brasil:** percurso histórico e desafios do presente. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. 288p.

ROCHA, D. N. da. A enfermagem e a criança. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília v. 32, p. 245-250, 1979.

ROQUE, E. M. S. T.; FERRIANI, M. G. C. Desenhando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na Comarca de Jardinópolis – SP. **Rev. Latino-am. Enfermagem,** v. 10, n. 3, p. 334-344, mai./jun.,

2002. Disponível em: http://www.scielo.php/script_sci_serial/pid_0104-1169/lng_pt_/nrm_iso . Acesso em: 02 jun. 2007.

ROQUE, E. M. S. T.; FERRIANI, M. G. C. Estudo das famílias de crianças e adolescentes, vítimas de violência que sofreram intervenção da justiça. **Rev. Latino-am. Enfermagem,** v. 15, n. 4, jul./ago, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/v15n4a05. pdf. Acesso em: 05 jun. 2008.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra Crianças e Adolescentes : questão histórica, social e de saúde. *In:* LIMA, C. A. (coord.) *et al.* **Violência faz mal à Saúde.** 2. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 29-38. Disponível em: http://drt2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0315_M.pdf . Acesso em: 27 out. 2008.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 22-29, ago. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_0104-1169/lng_pt/nrm_iso. Acesso em: 02 jun. 2007.

SILVA, A. L.; VOGEL, C.; VIRGÍLIO, M. S. Significados de cuidado para crianças e adolescentes vítimas da violência doméstica. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 54, n. 1, p. 48-62, jan./mar., 2001.

SILVA, L. F. S. *et al.* Dinâmica da criatividade e sensibilidade – "o brincar em cena": uma validação na pesquisa em enfermagem. *In:* II Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e 3º Seminário de Saúde da Criança e Adolescente. Rio de Janeiro, 2007. **Anais.** SOBEP, NUPESC/EEAN/UFRJ, 2007.

SILVA, M. A. Política de Saúde para Crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. *In:* GAÍVA, M. A. M. (org.). **Saúde da Criança e do Adolescente:** contribuições para o trabalho de enfermeiros (as). Cuiabá: EDUFMT, 2006. p. 9-28.

SILVA, M. A. I.; FERRIANI, M. das G. C. Violência doméstica: do visível as invisível. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 2, mar.-abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_0104-1169/lng_pt/nrm_iso. Acesso em: 02 jun. 2007.

SOCAL, E. **Pesquisa e Diagnóstico sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Risco Pessoal e Social em Santa Maria/RS:** construindo cidadania. Santa Maria: UNIFRA, 2003. 312p.

SOUZA, E. R. S. *et al.* Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. *In:* MINAYO, M. C.S. *et al.* **Violência sob o olhar da saúde:** infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 1. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 49-81.

SOUZA, E. R.; JORGE, M. H. P. M. Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: magnitude e morbimortalidade. *In:* LIMA, C. A. (coord.) *et al.* **Violência faz mal à Saúde.** 2. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 23-28. Disponível em: http://drt2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0315_M.pdf . Acesso em: 27 out. 2008.

SOUZA, N. S.; CARTANA, M. H. F. Criativo-Sensível: possibilidades e desafios da metodologia na pesquisa com família e crianças em casa de apoio. *In:* Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – SENPE, 14., 2007, Florianópolis. **Anais 14º SENPE,** CD-ROM, 04p., 2007.

TURATO, E. R. Viabilizando a etapa do trabalho de campo. *In:* TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-espistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 305-349.

VERNIER, E. T. N. **O empoderamento de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: interfaces com o cuidado de enfermagem.** 2007. 172f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2007.

VERÍSSIMO, M. R.; FONSECA, R. M. G. S. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches. **Rev. Latino-am. Enfermagem,** v. 11, n. 1, p. 28-35, jan./fev., 2003. Disponível em: http://wwww.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16556.pdf . Acesso em: 07 out. 2008.

VIEIRA, D. O "olhar" do universo infantil sobre as violências: saberes, discursos e outras formas de expressão de crianças de um morro de Florianópolis/SC. *In:* GROSSI, M. P.; HEILBORN, M. L.; MACHADO, L. Z. *et al.* **Antropologia e direitos humanos 4.** Blumenau: Nova Letra, 2006, p. 351-414.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área de saúde.** 4ª tiragem. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2001. 192p.

WAIDMAN, M. A. P.; DECESARO, M. das N.; MARCON, S.S. Convivendo com a violência familiar. *In* LUZ, A. M. H.; MANCIA, J.R.; MOTTA, M. da G. C. da (orgs.).

As amarras da violência a família, as instituições e a enfermagem. Brasília: ABEn, 2004, p. 35-46.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Responsável pela Instituição[3]
Título do estudo: Violência intrafamiliar: percepções de crianças escolares que vivem em abrigo.
Pesquisador(es) responsável(is): Dra. Stela Maris de Mello Padoin; Dra. Eliane Tatsch Neves; Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz.
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Pós-graduação em Enfermagem/ Curso de Mestrado.
Telefone para contato: (55) 3512-6349; (55) 91472982.
Local da coleta de dados: Lar das Meninas e Lar dos Meninos.

