

Desvelando a violência contra as crianças em um hospital universitário: desafios para o Serviço Social

Unveiling violence against children in a university hospital challenges for social work

ÂNGELA C. B. PRATINI SEGER*

PÂMELA CALDART**

PATRÍCIA KRIEGER GROSSI***



RESUMO – O artigo aborda as diferentes expressões da violência contra a criança com base em levantamento de 39 registros em atendimentos realizados no período de janeiro a outubro de 2008 na Internação Pediátrica e na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico de Hospital Universitário, pela Residente de Serviço Social. Trata-se de um estudo retrospectivo de caráter qualitativo baseado numa pesquisa documental norteada pelo método dialético, levando em consideração aspectos sociodemográficos, situação habitacional, constituição familiar, rede de apoio, participação e/ou omissão dos responsáveis pela criança e diversas outras formas de violência. O resultado aponta para a suspeita de que crianças do sexo masculino, de um a três meses de idade, de etnia negra, estão entre as que mais sofrem. Negligência familiar intencional (79%), negligência não intencional (7%), abandono parcial ou abandono total (7%) e violência física (7%). Conclui-se pela necessidade da implementação e da concretização de políticas públicas com base na legislação vigente que têm como objetivo a proteção à criança, o enfrentamento e o combate à violência doméstica e estrutural. Além de melhorar a qualidade de vida das crianças, o estudo fornece subsídios para descortinar a temática aos profissionais da área da saúde.

Palavras-chave – Violência contra a criança. Serviço social. Saúde da criança.

ABSTRACT – This article is focused on showing different expressions of violence against children, based on a survey of 39 cases, attended by the social work resident within the period of January through October 2008, in the Pediatric Internship and in the Child Care Intensive Treatment Unit of the University Hospital. The socio-demographic aspects, the housing situation, the family composition, the support network, the participation and/or omission of the responsible for the children and the different forms of violence, among others were identified. It is a qualitative retrospective study based on a documental research developed by the dialectic method. Results indicate that male dark children, in the average age of three months, are amongst those who suffers the most. Intentional neglect family occurs in 79% of the cases, followed by non-intentional negligence (7%), partial abandon or abandon (7%) and physical violence (7%). In conclusion, the study results points to the necessity of public policies and specific law directions aiming the protection of the children, as well as the development of new policies to overcome domestic violence and structural violence.

* Mestre em Educação pela PUCRS. Orientadora deste artigo, coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital São Lucas da PUCRS, professora da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Preceptora da Saúde da Criança e do Adolescente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Porto Alegre – RS/Brasil. E-mail: aseger@pucrs.br.

** Assistente Social Residente da Equipe da Saúde da Criança e do Adolescente do Programa de Residência Multiprofissional da PUCRS. Porto Alegre – RS/Brasil. E-mail: pa02as@yahoo.com.br.

*** Dr. em Serviço Social pela Universidade de Toronto - Canadá, PhD. Co-orientadora deste artigo, coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Violência (NEPEVI), professora da Faculdade de Serviço Social da PUCRS Porto Alegre – RS/Brasil. E-mail: pkgrossi@pucrs.br.

Submetido em: março/2010. Aprovado em: junho/2010.

This study will provide subsidies not only to unveil the theme for health professionals, but also to improve children's quality of life.

Keywords – Violence against children. Social work and child health.

O presente artigo é produto da pesquisa desenvolvida pela Residente de Serviço Social, pertencente à Equipe da Saúde da Criança e do Adolescente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PREMUS/PUCRS) no Hospital Universitário (HU). O HU é um hospital geral de natureza filantrópica, possuindo, segundo a Lei 8.080/90, convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). O objeto da pesquisa corresponde às expressões da violência contra a criança.

Os atendimentos ocorridos no período compreendido entre janeiro e outubro de 2008 no setor de Internação Pediátrica e na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP) do HU, com pacientes de 0 a 12 anos de idade, considerados crianças, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), constituíram-se na base dessa pesquisa, com ênfase no estudo retrospectivo da vida dos pequenos pacientes, de caráter qualitativo e documental, norteada pelo método dialético. Este estudo teve como objetivo principal a identificação e análise das situações, através dos registros de atendimentos, propiciando mapear as situações de risco a que está exposta a criança e o tipo de violência sofrida por ela.

Os objetivos específicos desse estudo consistiram em identificar os dados sociodemográficos da criança vítima de violência, tais como, idade, etnia, sexo, escolaridade, tipo de moradia, renda familiar, entre outros. Percebeu-se que a situação habitacional em que a criança está inserida é fator relevante a ser considerado quando da ocorrência da violência contra a criança; da mesma forma em que a identificação dos determinantes sociais, econômicos, culturais e educacionais nesse contexto devem sempre fazer parte de todo estudo acerca da violência contra a criança.

A possibilidade de identificar as diversas formas de violência a que essas crianças estão submetidas, analisando a participação e/ou omissão dos responsáveis diante da ocorrência desse tipo de violência, e a existência ou não de rede de apoio a essas famílias, explicita a dimensão da importância deste estudo.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227, apregoa que “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Para que se cumpram os preceitos constitucionais, o enfrentamento à temática é o primeiro passo a ser dado na identificação e no apontamento do caminho a ser percorrido pelos profissionais da área de saúde infantil. Dessa forma, o trabalho em equipe multiprofissional de caráter interdisciplinar, desenvolvido pela Equipe da Saúde da Criança e do Adolescente (PREMUS/PUCRS), é ferramenta indispensável não apenas na identificação dos casos de violência, mas também na busca da qualidade do atendimento, além de propiciar uma maior visibilidade da temática aos profissionais da área da saúde.

Nesse contexto, enquanto integrante da Equipe Multiprofissional, a Residente de Serviço Social vivenciou seu trabalho junto aos demais componentes da Equipe, profissionais das áreas de Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Pedagogia e Odontologia Cirúrgica, participando nos espaços de encontro, tanto nos Núcleos de Proteção quanto nos da Equipe Multidisciplinar de Saúde. Além disso, a participação da residente nos *rounds* e no núcleo de Proteção da Criança e do Adolescente propiciou

momentos em que as situações de violência eram problematizadas, caso a caso. Segundo Uchôa e Camargo Jr. (2006), os *rounds* são rodas diárias de discussão sobre os casos.

A violência infantil representa uma das expressões da Questão Social mais evidenciada no hospital. Vasconcelos (2003) entende que as expressões da Questão Social representam as demandas implícitas vindas dos sujeitos. A autora caracteriza demanda implícita como “demandas ocultas, que necessitam de abstração, de desvendamento da realidade para serem percebidas” (VASCONCELOS, 2003, p. 179-180). Os Assistentes Sociais trabalham com a Questão Social, conforme Iamamoto (2004, p. 28), “nas suas várias expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam [...] na família, na área habitacional, na saúde”. Afinal, a Resolução 383/99 considera o Assistente Social como um profissional que atua também na área da saúde. Segundo Iamamoto e Carvalho (1983, p. 77),

A questão social não é senão a expressão do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

Portanto, as expressões da Questão Social representam o contraponto entre as desigualdades sociais provocadas pelo sistema capitalista e as resistências provocadas pelos trabalhadores, possuindo, assim, natureza dialética. Desta forma, cabe ao Assistente Social tensionar a desigualdade para reduzir a desigualdade e fortalecer as resistências.

A violência contra a criança possui múltiplas faces (ex.: negligência, maus-tratos, violência física, abuso sexual) e pode ser desvelada também por meio da intervenção do Serviço Social (SS). A violência contra a criança, ao ser desvelada pelo SS, representa uma demanda implícita como quando a criança interna por desnutrição e solicitam atendimento do SS em virtude de a criança estar desacompanhada durante três dias. Com a identificação e entendimento das múltiplas faces da violência, é possível perceber expressões da Questão Social que até então estavam obscuras, tais como: a pobreza, a falta de proteção e a falta de vínculo dos responsáveis.

Diante disso, é preciso que ocorra um tensionamento das desigualdades por meio dos processos de resistências. Os processos de resistências representam as estratégias de enfrentamento como desenvolvimento de políticas públicas de habitação, de renda e de enfrentamento à violência doméstica e/ou de pesquisas sobre a temática.

A violência pode ser reflexo da subjetividade dos sujeitos, dos processos particulares e sociais. Afinal, segundo Turck (2006), a subjetividade se expressa como maneira de enfrentamento da exclusão e desigualdade social. Os processos particulares se expressam através dos processos relacionais no âmbito afetivo e familiar que desenvolvem interações de violência. Com isso, acentuam-se as desigualdades sociais e os processos sociais que representam a “identificação das formas de resistência e das estruturas sociais e institucionais [...] que se expressam nas interações afetivas e sociais dos sujeitos” (TÜRCK, 2006, p. 12).

Assim, as mais diversas profissões, dentro de sua especificidade, contribuem também na identificação e desvelamento da violência: o médico que atende problemas de saúde causados por fome, insegurança, violência; o psicólogo que trabalha o trauma da violência; o fisioterapeuta que cuida dos traumas físicos; o enfermeiro que, em primeira instância, identifica os sinais de agressão à criança.

Para melhor apresentação deste estudo e de modo a estabelecer a relação e a interconexão entre a temática abordada e o objeto de intervenção do SS, faz-se necessária a subdivisão do presente artigo, correspondendo a cinco momentos diretamente relacionados. São eles: 1 – Contextualização do fenômeno da violência contra a criança; 2 – Compreensão da magnitude do fenômeno; 3 – Metodologia da pesquisa; e 4 – Apresentação e discussão dos dados.

Contextualização do fenômeno da violência contra a criança

A violência, além de estar na pauta dos grandes problemas enfrentados pela humanidade, expressa padrões de convivência e de poder presentes em povos, culturas, classes sociais; entre homens e mulheres, adultos, pais e filhos (AZAMBUJA, 2004).

Segundo Minayo e Souza (1998, p. 514),

violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual. Na verdade, só se pode falar de violências, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas.

Ferreira, Gonçalves e Marques (1999) complementam, considerando que “a violência é o produto de fatores relacionados ao agressor e à criança individualmente, à família, à comunidade e à sociedade ou à cultura”.

A violência contra a criança, segundo a Organização Mundial da Saúde, é caracterizada por qualquer forma de maus-tratos físicos e emocionais, negligência, exploração comercial, sexual ou outro tipo de exploração, resultando em dano à saúde, à sobrevivência e ao desenvolvimento da criança.

Essas diferentes formas de violência podem ser identificadas na área da saúde, em todos os chamados modelos de atenção, constituídos por três níveis: primário, secundário e terciário. O nível primário corresponde à atenção básica. O secundário é caracterizado pelas ações de média complexidade. O nível terciário corresponde ao atendimento nos hospitais e diz respeito à alta complexidade. O artigo enfoca a temática da violência, principalmente a doméstica, contra a criança no setor terciário, ou seja, no ambiente hospitalar.

De acordo com Guerra (2008, p. 32-33),

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

Entende-se a violência física como qualquer ação, única ou repetida, não acidental (ou intencional), cometida por um agente agressor adulto (ou mais velho que a criança ou o adolescente), que lhes provoque consequências leves ou extremas como a morte (Claves).¹ Farinatti (1993, p. 76) complementa dizendo que “o abuso sexual é ato ou omissão, que obstam que a criança venha a atingir um sadio desenvolvimento psicológico, físico e sexual”.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) conceitua o abuso sexual como ato ou como jogo sexual que ocorre em relação hetero e/ou homossexual, visando estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual, além de práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

A violência psicológica, igualmente designada como tortura psicológica, ocorre quando um adulto constantemente deprecia a criança, bloqueando seus esforços de autoaceitação, causando-lhe grande sofrimento mental. Ao passo que ameaças de abandono podem transformar a criança em medrosa e ansiosa e, portanto, representam também formas de sofrimento psicológico (GUERRA, 2008, p. 33).

A negligência, outra forma de violência, diz respeito à omissão dos responsáveis em suprir as necessidades essenciais para o desenvolvimento saudável da criança. Para Guerra (2008, p. 33),

“representa uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente [...] configura-se quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos etc., e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além de seu controle”.

Na pesquisa, observaram-se muitas outras manifestações de negligência em relação às crianças, que vão desde o não cumprimento das recomendações relativas à prevenção de doenças, a falta de cuidados apropriados à criança, a falta de qualidade na alimentação, quando não resultando em fome e a despreocupação em lhe proporcionar um desenvolvimento físico adequado. Outros motivos para preocupação incluem exposição da criança às drogas e proteção inadequada em relação a perigos iminentes relativos ao ambiente.

Somados à higiene precária quando não inexistente, a ausência de modelos de educação e ao abandono a que essas crianças estão diuturnamente expostas, todos considerados como evidências de negligência.

Uma outra forma de violência contra a criança e já relatada por Fensterseifer e Silva (2003) é a denominada Síndrome de Münchhausen por Procuração, “um transtorno factício, no qual a mãe simula ou provoca sintomas em seu filho”.

Todas essas evidências podem representar ausência ou deserção, por parte dos pais, dos cuidados necessários à criança que, de acordo com o preceito jurídico, caberia “desconstituição do poder familiar” (art. 1.728, § 2º, do Código Civil Brasileiro). Caracteriza-se como abandono parcial a ausência temporária dos pais, deixando a criança exposta a situações de risco. E, abandono total caracterizado pelo afastamento da criança do grupo familiar, restando crianças sem habitação, desamparadas e, por conseguinte, expostas a todas as formas de perigo, segundo Claves.

Diante da magnitude e da complexidade da temática, seja através de conceitos, seja através das suas diversas formas de manifestação, constitui-se extremamente relevante desenvolver o trabalho em equipe multiprofissional de caráter interdisciplinar pela garantia da integralidade no atendimento. Nesse contexto, Haddad et al. (2005) observam:

O trabalho da equipe multiprofissional justifica-se e afirma-se diante da necessidade de atuar interdisciplinarmente frente ao objeto complexo que caracteriza a prevenção de agravos, a promoção e a atenção à saúde de indivíduos e coletividades.

Quaglia e Marques (2004) referem, com relação à temática da violência contra a criança, que o trabalho torna-se mais efetivo sendo norteado pela interdisciplinaridade que para Paviani (2003) representa um movimento processual estratégico que busca algo novo a partir do rompimento da fragmentação do conhecimento. Miranda et al. (2000) observam que as ações de diversas áreas do saber na atenção integral ao desenvolvimento da criança deve ser permeada de planejamento e supervisão no atendimento de caráter multiprofissional. E Vasconcelos (2003, p. 91) complementa:

Pensar, estruturar e propor estratégias e viabilizar ações tendo em vista a construção de uma consciência sanitária demanda uma ação interdisciplinar no âmbito da saúde, que extrapole as ações na prevenção e combate a doenças – uma ação interdisciplinar na busca de uma totalização do conhecimento nesta direção. Nenhuma profissão, por si só, dá conta deste projeto, com o cuidado necessário para que suas ações não se dirijam e resultem em controle de determinados segmentos – sempre os mais fragilizados e pobres –, mas que se dirijam para as condições materiais e elevação em saúde que enfrente, de forma diferenciada, a relação com as enfermidades.

Contudo, Ferreira, Gonçalves e Marques (1999) alertam que o exercício da interdisciplinaridade é complexo e ainda, em se tratando da temática da violência, faz com que seja mais difícil para os profissionais e para as famílias. Para eles, portanto, a interdisciplinaridade é um desafio.

Compreensão da magnitude do fenômeno

A violência é um problema de saúde pública em diversos países, e pesquisas recentes têm apontado que é um fenômeno multicausal, no qual interagem simultaneamente fatores biológicos, individuais, familiares, comunitários, culturais, entre outros (KRUG, 2002).

Conforme a pesquisa “A ponta do iceberg”, realizada pelo Laboratório de Estudos da Criança, da USP, com dados de 1996 a 2007, em todos esses anos foram notificados 159.754 casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente. A maioria, 65.669 casos, diz respeito à negligência. A violência física aparece em segundo lugar, com 49.481 casos, seguida da violência psicológica – 25.590 – e da violência sexual, com 17.482 casos.

A pesquisa contabilizou, ainda, 532 óbitos de crianças e adolescentes. Segundo estimativas, apenas 10% dos casos de violência são notificados. Ou seja, os números elencados representariam um décimo das efetivas ocorrências.

O dever de os pais protegerem os filhos na infância e na juventude vem desde a Mesopotâmia, mas só foi consagrado pela civilização ocidental no século XX, mais precisamente pelas Declarações da Criança (1923-1959), pela Convenção dos Direitos da Criança (1989), pela Segunda Declaração do México Sobre Maus-Tratos à Criança, e no Brasil, especificamente, pela Constituição Federal (1988) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990). Apesar de estes Diplomas contemplarem os direitos das crianças e dos adolescentes, ainda não conseguiram sair em definitivo do papel.

Conforme Guerra (2008, p. 32),

[...] a violência doméstica contra crianças e adolescentes é uma violência interpessoal; é um abuso de poder disciplinador e coercitivo dos pais ou responsáveis; é um processo de vitimização que às vezes se prolonga por vários meses e até anos; é um processo de imposição de maus-tratos à vítima, de sua completa objetualização e sujeição; é uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente como pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança; tem na família sua ecologia privilegiada. Como esta pertence à esfera do privado, a violência doméstica acaba se revestindo da tradicional característica de sigilo.

A negligência, como forma de violência, detinha números significativos já na década de 1990, conforme observado pelo estudo elaborado por Rodrigues (1999) em um HU: Constatou-se nessa pesquisa que a negligência foi a forma de violência mais significativa na população de 0 a 18 anos. Aqui, a negligência corresponde a 40%, seguida da violência psicológica (33%), agressões físicas (20%), abuso sexual (3%), tentativa de suicídio (3%) e Síndrome de Münchhausen (1%).

Os diferentes tipos de violência levam, na maioria dos casos, à internação hospitalar. Segundo Farinatti (1993, p. 47),

o hospital é um lugar privilegiado de observação, de proteção, de confirmação ou de informação de presunções, e permite tomar decisões a respeito da crise familiar, além de evidente cura de suas lesões sofridas. Os maus-tratos se configuram em um problema de saúde pública, o que coloca o hospital no centro nodal da atenção médico-social à própria criança.

Via de regra, o abuso sexual e psicológico da criança, bem como as formas de negligência e abandono só poderão ser identificados em ambiente de alta complexidade. A internação, além de estar

baseada na severidade do quadro clínico, prevê também o risco de novos episódios de agressões ou negligência nos cuidados necessários à criança no ambiente doméstico.

Metodologia da pesquisa

O método utilizado na pesquisa² corresponde ao materialismo dialético que se caracteriza, segundo Gil (2008), pela interpretação dinâmica e totalizante da realidade ao entender que os fatos sociais possuem influência política, econômica e cultural. Nessa perspectiva, os fatos sociais não são vistos de forma isolada.

A escolha do método deu-se em virtude de a temática violência possuir determinantes presentes na contemporaneidade, do ponto de vista socioeconômico, político, social, cultural, jurídico e histórico.

A pesquisa desenvolvida é de natureza qualitativa, que, de acordo com Minayo (2002, p. 22), trabalha “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações”. Martinelli (1999, p. 22-23) complementa ainda dizendo que a pesquisa de caráter qualitativo é constituída por três pressupostos: “o reconhecimento da singularidade do sujeito, o reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e o reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social”.

Além de ser um estudo de caráter qualitativo, consistiu numa pesquisa documental. Gil (2008) observa que pesquisa documental caracteriza-se pela análise de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reorganizados conforme os objetos da pesquisa.

A análise de conteúdo tomou como base o entendimento de Bardin (1977) de que a análise consiste em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados e interpretações. A pré-análise é caracterizada pela leitura flutuante, formulação das hipóteses e dimensões e direções de análise. Na exploração do material, é desenvolvida a administração das técnicas dos dados coletados. E, no tratamento dos dados e interpretações, ocorrem operações estatísticas, síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretação.

A pesquisa partiu da análise da Tabela “Saúde da Criança”, onde constam os dados pessoais do paciente e seu responsável que ficam registrados no Formulário de Entrevista do Serviço Social do HU. A entrevista, de acordo com Lewgoy e Silveira (2007, p. 3), representa “um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos”.

Por meio da realização de entrevista semiestruturada, que segundo Laville e Dionne (1999) é constituída de uma série de perguntas orais em ordem prevista, na qual o entrevistador tem a possibilidade de acrescentar questões de esclarecimento, eram registrados, no Formulário de Entrevista do Serviço Social, dados referentes à identificação do perfil, da rede de apoio à família e a história de saúde da criança. Isso possibilitou produzir o estudo, o diagnóstico e o parecer social em cada caso.

Ressalta-se que, por se tratar de uma pesquisa de caráter qualitativo e pela condição da entrevista semiestruturada apresentar perguntas abertas, as informações obtidas tornam-se abrangentes e acabam, por vezes, alteradas pela demanda trazida pelo familiar, o que exige a intervenção profissional durante o período da internação. Importante registrar que o sigilo das informações constantes no Formulário de Entrevista do Serviço Social é rigorosamente mantido, ficando na posse do profissional de SS.

O processo utilizado para o estudo baseou-se na amostra não probabilística típica e corresponde aos atendimentos realizados no período de janeiro a outubro de 2008 nos quais conste ocorrência de violência contra a criança. Entende-se por amostras típicas aquelas que são “formadas em função de escolhas explícitas do pesquisador [...] A partir das necessidades de seu estudo, o pesquisador seleciona

casos julgados exemplares ou típicos da população-alvo ou de uma parte desta” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 170).

Com base nesses preceitos, levaram-se em consideração os atendimentos realizados no período de janeiro a outubro de 2008 nos quais houvesse eventos de violência contra a criança; o que correspondeu a 27 ocorrências, dos 39 atendimentos, no período.

Para melhor compreensão dos casos, estabeleceram-se categorias analíticas correspondentes por: sexo, idade, etnia, situação habitacional, constituição familiar, rede de apoio e formas de violência (negligência, abandono, maus-tratos). Categorias que emergiram de um roteiro que serviu de suporte à tabulação e à análise dos dados.

Em virtude dos dados já existirem na situação em estudo, o período a ser analisado pertence ao lapso temporal, o passado entendido como estudo retrospectivo, não havendo, portanto, a necessidade de elaboração do Termo de Consentimento.

Apresentação e discussão dos dados

A espinha dorsal para a compreensão do tema dessa pesquisa, tendo em vista seu objetivo, inicia pela apreensão da magnitude dos principais tipos de violências e do perfil das vítimas e dos autores/autoras da agressão; da capacidade de dimensionar a demanda que requer atendimento de urgência, no sentido de caracterizar as lesões de maior gravidade tanto do ponto de vista físico como do emocional. Bem como da identificação dos fatores de risco e de proteção.

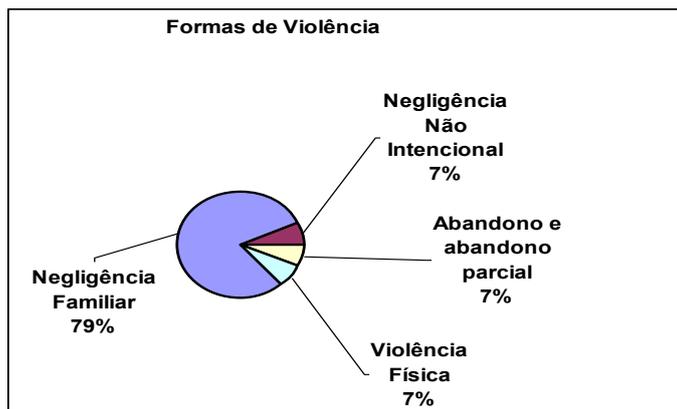
Diversos autores, dentre eles Brito et al. (2005), referem que se dá em maior número, episódios de violência sexual contra crianças do sexo feminino; em contrapartida, o número de notificações referentes à negligência é maior em relação às crianças do sexo masculino.

A amostra efetuada na presente pesquisa constatou que crianças do sexo masculino são as maiores vítimas da violência doméstica, representando 63% do total das crianças envolvidas na amostragem. Outro dado importante revelado é o predomínio da etnia negra entre as vítimas, representando 70% do total. Sendo que 19% são brancos, 4%, pardos e os 7% restantes não informaram a etnia.

Alarmante é a situação verificada na pesquisa sobre o fato de crianças entre um mês e três meses de vida, vítimas da violência doméstica, corresponder a 30% dos casos estudados. A sequência não é menos preocupante: crianças de até dois anos de idade representam 11% da amostra, seguidas pela faixa etária que vai de dois e nove meses e de um, quatro e nove anos de idade corresponder a 35%. Nos 24% restantes estão as crianças de quatro, sete e oito meses e de três, sete e dez anos que, em tese, estariam menos propícias a sofrer alguma forma de violência, pois não se sabe do percentual de casos de violência doméstica, silenciados e “camuflados” nos lares.

As categorias analíticas estão inter-relacionadas. É comum na maioria dos casos, a ocorrência simultânea de duas ou mais formas de violência, que, em última análise, trata-se de negligência familiar, não intencional, física, de abandono e abandono parcial.

Gráfico 1: Formas de violência



Fonte: Caldart et al., 2008.

Embora em alguns registros faltassem informações suficientes para o diagnóstico da violência propriamente dita, a análise e a discussão dos dados propiciaram que se vislumbrassem os indicadores determinantes da existência de algum tipo de violência.

Na categoria analítica, correspondente ao abandono parcial, a equipe constatou sua caracterização por ocasião da internação da criança, quando, conforme preconiza o ECA e os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (BRASIL, 1995), a criança paciente hospitalar tem direito à companhia do adulto responsável durante 24 h.

De uma maneira geral, a negligência representou 86% dos casos. Todavia, no sentido de cumprir com a distinção das categorias definidas, em que negligência não intencional não está incluída nas negligências familiares, no gráfico apresentado estão separadas as diferentes formas de negligências.

Exemplos da predominância de evidências de negligência estão em situações que passamos a relatar:

- internação da criança em consequência de problemas respiratórios com histórico de pais que fumam no mesmo ambiente em que vive a criança; discurso ambíguo dos pais, em contraste com a realidade revelada pelos profissionais da rede de apoio. Nestes exemplos, observa-se que não há uma simples contradição, mas uma contradição que pode interferir na saúde da criança, compreendendo o conceito ampliado de saúde conforme a Lei 8.080/90 que visa, dentre outros aspectos, perceber os sujeitos para além da doença, contemplando aspectos biopsicossociais, ou seja, percebendo o sujeito na sua integralidade.
- há expediente da família no Conselho Tutelar; criança não é vacinada ou possui vacinas atrasadas; durante a gravidez, mãe ingeriu drogas (álcool, tabaco e outras); ausência de pré-natal; relato de violência de gênero junto à Delegacia especializada; recusa de pensão alimentícia em casos de pais separados; repetidas internações da criança; histórico de violência doméstica. Percebe-se que não é uma história linear, pois há avanços e retrocessos. No que diz respeito aos retrocessos, acredita-se, por exemplo, que a causa da internação da criança pode ser em decorrência da falta de cuidados de proteção os quais são garantidos à criança através do ECA e da Lei 8.080/90.

Os exemplos acima citados, que ilustram formas de negligência, representam demandas coletivas, pois foram identificadas no mínimo em mais de um atendimento realizado. Na maioria dos casos, a violência de gênero é análoga às diferentes formas de violência contra a criança, tendo sido,

inclusive, considerada como categoria emergente.³ De acordo com a Unesco (2008), cerca de 30 estudos no mundo mostram que de 20 a 50% das mulheres, mães de crianças vítimas de violência doméstica, sofreram algum tipo de violência pelo marido ou pelo companheiro e no Brasil acredita-se que esse número ultrapasse a 300.000 mulheres por ano.

Além da violência de gênero, são consideradas como categorias emergentes a presença de dependência química, a falta de vínculo com a escola, a juventude e o ato infracional, a fuga hospitalar e o óbito.

No que diz respeito às formas de vínculo,⁴ foi levada em consideração a afetividade demonstrada pelo pai nas visitas à criança hospitalizada; a atitude da mãe que, não podendo estar presente, solicita ao SS que transmita à criança sua atenção e pela observação do profissional do SS da relação afetiva entre a criança e a mãe durante o *round*. O estudo observou ainda a manutenção inalterada do vínculo da criança em relação à família, até como fonte de segurança, na medida em que compreendia a impossibilidade de receber visita da família em função de trabalho.

Quanto à presença da dependência química, foi possível caracterizá-la pela utilização de drogas lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (exemplo: maconha, crack) pela mãe – durante a gestação ou não – e/ou pelo pai. O vínculo com a escola se caracterizou pelos seguintes eventos: infrequência, evasão escolar e nunca ter frequentado a escola. De acordo com o Manual Merck, a utilização de drogas pode provocar inadequação alimentar, de cuidados e de atenção à criança; e crianças vítimas de negligência podem ter infrequência escolar.

Adolescente em conflito com a lei, caracterizou-se pelo responsável do sexo masculino em regime fechado na Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE), que comparecia nos horários de visita. Segundo Gomide e Rocha (2008) a negligência está relacionada ao comportamento antissocial: infrator.

Como desfechos de algumas situações, surgiram a fuga hospitalar e o óbito. O primeiro diz respeito à saída do HU da mãe com a criança internada sem que estivesse com o tratamento concluído. O óbito foi entendido pelo falecimento da criança que se encontrava internada. Para Guerra (2008), a violência caracteriza-se pela negação de valores universais que, dentre eles, está a vida.

Diante do exposto acima, percebe-se que as categorias emergentes podem ser fatores determinantes para a identificação das diferentes formas de violência constatadas na pesquisa. Estas categorias se encontram presentes nas categorias: negligência familiar e negligência não intencional. Com relação à negligência, foi possível constatar aspectos relacionados à faixa etária e profissão dos responsáveis, constituição familiar, situação habitacional e rede de apoio.

Em relação à faixa etária dos responsáveis pelas crianças, verificou-se que, no sexo feminino, 30 % estão na faixa etária dos 22 anos de idade; 30 %, na faixa dos 31 anos; 20%, na dos 30 anos e outros 20%, na faixa dos 25 anos de idade. No sexo masculino, 15% correspondem aos de 18 anos de idade; outros 15% aos de vinte anos; 14% os na faixa de 22 anos; 14% na faixa dos 30 anos; e 42% entre 32 e 34 anos de idade.

Observa-se o predomínio do modelo de família monoparental feminina – 31%, (modelo em que vive um único progenitor com os filhos que ainda não são adultos segundo Vitale, 2002); seguida do modelo de família nuclear – 30% (definida pela composição dos seguintes integrantes: mãe, pai e filhos biológicos segundo Mito, 1997); o modelo de família extensa, 22% (em que estão presentes três ou quatro gerações da família: pai, mãe, filhos, primos, tios, avós, segundo Kaslow (2001, apud SZYMANSKI, 2002); e, 17% formada pelo modelo de família extensa do tipo reconstituída/recomposta (constituída após o divórcio e a separação, possuindo como integrantes: pai ou mãe, padrasto ou madrasta, filhos por parte de mãe, por parte de pai, e filhos que nasceram a partir da nova união, segundo Mito, 1997).

Segundo a PUCRJ (2006), em relação à questão judicial, observa-se que famílias envolvidas em denúncias de negligência apresentam-se no início dos autos processuais da seguinte forma: 12 famílias monoparentais (11 femininas e uma masculina); três nucleares; duas reconstituídas e quatro sem dados

informativos. No final da ação judicial, 14 famílias foram identificadas com características monoparentais femininas; duas reconstituídas; uma nuclear e de cinco não foram obtidas informações.

Constata-se, pelo estudo dos casos, a importância da tríade criança-família-sociedade, tendo por base a família. Carvalho (2008, p. 274) complementa que a família “é interface necessária na esfera pública” e observa que, independente das alterações, mudanças e crises por que a família vem passando, a mesma representa “um forte agente de proteção social de seus membros: idoso, doente crônico, crianças, jovens, desempregados”.

A família, enquanto agente de proteção social, depara-se diante da esfera pública a partir da questão da sobrevivência, aqui representada pelo emprego; da esfera habitacional, a partir do número de peças nas habitações; e pela inserção em rede de apoio e proteção, com a vinculação às instâncias da rede. No estudo efetuado, os responsáveis pelas crianças vitimadas são do lar (75%), ou possuem vínculo empregatício formal/informal de baixa remuneração (25%), trabalhando como domésticas, garis, profissionais do sexo, em reciclagem e como cozinheira.

Em relação às profissões do sexo masculino, 13% atuam como serventes de obras, 8% como auxiliares de serviços gerais, 8% cumprindo pena privativa de liberdade e os restantes 71%, distribuídos entre desempregados e trabalho em reciclagem, olaria, ferro-velho, marcenaria, mecânica, lavador de carro, flanelinha, frentista, segurança e portaria em prédios.

A questão da condição de habitação (própria, alugada, financiada ou adquirida gratuitamente) não foi abordada pelo presente estudo. Contudo, entende-se que a inserção dessas famílias em programas habitacionais é de suma importância para o enfrentamento das desigualdades e da pobreza expressas nessa pesquisa. Afinal, constatou-se que residem em habitações predominantemente com uma, duas, três e quatro peças, correspondendo a 25% cada, seguidas das de cinco peças, correspondendo a 20%. Nestas habitações, residem cinco pessoas (22%), seguidas de quatro, seis e oito pessoas (14% cada). Acredita-se que a categoria anterior está diretamente relacionada a esta categoria, pois Guerra (2008) relaciona a condição de habitação com a situação econômica que, por sua vez, é determinada pelo emprego.

Outro item verificado na pesquisa foi o de que 70% do público-alvo do estudo têm acesso aos serviços públicos existentes, tais como eletricidade e água encanada, 17% das famílias incluídas na pesquisa estão vinculadas a uma ou mais instâncias da rede de apoio. Dessas, 10%, ao Programa Bolsa-Família; 9% aos módulos conveniados de Assistência Social do Município; 4% possuem vínculo com o INSS em virtude do Benefício de Prestação Continuada; 4% vinculadas a instituições de atendimento a pessoas com deficiência; 4% frequentam creches comunitárias; 3% participam de ações de Organizações Não Governamentais; 3% são acompanhadas pelo Ministério Público; 3% estão inseridas no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil do Governo Federal; 1% recebe acompanhamento do Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente e 1% está vinculado à FASE, sendo que 58% não estão vinculadas a qualquer programa de apoio.

Todas as suspeitas de violência identificadas foram notificadas aos devidos órgãos competentes: Vigilância Sanitária e Conselho Tutelar. E, em casos muito graves, foi notificada igualmente, à Promotoria da Infância e da Juventude.

Considerações finais

O PREMUS/PUCRS, regulamentado pelas leis 11.129/05 e 1.111/05, contribui com a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade, a promoção, a proteção e a prevenção da saúde, possuindo como eixo norteador a materialização e a operacionalização dessas políticas e com a cura e reabilitação nos diferentes níveis de atenção à saúde, tendo em vista a consolidação dos princípios do SUS, em consonância com as Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Nesse contexto, insere-se o trabalho desenvolvido pelas equipes multidisciplinares o qual compreende o desenvolvimento de um processo sistematizado de acompanhamento permanente e avaliação. Este processo permite o conhecimento da repercussão das ações em face da ocorrência de violência contra a criança, paciente das Unidades Pediátricas do HU, bem como acerca das consequências decorrentes desses eventos, sobretudo no tocante à recuperação e à reabilitação das crianças vitimadas.

Os dados apontam que crianças do sexo masculino, de etnia negra, com idade inferior a 10 anos de idade, pertencentes a famílias monoparentais, seguidas das nucleares, são vítimas principalmente de negligência familiar. Estas famílias residem com cinco integrantes em habitações de uma, duas, três e quatro peças. Observa-se que as famílias encontram-se vinculadas à rede de apoio e proteção à criança em virtude de algumas famílias estarem vinculadas a mais de uma instância da rede.

Com relação às crianças vítimas de negligência, observa-se que a maioria dos responsáveis do sexo feminino possui 22 e 31 anos de idade, sendo do lar e os do sexo masculino possuem 18 e 21 anos de idade, sendo trabalhadores. Como fatores determinantes da violência física, abandono e abandono parcial, negligência (familiar e não intencional), destaca-se a violência de gênero, dependência química, falta de vínculo com a escola, juventude e ato infracional, fuga hospitalar e óbito.

Além disso, a possibilidade de incorporar novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados à violência e à realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática. Para o desenvolvimento desse processo, foram definidos parâmetros, critérios e metodologias específicas, capazes de, inclusive, favorecer o conhecimento da repercussão das medidas levadas a efeito pelos setores com os quais se buscou estabelecer parcerias (rede de apoio, Conselho Tutelar, ...), bem como a sua contribuição para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 7º (Lei 8.080/90), que destaca o conceito e a importância do princípio da integralidade.

O presente artigo demonstrou a importância das políticas intersetoriais na área da saúde, assistência social, educação, habitação, emprego para que a família possa exercer a sua função protetiva, pois verificamos que a violência cometida contra a criança está associada a uma rede complexa de fatores associados à violência doméstica e estrutural. Faz-se urgente a implementação das políticas públicas em acordo com a legislação vigente que visem à proteção à criança e sua família para que não se reproduza o ciclo de vitimização e sofrimento nas gerações futuras. Os profissionais da saúde devem estar atentos para as questões implícitas à violência doméstica, levando em consideração o contexto social em que a criança e a família estão inseridas para ter uma compreensão mais ampla e uma qualificação no atendimento, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas famílias.

Referências

- Agência de Notícias dos Direitos das Crianças. In: Negligência familiar está entre as principais formas de violência contra crianças, 19/01/07. Disponível em: <http://www.andi.org.br/noticias/templates/template_pautas.asp?articleid=15867&zoneid=18>. Acesso em: 06 jun. 2009.
- AZAMBUJA, Maria Regina Fay de. Violência intrafamiliar: é possível proteger a criança? Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, c1977.
- BOWLBY, John. Tradução Álvaro Cabral. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 1993.
- _____. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2005.
- _____. Lei Orgânica de Saúde, Lei 8.080/90. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 mar. 2005.
- _____. Lei 11.129. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 01 nov. 2007.
- _____. Lei Orgânica de Saúde, Lei 8.142/90. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 mar. 2005.

_____. Portaria 1.111/05. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1111_republica.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2007.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução 41 de outubro de 1995 (DOU 17/19/95).

_____. *Código Civil Brasileiro*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

BRITO, Ana Maria M.; ZANETTA, Dirce Maria T.; MENDONÇA, Rita de Cássia V.; BARISON, Sueli Z. P.; ANDRADE, Valdete A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a15v10n1.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2009.

CALDART, Pâmela et al. Mapeamento das situações de violência contra as Crianças atendidas na Internação Pediátrica e na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico de um Hospital Universitário sob o prisma do Serviço Social. Relatório de pesquisa da Residência Multiprofissional em Saúde da PUCRS, 2008.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Famílias e políticas públicas. In ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller (Org.). *Família laços e políticas públicas*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CENTRO Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/claves>>. Acesso em: 19 jun. 2009.

CURY, Carlos Roberto Jamil. *Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FARINATTI, Franklin. *Pediatria social: a criança maltratada*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

FERREIRA, Ana Lúcia; GONCALVES, Hebe Signorini; MARQUES, Mário José Ventura et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 123-130, 1999. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7135.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2007.

FENSTERSEIFER, Liza; BRAGA, Mariana da Silva. O encontro da violência com a mentira: síndrome de Münchhausen por Procuração / The encounter of violence with lie: Münchhausen Syndrome by Proxy. *Psico*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 181-194, jan./jun. 2003.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMIDE, Paula; ROCHA, Giovana Munhoz da. A educação no combate as drogas. Disponível em: <<http://www.antidrogas.curitiba.pr.gov.br/docs/>>. Acesso em: 28 jun. 2009.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

HADDAD, Ana Estela et al. Texto de referência para discussão nas Oficinas do I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Hotel San Marco, 1 e 2 de dezembro de 2005. Disponível em: <<http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/TextodeReferencia.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2007.

HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo: Cortez, 1983.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro e São Paulo: Paz e Terra, 1986.

KRUG, E. G. et al. (Ed.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

MARTINELLI, Maria Lucia. *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999.

MANUAL Merck. Seção 23 – problemas de saúde na infância. Capítulo 274 – Abusos e negligência mental. Disponível em: <http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec23_274.htm>. Acesso em: 28 jun. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 20, n. 3, maio/jun. 2004, [citado 22 Maio 2006], p. 646-647. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300001&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

_____. Violência, direitos e saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. *Revista Serviço social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, ano 18, n. 55, nov. 1997.

MIRANDA, Maria Inês Ferreira de et al. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente em idade escolar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/>. Acesso em: 05 out. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.who.int/es/index.html>>. Acesso em: 20 set. 2008.

PAVIANI, Jayme. Disciplina e interdisciplinaridade. *Revista de Estudos Criminais*, ano 3, n. 12, 2003.

POLÍTICA Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Portaria GM/MS 737 de 16/05/01 publicada do DOU n. 96 SEÇÃO 1e – DE 18/05/01. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2008.

PUC/RJ – Certificação Digital Nº 0310209/CA. A realidade social revelada nos estudos sociais. Disponível em: <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0310209_05_cap_05.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2009.

QUAGLIA, Márcia de Castro; MARQUES, Mirim Fonte. A assistência hospitalar na intervenção das situações de violência infantil: relato da experiência do Programa de Proteção à Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. In: AZAMBUJA, Maria Regina Fay de; SILVEIRA, Marita Viana; BRUNO, Denise Duarte; SANTOS, Felipe Brasil (Org.). *Infância em família: um compromisso de todos* [anais]. Porto Alegre: Instituto Brasileiro de Direito a Família, 2004.

RODRIGUES, Eliana Aparecida Palu. A dimensão social da violência infanto-juvenil. Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina: *Serviço Social em Revista*, v 2, n. 1, jul./dez. 1999. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_violencia.htm>. Acesso em: 24 nov. 2007.

SZYMANSKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, ano 23, n. 71, set. 2002.

UCHÔA, Alice da costa; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=318>. Acesso em: 28 out. 2007.

TÜRCK, Maria da Graça. *Processo de trabalho do assistente social: elaboração de documentação*. Porto Alegre-RS: 2006/02, caderno Graturck, n. 001.

UNESCO. Releases de imprensa 2008: Concerto lança campanha contra violência de gênero. Disponível em: <<http://www.brasilia.unesco.org/noticias/releases/Releases2008/concertodiadamulher>>. Acesso em: 21 jun. 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2003.

VITALE, Maria Amália Faller. Famílias monoparentais: indagações. *Revista Serviço social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, ano 23, n. 71, set. 2002.

¹ Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/claves>>. Acesso em: 19 jun. 2009.

² A pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social da PUCRS e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HU, atendendo as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

³ As demais categorias emergentes encontram-se na sequência.

⁴ A formação de um vínculo é descrita como “apaixonar-se”, a manutenção de um vínculo como “amar alguém” e a perda de um vínculo como “sofrer por alguém” (BOWLBY, 1982, p. 123).