Eu _____, confirmo que recebi as informações necessárias para compreender os objetivos e métodos da coleta dos dados deste estudo. A pesquisadora se comprometeu a manter o anonimato da instituição e das crianças participantes da pesquisa. Compreendi também que:
- Em qualquer etapa do estudo, terei acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como a possibilidade de retirar meu consentimento da participação das crianças na pesquisa.
- Não há benefício direto para os participantes, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício para o estudo da violência familiar contra a criança e suas implicações sociais, psicológicas e morais.
- Poderão ocorrer desconfortos psicológicos com as crianças durante a coleta de dados, para tanto o pesquisador se compromete a, juntamente com o serviço de psicologia oferecido na instituição, oferecer suporte para os possíveis riscos que possam surgir.
- Tenho o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.
- Não haverá despesas para a instituição na participação da pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- O tempo aproximado para coleta de dados, em que as crianças irão participar das sessões de brincar, é de 1 h 30 min.
- Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que foi lido ou que foram lidas para mim. Declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação das crianças, pelas quais respondo nesse consentimento, é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em permitir a participação das crianças neste estudo e podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

_____, ____ de _____ de 2008.

_____ _____
Assinatura do representante legal do sujeito da pesquisa N. identidade

[3] Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 - Cidade Universitária - Bairro Camobi 97105-900 - Santa Maria – RS --- Tel.: (55)32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

_____, _____de _____de 2008.

_____
Assinatura do responsável pelo estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Anexo B - Termo de Assentimento

Eu _____ aceito participar da pesquisa "Violência intrafamiliar: percepções de crianças escolares que vivem em abrigo". Declaro que a pesquisadora Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer.

Compreendi que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não.

A pesquisadora me explicou também que os encontros serão em grupo e que neste grupo faremos brincadeiras para, por meio delas, contar como é nossa vida na família.

Entendi também que os encontros serão gravados, para que a pesquisadora possa prestar mais atenção aos participantes do grupo durante os encontros, e que o que foi dito e gravado só poderá ser ouvido por ela e pelas suas orientadoras.

Dessa forma, concordo livremente em participar dos encontros do brincar com o grupo, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

_____, ____ de _____ de 2008.

_____

Sujeito da pesquisa

Anexo C – Autorização da Instituição para realização da pesquisa

Título do estudo: Violência intrafamiliar: percepções de crianças escolares que vivem em abrigo.

Pesquisador(es) responsável(is): Dra. Stela Maris de Mello Padoin; Dra. Eliane Tatsch Neves; Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz.

Eu _____ autorizo por meio deste a coleta de dados para realização do estudo "Violência intrafamiliar: percepções de crianças escolares que vivem em abrigo". Tendo o mesmo por objetivo: Compreender as vivências das crianças sobre a violência no contexto familiar.

Os sujeitos do estudo serão crianças, vítimas de violência familiar, abrigadas neste lar, em idade escolar dos 6 anos aos 12 anos, serão incluídas todas as crianças que aceitarem participar da coleta de dados.

_____, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do responsável pelo Lar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Anexo D - Termo de Confidencialidade

Título do estudo: Violência intrafamiliar: percepções de crianças escolares que vivem em abrigo.

Pesquisador(es) responsável(is): Dra. Stela Maris de Mello Padoin; Dra. Eliane Tatsch Neves; Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Pós-graduação em Enfermagem/ Curso de Mestrado.

Telefone para contato: (55) 3512-6349; (55) 91472982.

Local da coleta de dados: Lar das Meninas e Lar dos Meninos.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos indivíduos cujos dados serão coletados por meio da dinâmica do brincar. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na casa da pesquisadora por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Sra. Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 25/03/2008, com o número do CAAE 0005.0.243.000-08 .

Santa Maria, _____de _____de 2008.

_____
Dra.Stela Maris de Mello Padoin
RG: 1004015853
COREN 30186

_____
Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz
RG: 6083455177
COREN 93467

_____
Dra. Eliane Tatsch Neves
RG: 1052691696
COREN 68270

ANEXO E - Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM

MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Violência no contexto familiar sob a perspectiva de crianças: contribuições para o cuidado de enfermagem.
Número do processo: 23081.00571/2008-52
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0005.0.243.000-08
Pesquisador Responsável: Stela Maris de Mello Padoin

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2009 **Relatório final**

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 25/03/2008

Santa Maria, 26 de março de 2008.

Lissandra Dal Lago
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
Registro CONEP N. 243.

Comitê de Ética em Pesquisa - UFSM - Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria - 7º andar - Campus Universitário
97105-900 – Santa Maria – RS - - Tel: 0 xx 55 3220 9362 – email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo