

RUTH MARIA DE CASTRO NEVES

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA: UM
LEVANTAMENTO A PARTIR DE INQUÉRITOS POLICIAIS
REGISTRADOS NA DELEGACIA DE REPRESSÃO AO CRIME
CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE, EM SALVADOR, ENTRE
2013 E 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aos
Programas de Estudos, Pesquisas e Formação em
Políticas e Gestão em Segurança Pública –
PROGESP como requisito parcial para obtenção de
titulação de Pós-Graduação *lato sensu* em Prevenção
da Violência, Promoção da Segurança e Cidadania.
III CEPREV - UFBA

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Alice Jesus de Pinho

Salvador
2017

Ao meu pai, Manoel (in memoriam), a
saudade eterna,
A Iêda, minha mãe, por ter me ensinado
a valorizar o conhecimento e o
aprendizado,
Manoel, filho querido, razão maior de
tudo que hoje faço.

AGRADECIMENTOS

São tantos, e tão especiais...

A Wagner Marinho, meu marido, por tudo: pelo companheirismo, as reflexões, a firmeza nas horas mais difíceis, o apoio imprescindível na realização deste trabalho, sem palavras...

À amiga Zélia Bastos, pelo apoio fundamental, pela escuta atenta e paciente, pela generosidade intelectual, sempre tão atenciosa e receptiva e, acima de tudo, uma mestra.

A minha orientadora Isabel Alice Jesus de Pinho, que me auxiliou em todas as etapas desta pesquisa, sempre tão atenciosa e receptiva.

À professora Andrija Oliveira Almeida, pela colaboração, pelos ensinamentos generosos, orientação e encorajamento nesta pesquisa, tendo influenciado involuntariamente na escolha do tema.

À Delegada de Polícia Titular da Delegacia de Repressão ao Crime contra Criança e Adolescente, Ana Cricia.

Aos meus colegas, os Delegados de Polícia Andréa Ribeiro, André Garcia e Luiz Marcelo, que solidariamente contribuíram para o êxito da conclusão deste trabalho, demonstrando que não são apenas “chefes”, mas, acima de tudo, verdadeiros líderes.

À Polícia Civil deste Estado, que proporcionou a minha participação nesse Curso.

Aos Programas de Estudos, Pesquisas e Formação em Políticas e Gestão em Segurança Pública – PROGESP, realizado pelo III CEPREV - UFBA

A todos os professores e colegas deste Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Prevenção da Violência, Promoção da Segurança e Cidadania, III CEPREV - UFBA, pelo apoio e encorajamento contínuos na pesquisa.

À Coordenadora Ivone Freire Costa, por, com o seu profissionalismo, tornar possível a realização desse Curso.

Muito obrigada por possibilitarem essa experiência enriquecedora e gratificante, de grande importância para meu crescimento pessoal e profissional.

Que nenhuma criança ou adolescente seja deixado em abandono, crueldade, exploração... Que não o caleje o trabalho antes do tempo. Uma criança é uma criança... uma criança. Por isso a pátria da ternura humana.

João de Jesus Paes Loureiro

NEVES, Ruth Maria de Castro. Violência doméstica contra criança: um levantamento a partir de Inquéritos Policiais, registrados na Delegacia de Repressão ao Crime contra Criança e Adolescente, em Salvador, entre 2013 e 2015.

RESUMO

A pesquisa tem por objetivo identificar e analisar os aspectos, modalidades e circunstâncias do crime de violência doméstica contra a criança, a partir do estudo dos Inquéritos Policiais registrados na Delegacia de Repressão ao Crime contra Criança e Adolescente, ocorridos em Salvador, entre o período de 2013 a 2015. O estudo insere-se na abordagem qualitativa e quantitativa, figurando como principal ferramenta metodológica o estudo de caso documental, com a análise de conteúdo, ou seja, a pesquisa se concentra nos estudos desses Inquéritos, envolvendo, a análise das informações nele contidas, buscando o significado dos pronunciados, compreendendo o sentido manifesto ou oculto das linguagens escritas. Em relação à natureza das fontes, tem-se, portanto, a pesquisa documental como a matéria-prima do objeto de estudo. O trabalho de coleta de dados de documentos desenvolveu-se na Delegacia de Repressão ao Crime Contra Criança e Adolescente. O universo dos sujeitos da pesquisa constituiu-se nas crianças (vítimas menores de 12 anos de idade), que sofreram agressões físicas, psicológicas ou sexuais por parte de pessoas que tenham ou tiveram qualquer relação íntima de afeto, vínculos domésticos ou familiares (adoção), que convivem ou tenham convívio com a vítima. A demonstração de como a questão de gênero e de poder pode se revelar no ambiente doméstico e como isso influencia sobremaneira na prática da violência contra criança. Considerando, ainda, a questão cultural referente à forma de educação e a maneira de como a criança é vista e tratada no ambiente familiar e na sociedade. A importância da preocupação do Estado nessa problemática, visto as consequências danosas para as vítimas e seus familiares e suas implicações no desenvolvimento de pessoas saudáveis psicológica e fisicamente, no sentido de a prevenção contribuir, indubitavelmente, para a construção de uma sociedade civilizada, com pessoas capazes para o trabalho e para uma convivência harmônica e feliz. Vê-se, assim, o projeto como forma de contribuir para as ações afirmativas e preventivas, no âmbito federal, estadual e municipal, e ainda, visa lembrar a todos, os educadores, os responsáveis e os familiares de crianças a importância de discutir o assunto, atentando para a existência da problemática.

Palavras-chave: Vitimização direta. Criança. Violência doméstica.

Neves, Maria Ruth Castro. La violencia doméstica contra los niños: un estudio de investigaciones de la policía, registrada en la estación de policía para la represión de los crímenes contra los Niños y Adolescentes en Salvador entre 2013 y 2015.

RESUMEN

La investigación tiene como objetivo identificar y analizar los aspectos, modalidades y circunstancias del delito de violencia doméstica contra los niños, a partir del estudio de las investigaciones policiales registrados en la estación de policía para la represión de los crímenes contra niños y adolescentes, que tuvo lugar en Salvador, entre el período de 2013 hasta 2015. el estudio forma parte del enfoque cualitativo y cuantitativo, que aparece como principal herramienta metodológica para estudiar el caso documental con el análisis de contenido, es decir, la investigación se centra en el estudio de estas encuestas, que implica el análisis de la información contenida en los mismos, buscando el significado de pronunciada entienden el significado manifiesto u oculta los idiomas escritos. En cuanto a la naturaleza de las fuentes, tenemos, por lo tanto, la investigación documental como la materia prima del objeto de estudio. El documento de trabajo de recolección de datos, desarrollado en la represión de la Policía del crimen contra niños y adolescentes. Los sujetos de la investigación del universo se constituyó en niños (menores de 12 años de edad, víctimas), que han sufrido la agresión física, psicológica o sexual por parte de las personas que tienen o han tenido una relación íntima de afecto, los bonos domésticos o familiares (adopción) que viven o han invitar a la víctima. Una demostración de cómo la cuestión de género y la energía se puede revelar en el entorno doméstico y cómo influyen en gran medida la práctica de la violencia contra los niños. Considerando también la cuestión cultural de la forma de la educación y la manera de cómo se ve y se trató en el entorno familiar y social del niño. La importancia de la preocupación del Estado en este tema, ya que las consecuencias perjudiciales para las víctimas y sus familias y sus implicaciones en el desarrollo de las personas psicológicos sanos y físicamente con el fin de evitar que contribuirá, sin duda, para construir una sociedad civilizada, capaz de trabajar y de una coexistencia armoniosa y feliz. Vemos, por lo tanto, el proyecto como una contribución a las acciones afirmativas y preventivas a nivel federal, estatal y municipal, y también tiene como objetivo recordar a todos, educadores, cuidadores y niños de la familia la importancia de discutir la tema, teniendo en cuenta la existencia del problema.

Palabras clave: Victimización directa. Niño. La violencia doméstica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA	12
2.1	O CONTEXTO HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA, NA PERSPECTIVA ECONÔMICA E SOCIAL	12
2.2	NA ÓTICA INTERPESSOAL ADULTO/CRIANÇA	14
2.2.1	ALGUMAS IDEIAS SOBRE A VIOLÊNCIA DISPENSADA À CRIANÇA	14
2.2.2	UM BREVE COMENTÁRIO SOBRE O SURGIMENTO DO ESTUDO CIENTÍFICO EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA	17
2.3	A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA ENQUANTO ESTUDO CIENTÍFICO NO BRASIL	20
2.3.1	O ASPECTO DO TEMA NO ASPECTO POLÍTICO E LEGAL	20
3	A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA OU INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA	
3.1	FORMAS DE VIOLÊNCIA: FÍSICA, PSICOLÓGICA, SEXUAL E NEGLIGÊNCIA	25
3.1.1	VIOLÊNCIA FÍSICA	26
3.1.2	VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	27
3.1.3	VIOLÊNCIA SEXUAL	29
3.1.4	NEGLIGÊNCIA	30
4	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	32
4.1	DESCRIÇÃO DOS CASOS REGISTRADOS NOS INQUÉRITOS POLICIAIS, CONSIDERANDO A TÉCNICA DE AMOSTRAGEM PARA DEFINIR QUAIS OS INQUÉRITOS A SEREM ANALISADOS, NO PERÍODO ENTRE 2013 E 2015	32

4.2	ASPECTOS	E	QUESTÕES
ÉTICAS.....			33

5 OS INQUÉRITOS POLICIAIS E OS RELATOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL.....	34
5.1 OS EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA INFANTIL.....	37
5.1.1 UMA BREVE RECONSTITUIÇÃO DOS RELATOS.....	37
5.2 UM BREVE RELATO ACERCA DO PARENTESCO NATURAL, POR AFINIDADE E CIVIL.....	38
5.2.1 PARENTESCO NATURAL.....	38
5.2.2 PARENTESCO POR AFINIDADE.....	38
5.2.3 PARENTESCO CIVIL.....	38
5.3 DADOS CONTEXTUAIS DA INICIATIVA DE NOTICIAR O CRIME DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR INFANTIL.....	40
5.3.1 NOTÍCIA DO FATO À POLÍCIA OU AO CONSELHO TUTELAR PELO VIZINHO AO PARENTE PRÓXIMO.....	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS	46
ANEXO	49

INTRODUÇÃO

Desta forma, levando em consideração a importância do tema e a existência de lacunas nas pesquisas científicas em torno das características, das modalidades, dos perfis das vítimas e dos agressores e da motivação do crime de violência doméstica contra criança, é que se sugere o presente estudo, no intuito de responder, quais as características gerais dos casos de violência doméstica contra criança, encontradas nas análises feitas a partir de Inquéritos Policiais registrados em Salvador, na Delegacia de Repressão ao Crime contra Criança e Adolescente, entre o período de 2013 e 2015.

A escolha do tema se deu, devido ao fato das experiências adquiridas, durante os trabalhos realizados, em Delegacias de Polícia, nas cidades do interior deste Estado, em que se verificou uma grande incidência de tais crimes, no âmbito familiar, e a dificuldade de a família aceitar o fato, bem como na sua desestruturação depois de comprovado o evento, considerando a importância da família em seu sentido amplo, para a formação do indivíduo em sociedade.

Também foi motivo relevante para a escolha do tema, a constatação dos danos causados nas vítimas e em seus familiares, prejudicando, desta forma, a construção de uma sociedade saudável, produtiva e harmoniosa. Devendo ser objeto de estudo formas de dar conhecimento sobre a temática que envolve a violência intrafamiliar sofrida por criança, construindo novos valores sociais e culturais, a fim de eliminar todas as formas de exclusão, preconceito e, assim, diminuir a incidência de violência intrafamiliar.

Para a viabilidade da pesquisa, estabeleceu-se como objetivo geral “Caracterizar de forma geral os casos de violência doméstica contra criança, registrados na Delegacia de Repressão ao Crime contra Criança e Adolescente, entre o período de 2013-2015”, que foi desdobrado em quatro objetivos específicos, quais sejam: - Identificar os tipos/modalidades de violência contra criança; - descrever o perfil das vítimas e dos agressores; - descrever o contexto e as circunstâncias das ocorrências dos casos de violência contra criança; - identificar quais as medidas adotadas pelo Estado em relação à vítima de violência.

Utilizou-se a abordagem qualitativa e quantitativa, de natureza descritiva, no que se refere a metodologia científica, envolvendo, eventualmente, diversas referências epistemológicas. Privilegiou-se, no entanto, a metodologia de análise documental e de coleta de dados, esta, no que se refere as estatísticas encontradas no período em questão. Considerou-se, também, a análise de conteúdo e de informação, a ser realizada nos Inquéritos Policiais, objeto de estudo,

buscando o significado dos pronunciados, compreendendo o sentido manifesto ou oculto das linguagens escritas. Finalmente, em relação à natureza das fontes, tem-se a pesquisa documental como a matéria-prima do objeto de estudo.

Assim, foram realizadas visitas na Delegacia de Repressão ao Crime contra Criança e Adolescente, sendo selecionados os Inquéritos Policiais, registrados no período entre 2013 e 2015. Depois, foram excluídos das pesquisas os inquéritos que figuravam como vítimas, os adolescentes. Finalmente, separou-se os inquéritos que referiam apenas às infrações delituosas em face de violência doméstica ou intrafamiliar, seja de natureza física, material (negligência), psicológica ou sexual.

Ocorre que, apenas no ano 2013, após as exclusões acima mencionadas, restaram 170 Inquéritos, não sendo assim, razoável analisar cada um, separadamente, considerando ainda, os anos de 2014 e 2015. Razão pela qual, fez-se a pesquisa através da técnica de amostragem representativa. Desta forma, os Inquéritos selecionados, referente ao ano de 2013, estão com os números originais da Unidade Policial, consoante tabela, e também numerados de 1 a 170. Fez-se o sorteio de 5%, ou seja, de 8,5 ou 8(arredondado) Inquéritos foram sorteados aleatoriamente, sendo o objeto de estudo.

No ano de 2014, foram registrados 633 Inquéritos Policiais, após as exclusões pertinentes, restaram 198 Inquéritos, e através da técnica de amostragem representativa, foram selecionados aleatoriamente 5% dos 198, equivalendo, então, a 9 Inquéritos Policiais, sendo estes o objeto de estudo.

No ano de 2015, foram registrados 427 Inquéritos Policiais, feitas as devidas exclusões, restaram 148 inquéritos, sendo objeto de estudo 07(sete) inquéritos.

O trabalho está estruturado em seis capítulos, com as considerações finais. No primeiro, apresenta-se esta Introdução, com o resumo e as delimitações do trabalho. No segundo, mostra-se o contexto histórico no tratamento da família e da sociedade com a criança, nas perspectivas econômica, social e interpessoal entre adulto e criança.

No terceiro capítulo, abordaram-se teorias e estudos anteriores relativos à temática em foco, delineando sobre os aspectos das violências físicas, psicológicas, sexuais e negligências contra criança. E, a violência doméstica ou intrafamiliar neste contexto.

No quarto capítulo, realizou-se a reconstituição dos casos descritos nos Inquérito Policiais, delineando os tipos de violência, os gêneros dos agressores e das vítimas, fazendo comparações e equivalências, um com o outro.

O quinto capítulo, tratou-se da análise do conteúdo, observando as características, o contexto econômico e social das vítimas e agressores, a forma como é recebida pela família a comprovação do fato, a influência ou não da ingestão de álcool pelos agressores, a reincidência do evento da mesma família. As medidas tomadas pela família e sua eficácia.

Nas considerações finais, enfatiza-se a responsabilidade do Estado e da Sociedade no combate e na prevenção da violência contra criança, e as consequências nefastas para o futuro das vítimas de violência doméstica, caso não haja um aparato familiar e estatal no sentido da inserção social e da reconstrução do curso da vida. Salientando que, a construção de um mundo saudável e produtivo depende impreterivelmente de pessoas saudáveis e laborativas, o que dar-se-á com o cuidado e zelo das crianças.

2 HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA

2.1 O CONTEXTO HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA, NA PERSPECTIVA ECONÔMICA E SOCIAL

No Brasil Colônia, a criança era tratada no Brasil Colônia como miúdo ou ingênuo, até os 7 a 8 anos de idade. Ingênuo, devido acreditar-se que a criança até essa idade não fazia a diferença entre o bem e o mal, vindo a diferenciar o bem do mal, apenas com a primeira comunhão, ingressando na vida religiosa e social. No século XIX, o Brasil era uma grande fazenda e mesmo nas cidades principais como as portuárias, orbitavam o calendário religioso, onde as crianças participavam de procissões, etc..

Assim, nessa época, a infância estava relacionada a uma Esperança, a um vir a ser, e não a um estado presente, e se definia de acordo com a questão econômica e social. Se a criança pertencia a elite, ela teria uma infância como a que é encontrada hoje, com brincadeiras e educação. Mas, se fosse filha de escravo ou de agricultores pobres estava condenada ao trabalho condizente com a sua idade.

Verifica-se isso, quando se constata, por exemplo, que a primeira Escola Pública, que foi criada no Brasil por Dom Pedro II, era apenas para crianças de elite ou de classe média alta.

Após o término da Segunda Guerra Mundial, o Brasil que era predominante rural, fundado na exportação de produtos de base agrícolas, começa a ser substituído por uma sociedade urbana e industrial, mas sempre se situando na periferia da economia mundial.

Esse modelo econômico, que tinha a forte exploração da mão-de-obra, levou a uma distribuição de renda das mais desiguais do mundo, e aumentou consideravelmente as famílias pobres, seja no campo ou na cidade.

Assim, as condições das crianças, no Brasil Colônia, eram bastante precárias e não condizentes com o período vulnerável, que é o infantil, principalmente, para aquelas econômica e socialmente desfavoráveis.

De 1964 a meados da década de 1980, o país viveu sob um regime autoritário, de extrema direita:

A política econômica instaurada pelos militares procurou consolidar o capitalismo de corte monopolístico, mais uma vez às expensas da classe trabalhadora: exacerba-se a exploração da força de trabalho, fortalecem-se os

interesses das burguesias nacionais e estrangeira, aumenta a concentração de capital. As medidas de combate à inflação transferem seu ônus ao trabalhador, para que as alterações do custo de reprodução da força de trabalho não sejam repassadas ao âmbito das empresas. (Ammann, 1995).

No final de 1970, inicia-se um processo de luta pela redemocratização do país, ao tempo que a economia entra em colapso devido a problemas inflacionários.

Em 1980, vê-se em vários países problemas de ordem econômica, inclusive no Brasil. Desta forma, as profundas desigualdades sociais têm um reflexo direto na condição de vida da criança brasileira, como alto índice de mortalidade infantil, incluindo aqui a precariedade de saneamento básico e saúde da população, e a constatação da utilização da força de trabalho de criança na zona rural. Nessa época, iniciou-se a primeira pesquisa sistemática de vitimização de crianças e adolescentes através de assassinatos, e as difíceis condições materiais de existência, vislumbrando a possibilidade de a infância brasileira ser exterminada, como narra o livro: *Vidas em risco¹: assassinatos de crianças e adolescentes no Brasil*, esse livro revela a morte de crianças e adolescentes por grupos organizados de extermínio ou pela própria polícia, sendo baseado no noticiário da imprensa, em que se investigou as regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro e Recife no ano de 1989. Tendo como resultado da pesquisa: 457 (quatrocentos e cinquenta e sete) assassinatos. Essa publicação gerou uma Comissão parlamentar de Inquérito na Câmara Federal, em 1991. O relatório desta Comissão indicou uma série de violências cometidas contra criança e adolescente no Brasil, confirmando, ainda, a existência de extermínio.

Vale lembrar, a postura da sociedade no sentido de legitimar essas mortes. Muitas pessoas, além de não se sentirem indignadas com este tipo de acontecimento, procuram justificativas para ele, no intuito de legitimar essas execuções. É a tentativa de vinculá-las ao tráfico de drogas, ao cotidiano da marginalidade, a qualquer ação perpetrada pela vítima que a tornaria fatalmente alvo deste tipo de delito. Nesta busca incessante de legitimação da violência sofrida, a vítima aparece muito mais como ré, e a morte violenta, através do assassinato, como algo que se buscava e que finalmente se encontra.

¹ Vidas em risco: Assassinatos de Crianças e Adolescentes no Brasil (1991), MNMMR, IBASE, NEV-USP, Rio de Janeiro.

Em contrapartida, quando a vítima pertence a estratos mais ‘elevados’ na sociedade existe uma comoção pública. Desta maneira, é um estigma que as crianças e adolescentes carentes levam, a ponto de serem vistos, como potencialmente agressores e nunca como vítimas de uma determinada situação. Evidencia-se, assim, que os assassinatos de crianças e adolescentes, na forma de extermínio, incidem sobremaneira nas classes menos favorecidas.

Diante do exposto, poder-se-ia depreender que a violência estrutural (social e econômica) é a única forma de vitimização de crianças. No entanto, por vezes, coexistindo com ou sem ela, existe a violência de cunho interpessoal, perpetrada por adultos contra crianças.

2.2 NA ÓTICA INTERPESSOAL – ADULTO / CRIANÇA

2.2.1 ALGUMAS IDEIAS SOBRE A VIOLÊNCIA DISPENSADA À CRIANÇA

A violência dispensada à criança, no aspecto interpessoal, verifica-se na relação entre o adulto e a criança, seja no âmbito intrafamiliar, educacional ou institucional. Pode-se caracterizar pela violência física, psicológica, sexual e negligência.

Alguns filósofos discorreram sobre o assunto, dentre eles John Locke, o qual, em 1693, publicou uma obra sobre a infância – Da Educação das Crianças, tendo se tornado um livro bastante popular. Na França foram 16 edições, sendo traduzida pela primeira vez por Pierre Coste, em 1695. Na Itália foram 6 edições e traduções em alemão, sueco, holandês e espanhol. Nesta obra, John Locke² versa:

Todo conhecimento decorre da experiência concreta, através do que nossos órgãos do sentido captam. Quando nasce, o indivíduo é como um balde, uma forma vazia, dentro da qual a experiência do mundo vai depositando sua substância. Nessa abordagem, a criança é então como uma tábua rasa, uma folha em branco que deve ser preenchida ao sabor dos fatos exteriores. É um ser incompleto, um vácuo inicial". (Azevedo, 1991).

² - Da Educação das Crianças (1693), Jonh Locke.

Assim, na compreensão de Locke a criança deveria ser moldada de acordo com a vontade do adulto. Em relação aos castigos físicos, este filósofo e médico acreditava que estes, deveriam vir acompanhados do ato de fazer a criança sentir culpa ou vergonha por suas ações. Considerando, no entanto, que os castigos físicos deveriam ser utilizados em casos excepcionais. A criança teria que entender, segundo Jonh Locke, que o adulto, além de ser mais poderoso, sempre estaria certo.

Pollock (1990) ao trabalhar com as questões de disciplinas das crianças no lar, no período de 1500 a 1900 (Estados Unidos e Inglaterra), relata-nos que, nos textos por ela consultados e relativos ao século XVIII, autobiografia de uma pessoa intitulada Grant foi o primeiro trabalho que encontrou no qual se descrevem cenas de crueldade. Segundo ela, (...) os pais de Grant foram influenciados por teóricos como Locke que propôs banhos frios como uma forma de fortalecimento das crianças; o mais grave, entretanto, é que os pais de Grant levaram esta teoria ao extremo, pois submergiam seus filhos em água fria no sereno das madrugadas. Sommerville (1982) coloca (...) que é desapontador perceber que Locke quase nem toca no processo de educação das meninas... quando fala de disciplina, não sugere uma abordagem mais tolerante para com as meninas. De fato, o seu exemplo mais extremo é o de uma criança que foi espancada 8 vezes num dia (mais não necessitou disso depois) – ela era uma menina. (GUERRA, 1998)

Os trabalhos de John Locke foram amplamente divulgados em jornais e dedicados à vida familiar. É importante considerar o momento histórico, social e político da época, e dessa forma, entender a contribuição de Locke para a educação infantil, incentivando os pais a educar seus filhos com valores morais e desenvolver o intelecto. E, ainda, vale lembrar que em seu ensino Locke apreciava a educação física, uma prática desconsiderada na Idade Média.

Surge outro conjunto de ideias na França, em 1762, por meio da obra Emílio ou Da Educação³, feita por Jean-Jacques Rousseau, o qual pensava que a natureza era a fonte da bondade e que as instituições eram a causa da maldade no mundo.

Em termos de castigo infantil no processo de educação das crianças, diz-nos ele:

Não esquecerei nunca de ter visto um desses incômodos manhosos batido pela ama. Calou imediatamente; imaginei-o intimidado. Dizia-me: será uma alma servil da qual nada se obterá a não ser rigor. Enganava-me: o

pobrezinho sufocava de cólera, perdera a respiração; eu o vi de tornar roxo. Momentos depois vieram os gritos agudos; todos os sinais do ressentimento, da raiva, do desespero dessa idade, estavam nele. Receei que morresse nessa agitação. Se eu houvesse duvidado de que o sentimento do justo e do injusto é inato no coração do homem, esse simples exemplo me teria convencido. Estou certo de que uma brasa caída por acaso na mão dessa criança lhe teria sido menos sensível do que a pancada bastante leve, mas dada com a intenção manifesta de ofendê-la.

Não deis a vosso aluno nenhuma espécie de lição verbal; só da experiência ele as deve receber; não lhe inflijais nenhuma espécie de castigo, pois ele não sabe o que seja cometer uma falta. Homens sejais humanos.... Amai a infância... por que encher de amarguras e de dores esses primeiros anos tão rápidos, que não voltarão nem para eles, nem para vós?... Mas quem vos diz que todo esse arranjo está à vossa disposição e que todas essas belas instruções com que encheis o fraco espírito de uma criança não lhe serão um dia mais perniciosas do que úteis? Quem vos assegura que lhe poupais alguma coisa com as amarguras que lhe prodigalizais.

Rousseau tentou questionar através de sua obra um sistema pedagógico despótico, baseado no castigo físico e na intimidação moral. Desejava romper as tradições, impor novos pensamentos, por isso sofreu toda sorte de perseguições, sendo inclusive ameaçado de prisão. Razão pela qual, em seu tempo ele exerceu pouca influência imediata na área de educação.

No campo da educação, o cientista suíço Jean Piaget, durante a segunda metade do século XX, influenciou de forma significativa na observação e estudo do processo de aquisição de conhecimento pelo ser humano, particularmente a criança. Piaget foi biólogo e no estudo das concepções infantis de tempo, espaço, causalidade física, movimento e velocidade, criou um campo de investigação que denominou epistemologia genética, uma teoria do conhecimento centrada no desenvolvimento natural da criança. Segundo ele, o pensamento infantil passa por quatro estágios, desde o nascimento até o início da adolescência, quando a capacidade plena de raciocínio é atingida. Assim, para ele o conhecimento se dá por descobertas que a própria criança faz, o aprendizado é construído pelo próprio aluno e é sua teoria que inaugura a corrente construtivista.

³ De acordo com Greven (1992), Rousseau defrontou-se com punições físicas severas impostas por uma mulher que o criou, tendo em vista que sua mãe faleceu quando ele estava com 8 dias de vida. Foi testemunha do bárbaro espancamento de seu irmão perpetrado por seu pai. Embora o irmão fosse 7 anos mais velho. Rousseau se interpôs entre ele e o pai na tentativa de minimizar este espancamento, recebendo ele também os duros golpes paternos. Sabe-se que Rousseau teve 5 filhos ilegítimos os quais abandonou à roda.

Quanto aos castigos físicos contra criança Piaget, defende que:

A educação quando autoritária reforça a heteronomia da criança e dificulta a formação de pessoas livres, pois é livre o indivíduo que sabe julgar, e cujo espírito crítico, sentido da experiência e necessidade de coerência lógica se colocam ao serviço de uma razão autônoma, comum a todos os indivíduos e que não depende de nenhuma autoridade externa. Com essas preocupações, a autonomia seria o objetivo da educação, sendo favorecida com métodos que privilegiassem a cooperação, numa relação de respeito mútuo e de investigação (PIAGET, 1998).

2.2.2 UM BREVE COMENTÁRIO SOBRE O SURGIMENTO DO ESTUDO CIENTÍFICO EM RELAÇÃO A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA

A França foi o primeiro país a revelar a existência de violência doméstica contra criança, sendo o primeiro estudo científico publicado sobre a violência física doméstica foi realizado por um médico francês, em 1860, o Doutor Auguste Ambroise Tardieu, presidente da Academia de Medicina de Paris, e intitulado: “Étude médico-legale sur las sevices et mauvais traite-ments exercés sur des enfants”, no qual segundo Wolff:

Ele apresenta 32 casos (18 mortos) de crianças submetidas a sevícias, metade das quais com idade interior a cinco anos. Descreve ainda as lesões sofridas, fraturas, queimaduras, hematomas, equimoses etc. o Prof. Tardieu aborda a questão da discordância entre as explicações fornecidas pelos agressores e as características das lesões. Pode-se dizer que o professor foi o primeiro que estabeleceu claramente o conceito de criança maltratada. (Wolff, 1988)

E, ainda, diz o autor:

Entre os numerosos e diversos fatos que compõem a história médico-legal das pancadas e ferimentos, há um que forma um grupo completamente separado do resto. Estes fatos que até agora permaneceram em total obscuridade merecem, por mais de uma razão, serem trazidos à luz do dia.

Refiro-me aqueles relativos ao tratamento brutal e cruel do qual algumas crianças são vítimas e imposto por seus pais, seus professores, por aqueles que exercem uma autoridade mais ou menos direta sobre elas... desde a mais tenra idade estas indefesas e desafortunadas crianças passam a cada dia e a cada hora pela mais severa crueldade...por punições corporais violentas , torturas que encham de horror a nossa imaginação, que consomem seus corpos, encurtam suas vidas e finalmente a coisa mais inacreditável é que os executores destas crianças são na maioria das vezes aqueles que lhes deram a vida- isto é o problema mais terrificante que perturba o coração do homem. (Wolff, 1988).

No entanto, tais notícias não tinham muito impacto sobre a opinião pública, mais preocupada com a violência dos filhos contra os pais, embora muitos escritores já denunciasses sistematicamente as violências domésticas sofridas pelas crianças.

No romance de Victor Hugo (1862)⁴ – Os miseráveis – Gravoche é vítima de violência por parte de seus pais: “[...] Notava-se no boulevard do Templo e vizinhanças do Chateau d’Eau um rapazinho de onze a doze anos... se com o riso da sua idade nos lábios não possuísse um coração completamente escuro e vazio... Todavia o rapazinho tinha pai e mãe. Mas o pai não queria saber dele e a mãe não lhe tinha amizade. Era uma dessas crianças dignas de lástima entre todas as que têm pai e mãe e são órfãs. Em parte nenhuma, o rapazinho se sentia tão bem como na rua. Eram-lhe menos duras as lages dela do que o coração de sua mãe. Os pais arremessaram-no à vida com um pontapé”.

Emile Zola também trabalha com o tema da violência contra a criança. No romance L’Assomoir (A Taberna, 1877) os Marcquarts são representantes do proletariado parisiense, arruinados pelo álcool, as doenças e a miséria. Lalie é um dos personagens deste romance, encarnando uma criança martirizada por um pai alcoólatra.

Outra contribuição literária foi escrita por Jules Vallès, em El niño (1879)⁵, cuja obra o autor evoca a infeliz infância de Jacques Vingtras – alter ego de Vallès- personagem vítima de opressão familiar que se traduz em contínuos espancamentos, humilhações e afrontas por parte de seus pais.

E, ainda, vale ressaltar o autor Jules Renard e o sofrimento experimentado por Poil de Carotte, vítima de rejeição afetiva e da agressividade de sua mãe. Poil de Carotte (1893, Cabelo de Fogo) foi uma obra adaptada para o teatro encenada em Paris, no ano 1900. No Brasil, foi representada em 1957, por Cacilda Becker sob o nome de Pega Fogo.

⁴- Os miseráveis, Victor Hugo (1862).

⁵- El niño, Jules Vallès (1879).

Em 1850, surgem na França as primeiras “sociedades protetoras da infância”. No entanto, essas sociedades eram impedidas de verificar o estado da educação das crianças se família a isso se opusesse. Assim, eram encontradas as barreiras para a efetivação do trabalho dessas sociedades, qual seja o poder paterno. Razão pela qual, segundo Donzelot, é a partir das pressões das sociedades surgem as leis de 1889 e de 1898.

No entanto, começaram as pressões das sociedades contra a violência infantil, o que fizeram surgir as leis de 1889 e 1898. Essa, tornou possível a decretação da perda dos direitos dos pais ou mães que, com o seu mau comportamento, comprometam tanto a segurança como a saúde e a moralidade de seus filhos. Com essa lei o Juiz tinha o poder de confiar a guarda de uma criança à assistência pública, a uma pessoa ou a uma sociedade caridosa, em todos os casos de delitos cometidos contra crianças, entrando-se, assim, no recesso familiar.

A lei de 1889 decide que se poderá decretar a perda dos direitos de pais e mães que, por sua embriaguez habitual, maus procedimentos, notórios escândalos, maus tratos, comprometam tanto a segurança como a saúde e moralidade de seus filhos, pois por um lado, em nome da vigilância e da prevenção dos delitos cometidos contra as crianças puderem penetrar nas famílias através de um procedimento legal instaurado desde o início da década de 1890, tornando-as intercessoras entre a justiça e a família. (DOZELOT, 1986, p.8)

Já a lei de 1898 introduz sanções penais contra os pais responsáveis por sevícias ou violências dirigidas aos seus filhos menores de idade.

Diante do exposto, do ponto de vista científico, não se registraram na França contribuições significativas, após o trabalho de Tardieu, no século XIX e começo do século XX.

No século XX, na década de 1960, esse fenômeno foi redescoberto no plano científico, embora já tivesse sido debatido, nos Estados Unidos, anteriormente, esse assunto.

No trabalho publicado por F. Silverman e H. Kempe, em 1962, nos Estados Unidos, os autores descrevem: “[...] 749 casos (78 mortes) de crianças vítimas do que eles batizam de Síndrome da Criança Espancada (The Battered Child Syndrome)”. Sendo que, esses casos se

deram em maior frequência em crianças com menos de 3 anos de idade. Definem, em seu trabalho, claramente os elementos clínicos e radiológicos que conduzem ao diagnóstico, que difere das informações prestadas pelos pais. Citam também, a “resistência” da classe média em aceitar e trabalhar com esse diagnóstico.

Com esse estudo da Síndrome da Criança Espancada surgiu um modelo de entendimento do fenômeno, no sentido de considerá-lo “psicopatológico”, colocando os agressores (pais) como portadores de distúrbios emocionais. Surgiu aí a terapia preconizada que incluía um processo de “re-paternagem”, que durava em torno de 18 meses a 3 anos. Nesses casos, eram considerados a possibilidade de os agressores terem sofrido violência na própria infância. Nesse aspecto, previa-se a “descriminalização”, sendo importante a intervenção médica em face dos agressores:

Este modelo reflete a extensão da teoria psiquiátrica vigente nos Estados Unidos na época, com sua ênfase neo-freudiana na importância das experiências infantis como ponto de partida para a explicação das origens da conduta problemática dos adultos. (Dingwall,1992)

Em um trabalho polêmico, Pfohl (1977) discorreu sobre a implantação do processo de medicalização da violência física, ou seja, o problema passou a dizer respeito à categoria médica, bem como os recursos destinados à pesquisa e ao atendimento do fenômeno pela área médica foram bem substanciosos.

Entre o período de 1963 a 1967 os americanos organizaram uma legislação que encorajava a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica aos serviços de proteção infantil.

No início da década de 1970, um novo modelo de entendimento da problemática resgata a contribuição de outras áreas do conhecimento (Psicologia, Direito, Serviço Social, Antropologia, Sociologia, etc.) pondo fim à hegemonia do conhecimento médico sobre a questão.

2.3 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA ENQUANTO ESTUDO CIENTÍFICO NO BRASIL

2.3.1 O AVANÇO DO TEMA NO ASPECTO POLÍTICO E LEGAL

Fazendo um apanhado histórico sobre o fenômeno da violência doméstica contra criança no Brasil, nota-se que esta questão esteve presente no Brasil Colônia (1500-1822), no Brasil Império (1822-1889) e no Brasil República (1889 em diante).

É bom lembrar que os índios não utilizavam de violência doméstica, na educação de seus filhos, não havia essa cultura entre eles. Chaves (1995) coloca que “os diferentes relatos dos padres em diferentes capitanias comprovam que os índios não se utilizavam de castigos físicos”. Segundo Guerra, o padre Cardim, já em 1591, dizia-se admirado a respeito da educação recebida pelas crianças indígenas:

Nenhum gênero de castigo tem para os filhos; nem há pai nem mãe que em toda a vida castigue nem toque em filho, tanto os trazem nos olhos. Em pequenos são obedientíssimos a seus pais e mais, e todos muito amáveis e apazíveis; têm muitos jogos a seu modo, que fazem com muito mais festa e alegria que os meninos portugueses. (Cardim, 1980)

Assim, para o índio a criança deveria ser cuidada e protegida, caso contrário pereceriam. Nessa época, os jesuítas começaram a catequizar os índios. Segundo Leite, 1940, dizia o padre Luís da Grã, em 1553: sem castigo não se fará vida.

Os colonizadores portugueses tiveram que reconhecer, que os índios tinham um carinho especial pelas suas crianças pequenas, inclusive preocupavam-se com a alimentação das mesmas, proibindo-as de ingerir alimentos salgados, pois acreditavam que eram prejudiciais à saúde, podendo encurtar - lhes a vida. THEVET (1558) observou ainda, que o alimento do recém-nascido era o leite materno, mas depois davam-lhes frutas e farinha mastigada (LEITE, 1940).

Assim, pode-se depreender que a violência, os castigos e ameaças às crianças foram introduzidos no Brasil Colônia pelos primeiros padres da Companhia de Jesus, em 1549.

Na sua obra Casa Grande e Senzala, Freyre (1987), lembra as histórias do Brasil Império em que os filhos ainda pequenos eram submetidos aos castigos físicos extremamente brutais. Por exemplo, os espancamentos com palmatórias, varas de marmelo, etc., que eram utilizados como forma de educar as crianças. Relata, ainda, que a violência sofrida pela criança-escrava, que passava por castigos físicos, como palmatórias, chicotes, instrumentos de

suplício (máscara de flandres, etc.), era ainda submetida a sevícias sexuais, estupros perpetrados por rapazes brancos. A criança escrava servia de pasto para as brincadeiras mais brutais dos brancos.

A criança escrava a partir dos 7-8 anos começará a perceber o que são os castigos corporais, que adentram pela idade adulta, porque indispensáveis à manutenção do sistema escravista. (Mattoso, 1995)

No Brasil República percebe-se ainda o tratamento pernicioso em relação a criança, como se demonstra, por exemplo, na comunicação apresentada por Taciano Basílio, em 1922, ao 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, na qual ele manifesta ser favorável aos castigos físicos contra criança, pois segundo ele a imposição gradual dos castigos em geral, seria para que a criança compreendesse que a prática de determinados atos não era conveniente, e assim, entendia o que é certo e o errado.

Sobre a violência contra criança, vislumbrou que passando pelo Brasil Colônia, ao Brasil Império e ao Brasil República as crianças, brancas, negras, pobres, ricas, de sexo masculino ou feminino, têm sido vítimas de violência doméstica.

A proteção e amparo das crianças e adolescentes, enquanto codificação própria verificou-se a partir de 1927. Essa edição, conhecida como Código Melo Matos⁶, foi sendo, ao longo do século complementada por leis esparsas. Em 1979, instituiu-se o Código de Menores. Nesse estatuto, a criança e o adolescente inscreviam-se juridicamente em situações de abandono, carência, vitimização, infração penal, reveladoras de um quadro de “patologia social”. Em que cabia ao Estado, introduzir medidas “saneadoras” capazes de promover a “correção do desvio”. Foram muitas as críticas a essa legislação. Estudiosos, movimentos de defesa dos direitos humanos e mesmo autoridade públicas denunciavam seu caráter discriminatório, paternalista e opressivo.

O diploma de 1927, continha 231(duzentos e trinta e um) artigos, e a respeito do menor descrevia mecanismos como “tutela”, “guarda”, “vigilância”, “reeducação”, “reabilitação”, “preservação”, “reforma” e “educação”.

No entanto, esse diploma regulamentou a utilização da força contra a criança e o adolescente, permitindo que castigo fosse empregado no seio da família, desde que, fosse utilizado de forma moderada.

Na opinião de Irene Rizzini⁷, a primeira legislação notada à criança e ao adolescente não versava em sua defesa, mas em alegação da sociedade que se sentia ameaçada pelo

aumento de crianças e adolescentes que passaram a morar nas ruas, tornando-se, assim, socialmente vulneráveis.

Em 1942, criou-se o “Serviço de Assistência ao Menor” (SAM). Tratava-se de um órgão do Ministério da Justiça equivalente ao do sistema penitenciário para a população infanto-juvenil.

Através do golpe militar, em 1964, houve uma mudança política que criou a FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor). Nessa época, a maneira de lidar com as políticas de atendimento à criança e ao adolescente deu-se por meio da efetivação do princípio de “destituição do pátrio poder”, afirmando-se a sentença de abrigamento.

A década de 1980, se afigurou como sendo em nossa história o momento de vital importância na luta para a garantia dos direitos da infância e da adolescência, devido ao momento da redemocratização em que o país vivia.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, fundaram-se em outros princípios inspirados na doutrina de proteção integral à criança e ao adolescente. Esses princípios adquiriram forma com a vigência da Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Neste novo Estatuto da Criança e do Adolescente tem-se criança e adolescente como sujeitos de direitos, abolindo a condição de objetos de intervenção punitiva e repressiva do Estado.

A implantação do Estatuto da Criança e Adolescente, ocorreu uma mudança positiva e considerável, neste aspecto, principalmente, por tornar obrigatória a notificação de casos de violência contra criança e adolescente. Mas, indubitavelmente, há ainda avanços a serem alcançados, para se afirmar que a violência doméstica contra criança é uma prática das sociedades do passado.

Atualmente, no Brasil, apesar das iniciativas políticas desenvolvidas para o enfrentamento da problemática, como a criação e a publicação da Lei Nº 8.069/90, que inovou ao trazer as medidas de proteção e as medidas socioeducativas e a criação, também, de uma política específica para situações de violência intitulada “Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e Violências”.

⁶ Código de Menores: Lei nº6.697, de 10 de outubro de 1979.

⁷ RIZZINI, Irene. A criança e a Lei no Brasil revisando a história. (1822-2000) 2ª Ed., 2002, p.9.

⁸ As informações que se seguem a respeito dessa legislação foram extraídas da Rede Internacional de Pesquisa sobre o Direito dos Menores. As Formas Atuais de Tratamento de Menores em Meio Aberto (1991). CRIV (França) / NEV-USP (Brasil).

A respeito da violência contra criança, no âmbito da Educação, em nível nacional, o Ministério da Educação dispõe do Projeto Escola que Protege que é voltado para a defesa dos direitos das crianças e adolescentes, com o intuito de prevenir situações de violência no âmbito escolar. A proposta deste projeto é qualificar esses profissionais para enfrentar e atuar da melhor forma em situações desse tipo de violência.

Têm-se, também, como projetos políticos de enfrentamento da problemática, dentre outros, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), incluindo o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), este oferece o Serviço de Enfrentamento à violência, ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes, que visa assegurar proteção imediata e atendimento psicossocial às crianças e aos adolescentes vítimas de violência (física, psicológica, negligência grave), abuso ou exploração sexual comercial, bem como a suas familiares, oferecendo acompanhamento técnico especializado, psicossocial e jurídico.

Diante do exposto, apesar dos avanços alcançados, é imprescindível destacar a necessidade de intensificar ações de prevenção e terapêuticas, integrando os diversos segmentos sociais e interinstitucionais, no sentido de prevenir e diminuir os danos causados por esse tipo de violência contra criança. Posto que, a construção de uma sociedade saudável, produtiva e harmoniosa, depende, impreterivelmente, do desenvolvimento sadio e feliz das crianças, o que não se dará sem o enfrentamento da problemática.

3 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA OU INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇA

3.1 FORMAS DE VIOLÊNCIA: FÍSICA, PSICOLÓGICA, SEXUAL E NEGLIGÊNCIA

A palavra violência na enciclopédia (Wikipédia) significa: um comportamento que causa dano ou intimidação moral a outra pessoa ou ser vivo. Tal comportamento pode invadir a autonomia, integridade física ou psicológica e até mesmo a vida de outro.

A neurobiologia discorre que o comportamento violento de algumas pessoas pode ser ocasionado por problema existente em sua região cerebral. Para essa ciência as bases neurais do comportamento, têm sido consideradas as regiões cerebrais e neurotransmissores, bem como as suas ligações com os diversos genes, hormônios e transtornos psiquiátricos. Dentre as estruturas corticais, o Córtex Pré-Frontal (CPF) é a região cerebral mais amplamente associada com a agressão impulsiva e a violência em humanos. O Córtex Pré-Frontal (CPF) desempenha um papel central no controle de comportamentos, no direcionamento a metas e a tomada de decisões. Assim, pessoas com lesões no Córtex Pré-Frontal (CPF), segundo a neurobiologia, tem uma maior probabilidade de manifestar confrontos verbais e agressividade, comparadas com pessoas com lesões em outras áreas cerebrais e com grupo de controle sem lesões.

E, ainda, existe as patologias psiquiátricas que podem ser identificadas como causadoras de atos violentos em determinadas pessoas.

Desta forma, nota-se a dificuldade de identificar as razões, as causas da violência existentes na sociedade. É bom que se registre, que o viver em sociedade sempre foi um viver violento. Por mais que se recue no tempo, a violência está sempre presente, aparecendo em suas várias faces. O historiador holandês Huizinga, em seu livro *O Declínio da Idade Média* diz exatamente sobre o teor violento desse tempo. E, recuando mais ainda no tempo, vê-se que os ancestrais, os hominídeos, sobreviveram porque soube suprir suas debilidades naturais, sua pequena força física, pela inteligência na construção de artefatos de defesa e ataque. No entanto, com o surgimento de sociedades mais complexas e diferenciadas, a violência começa a ganhar outros contornos.

Verifica-se, também, que a violência na sociedade vai modificando o seu conceito e a forma, em consonância com as mudanças e transformações dos seus valores sociais, econômicos, culturais e políticos.

Em se tratando de violência intrafamiliar contra criança, que é o objeto deste estudo, vê-se que esta é o tipo de violência das mais complexas e merecedoras de atenção por parte da família e da sociedade, posto que os danos causados às crianças, e conseqüentemente, aos futuros cidadãos são muitas vezes irreparáveis.

Na violência doméstica ou intrafamiliar tem-se como foco o espaço do lar. Diz respeito aos conflitos familiares transformados em intolerância, abuso e opressão. Ocorre dentro do grupo familiar, figurando como causadores os pais biológicos ou adotivos, tios, irmãos, padrastos, madrastas e qualquer ente que a este grupo pertença, considerando o aspecto amplo de família, assim, considera-se como violência doméstica qualquer agressão praticada por pessoa que tenha vínculo afetivo com a vítima. É um fenômeno universal que tem séculos de história, formando uma cultura que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligências e atos.

A violência doméstica tem muitas manifestações, mas, as mais comuns, são as que colocam a criança sob o domínio – e não sob a proteção – dos adultos. E ainda sobre o aspecto da questão do gênero, onde coloca o homem como o chefe, o dono e sabe o que é bom ou ruim para todos.

Quanto a natureza dos atos violentos pode-se considerar quatro modalidades de expressão: física, psicológica, sexual e envolvendo a negligência, abandono ou privação de cuidados.

3.1.1 VIOLÊNCIA FÍSICA

Como bem define (GUERRA, 1998)⁹: “[...] A violência física corresponde ao uso de força física no relacionamento com a criança ou o adolescente por parte de seus pais ou por quem exerce a autoridade âmbito familiar. Esta relação de força baseia-se no poder disciplinador do adulto e na desigualdade adulto-criança”.

Pode-se revelar, a violência física àquela praticada por espancamentos com utilização de varas, fios, cintos, socos, tapas, queimaduras, etc. O local mais acometido pelos maus-tratos

no corpo da criança é a pele. Os tipos de lesões podem incluir vermelhidão, equimoses ou hematomas e queimaduras de 3º grau.

⁹ Azevedo, Maria Amélia – Guerra, Viviane N de A – Infância e Violência Doméstica Fronteiras do Conhecimento, 2ªed, editora Cortez, São Paulo-SP, 1997.

Foram publicados em “Child abuse and exploitation. Investigative Technics”, do U.S Departamento of Justice, alguns tipos de agressões físicas contra crianças:

- Puxão dos cabelos, com possibilidade de trauma no couro cabeludo;
- Síndrome da criança sacudida (Shaken Baby Syndrome), com possibilidades de hemorragias intracranianas;
- Criança amarrada e amordaça;
- Agressões por fio elétrico, corda, cinto e fivelas dos cintos deixam marcas características;
- Marcas de cordas amarradas no pulso;
- Queimaduras de cigarro feitas nas palmas das mãos, solas dos pés e nádegas. Queimaduras em vários estágios de evolução indicam abusos frequentes.
- Queimaduras por utensílios domésticos ferro elétrico.

Através da pesquisa realizada no site do Observatório da Criança e Adolescentes (Fundação Abrino)¹⁰, os casos notificados de violência física contra criança e adolescente, no Brasil, nos anos de 2009 a 2015, deram-se da seguinte forma: no ano de 2009, foram notificados 8.608 casos; em 2010 foram 14.849; em 2011, 23.474; em 2012, 35.979; em 2013, 39.375 e em 2014 foram notificados 33.712 casos.

Nesta pesquisa, as regiões do Nordeste e Sudeste tiveram um dos índices mais elevados de notificações.

3.1.2 VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

A violência psicológica é aquela considerada agressão verbal ou gestual com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda isolá-la do

convívio social. No caso de crianças, o abuso tem efeito devastador sobre a autoestima, principalmente quando os pais ou seus substitutos não são afetuosos.

A violência psicológica situa-se no conceito geral de violência como uso ilegítimo da autoridade decorrente de uma relação de poder. Assim, no lugar de oferecer a proteção, que é o seu dever, o adulto se relaciona com a criança por meio da agressão verbal ou psicológica e do domínio, substituindo e invertendo o papel que dele se espera. Essa inversão da proteção em opressão configura uma “despaternalização”, ou seja, a negação das funções sociais e pessoais dos papéis de pai e mãe, do poder familiar, muitas vezes ancorada em uma tradição autoritária da disciplina. (FALEIROS E FALEIROS, 2008, p.37)

O estudo publicado na revista *Pediatrics* da Academia Americana de Pediatria, revelou que os maus tratos psíquicos ou emocionais, além de tão danosos à saúde da criança ou do adolescente, são o tipo de violência de maior prevalência no mundo.

Também o estudo *Psychological Maltreatment* (maus-tratos psicológicos) da McMaster University investigou que maus-tratos psicológicos ou emocionais das crianças podem ser a forma mais desafiadora e prevalente de abuso infantil e negligência, cujos comportamentos do causador incluem atos de omissão (ignorando necessidade de interações sociais) ou comissão (rejeitando, aterrorizando). Pode ser verbal ou não verbal, ativo ou passivo, e com ou sem intenção de prejudicar e afetar o desenvolvimento cognitivo, social, emocional e/ou físico da criança. Maus tratos psicológicos tem sido associado a distúrbio de apego, problemas de desenvolvimento e educacionais, problemas de socialização, comportamento perturbador e psicopatologia mais tarde.

A violência psicológica é mais difícil de identificar, devido não apresentar evidências físicas na vítima, dificultando assim o diagnóstico e a elucidação do evento danoso.

Ainda de acordo com a pesquisa realizada pela Fundação Abrino, através do site Observatório da criança e adolescente, investigou-se que as notificações de violência doméstica psicológica contra criança e adolescente se deram da seguinte forma: em 2011, foram registrados 36.536 casos; em 2012, 63.858; em 2013, 62.538; e em 2014 foram registrados 44.752 casos. Salientando, novamente, que nessa pesquisa englobam-se os adolescentes e a violência que tem como causador não apenas o familiar da vítima. Vale ressaltar, ainda, que a violência psicológica teve, na pesquisa em questão, uma prevalência bem maior, se comparado com a pesquisa referente a violência física.

¹⁰ <http://www.observatóriocriança.gov.br>

3.1.3 VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual se caracteriza ao ato ou jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física e ameaças. Estudos mostram que frequentemente a violência sexual vem acompanhada de outros tipos de violência, como a física e a psicológica. Na violência sexual, a vítima tende a sentir muita culpa e a ter baixa autoestima, podendo apresentar deficiência no crescimento e no desenvolvimento físico e emocional, tendem a ser mais vulneráveis a ideias e tentativas de suicídio. Grande parte das vítimas desses abusos costuma sofrer, posteriormente, de enfermidades psicossomáticas e sexualmente transmissíveis.

Ainda na pesquisa realizada pela Fundação Abrino⁹, as notificações de violência doméstica sexual contra criança e adolescente se deram, no Brasil, da seguinte forma: no ano de 2011, foram registrados 12.164 casos; em 2012, 16.583, casos; em 2013, 18.983; e em 2014 foram registrados 14.749 casos. Salientando que nessa pesquisa também foram considerados as vítimas adolescentes e a violência que tem como causador não apenas o familiar da vítima.

Assim, para melhor compreensão do que é considerado abuso sexual tem-se a utilização fornecida pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization -WHO, 1999)¹¹:

Abuso sexual infantil é todo envolvimento de uma criança em uma atividade sexual na qual não compreende completamente, já que não está preparada em termos de seu desenvolvimento. Não entendendo a situação, a criança, por conseguinte, torna-se incapaz de informar seu consentimento. São também aqueles atos violentos que violam leis ou tabus sociais em uma determinada sociedade. O abuso sexual infantil é evidenciado pela atividade entre uma criança com um adulto ou entre uma criança com outra ou adolescente que pela idade ou nível de desenvolvimento está em uma relação de responsabilidade, confiança ou poder com a criança abusada. É qualquer ato que pretende gratificar ou satisfazer as necessidades sexuais de outra

pessoa, incluindo indução ou coerção de uma criança para engajar-se em qualquer atividade sexual ilegal. Pode incluir também práticas com caráter de exploração, como uso de crianças em prostituição, o uso de crianças em atividades e materiais pornográficos, assim como quaisquer outras práticas sexuais.

¹¹Organização Mundial de Saúde (World Health Organization -WHO, 1999).

Torna-se interessante dizer sobre as possíveis diferenças entre os “crimes sexuais violentos” e “crimes sexuais bárbaros” contra criança.

Os crimes sexuais violentos são aqueles que, como o próprio nome indica, recorrem à violência para obter a submissão da vítima a práticas sexuais desejadas pelo agressor. Segundo Giuseppe Ragno, pode-se entender por violência: [...] o emprego, não necessariamente inevitável, de uma energia natural ou psíquica, ainda que não relevante, contra a integridade física ou autonomia psíquica de outrem (Ragno, 1966:20/30).

Os crimes sexuais bárbaros:

São aqueles crimes sexuais que resultam em assassinatos praticados com requintes de perversidade, às vezes de forma ritualística, às vezes de forma seriada (serial killers). Cita a autora em um de seus exemplos, o caso famoso que ficou conhecido como “Vampiro do Rio”, no qual o agressor Marcelo de Andrade, com 25 anos à época, homossexual, carioca, confessou ter matado 14 meninos, com 6 a 13 anos de idade. Ele atraía as suas vítimas para um local ermo, e depois de sequestrá-los, esganava-os e, por vezes mantinha relações sexuais com eles. Em um caso, bateu a cabeça do menino até quebrar, enquanto mantinha relação sexual com ele, bebeu o sangue que saía de sua cabeça “para ficar bonito como ele”. Disse ainda que fazia isso para “mandar crianças inocentes para o céu”. Contudo, apesar de bem lembrados, esses casos não são o objeto de estudo. GUERRA (1991)

Dentre esses crimes sexuais contra criança, mas que não se trata do tema em foco deve-se considerar, também, a existência de pedofilia, que a Classificação Internacional de Doenças da Organização de Saúde a define como: preferência sexual por crianças de um ou outro sexo, menina ou menino, geralmente pré-púberes ou no início da puberdade.

Desse modo, a violência doméstica sexual contra criança assusta e está coberta por um manto de tabu e silêncio. Ao tempo em que é difícil falar sobre o assunto, não se pode atribuir uma causa específica. Os fatores indutores da violência sexual contra criança precisam ser combinados com grupos sociais e culturais, momentos históricos e características econômicas.

Salientando que, como bem explanou a socióloga Graça Gadelha: “O abuso sexual no Brasil não tem uma classe social”.

3.1.4 NEGLIGÊNCIA

Quanto a negligência infantil pode-se considerar quando os pais, geralmente, de um modo crônico, não manifestam disposição ou capacidades psicológicas requeridas para cuidar da criança e, dessa forma, acabam respondendo inadequadamente às necessidades de seus filhos e não demandam ou não conseguem aproveitar a ajuda de outras pessoas.

Com o surgimento do Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (Brasil,1990), surge uma definição a respeito do que caracterizaria a violência contra criança no aspecto de negligência “omitir em prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se no comportamento dos pais ou responsáveis quando falham em alimentar, vestir adequadamente seus filhos, medicá-los, educá-los e evitar acidentes”.

No trabalho de Backes (1999) ele integra aspectos conceituais e operacionais, definindo a negligência como atos de omissão de cuidados e de proteção à criança contra agravos evitáveis, que incluem atitudes de não educar, não impor limites, não mandar uma criança à escola, não a alimentar adequadamente, não a medicar quando necessário, não a proteger de inclemências climáticas e não a manter com a mínima higiene. Nessa exposição, já se percebe uma ampliação do conceito no sentido de referir-se não somente a aspectos físicos, mas às necessidades educacionais das crianças.

No trabalho de Azevedo e Guerra (1998)⁹ afirmou-se que a negligência se configuraria: “[...] quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos, etc., e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle”.

Desta forma, é bom inferir que a negligência é diferente de pobreza.

O padrão negligente é aquele cujos pais são fracos tanto em controlar o comportamento dos filhos quanto em atender as suas necessidades e demonstrar afeto. São pais pouco envolvidos com a criação dos filhos, não se mostrando interessados em suas atividades e sentimentos. Pais negligentes centram-se em seus próprios interesses, tornando-se indisponíveis enquanto agentes socializadores. (REPPOLD ET AL, 2002, p.38)

Desta forma, vê-se que a negligência infantil ocorre independentemente da condição de pobreza, sendo o resultado de déficits de comportamentos parentais requeridos para se cuidar da criança.

Através da pesquisa Fundação Abrino, constatou-se que a negligência infantil, no Brasil, é uma das violências contra criança mais recorrente. No ano de 2011 foram registrados 57.772 casos; no ano de 2012 foram 88.750, casos registrados; no ano de 2013, 91.159 casos; no ano de 2014 foram 67.831 registros; e no ano de 2015 registrou-se 51.567 casos.

Diante de todo o exposto, vê-se que todo o tipo de violência contra criança, tem o seu carácter abominável, devido tratar-se de vítima vulnerável, portanto, sem possibilidade de defesa ou de real capacidade para a compreensão dos fatos. Contudo, mais especificamente, a violência doméstica ou intrafamiliar tem o seu efeito mais devastador, considerando que o ambiente familiar (no seu sentido amplo) deveria ser um local de proteção, cuidado e zelo, e não um ambiente opressor e gerador de qualquer forma de violência.

4 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

4.1 DESCRICÃO DOS CASOS REGISTRADOS NOS INQUÉRITO POLICIAIS, CONSIDERANDO A TÉCNICA DE AMOSTRAGEM PARA DEFINIR QUAIS OS INQUÉRITOS A SEREM ANALISADOS, NO PERÍODO ENTRE 2013 E 2015

O estudo insere-se na abordagem qualitativa e, de forma complementar, quantitativa, de natureza descritiva, no que se refere a metodologia científica, figurando como principal ferramenta metodológica o estudo de caso documental, com análise de conteúdo. Tem-se como fonte de pesquisa os Inquéritos Policiais, registrados na Delegacia de Repressão ao Crime contra Criança e Adolescentes, em Salvador, entre os anos de 2013 e 2015. Neste capítulo, pretende-se demonstrar as opções metodológicas utilizadas no estudo, abordando as estratégias, como a técnica de amostragem, para tornar viável a realização da pesquisa.

Assim, fez-se o levantamento dos Inquéritos Policiais registrados naquela Unidade, sendo encontrados: em 2013, 494 Inquéritos Policiais; em 2014, 633 Inquéritos e em 2015, 427 Inquéritos Policiais.

Após isso, foram excluídos da pesquisa os inquéritos que figuravam como vítimas os adolescentes, com 12 a 18 anos incompletos. Depois, afastaram-se da pesquisa os inquéritos

em que a violência praticada não se caracterizaria violência doméstica ou intrafamiliar. Restando, assim, os inquéritos objeto de estudo.

No ano de 2013, resultaram 170 inquéritos, como objeto de estudo. Em 2014, 198 inquéritos. E, em 2015 restaram 148 como material para estudo.

Para viabilizar o estudo, utilizou-se a técnica de amostragem de modo probabilístico (aleatório), feito por amostragem aleatória simples, que é o processo mais elementar e frequentemente utilizado. Pode ser realizado numerando-se os elementos da população e sorteando-se, por meio de um dispositivo aleatório qualquer, que corresponderão aos elementos pertencente à amostra, por exemplo, uma amostra representativa, de 10%, de uma população de 200 alunos de uma escola:

- 1 - Numerar os alunos de 1 a 200;
- 2 - Escrever os números de 1 a 200 em pedaços de papel e colocá-los em uma urna;
- 3 - Retirar 20 pedaços de papel, um a um, da urna, formando a amostra da população.

Nesta técnica de amostragem, todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de serem selecionados.

No caso em questão, devido à dificuldade colher os materiais, objetos de estudo, não sendo possível retirá-los na Unidade para xerocopiar, nem sendo possível fazê-lo na própria Delegacia. Restou apenas a alternativa de fotografar via celular, os mencionados Inquéritos, para depois imprimi-los, o que dificultou a pesquisa, não sendo, contudo, impedimento.

Por todas essas questões, fez-se a técnica de amostragem considerando 5% da população de cada ano, uma média aproximada de 8(oito) inquéritos policiais por cada ano.

A partir da Tabela demonstrada no Anexo A, fez-se o sorteio dos Inquéritos a serem objetos de estudo.

4.2 ASPECTOS E QUESTÕES ÉTICAS

A partir da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tornou-se crucial para o pesquisador na realização de trabalhos científicos a observância às questões éticas, que se apresenta como um instrumento de proteção aos direitos individuais à intimidade, à confidencialidade e ao sigilo da pesquisa. Vale lembrar, que o estudo em questão se trata de

vítimas crianças, pessoas com idade de até 12 anos de incompletos. Sendo, por isso, também, protegidas pela Lei Nº8.069/90, no Art.17, onde versa: “(...) O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.”.

Por tudo isso, não foram descritos os inquéritos sorteados, os nomes dos supostos autores e das vítimas, os seus endereços, bem como quaisquer dados que possam identificar as pessoas objeto de estudo. Considerando, que não houve entrevista, ou qualquer contato com as vítimas, testemunhas ou agressores, desta forma, não há possibilidade de causar danos às pessoas do caso, razão pela qual, não foi necessário submeter a pesquisa ao Comitê de Ética. O trabalho foi realizado na observação e no estudo dos inquéritos, que são procedimentos formais e administrativos, sendo, portanto, uma pesquisa, fundamentalmente, documental com o respeito às normas e a Instituição da Polícia Civil que viabilizou a pesquisa.

5 OS INQUÉRITOS POLICIAIS E OS RELATOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL

Observando os preceitos éticos, as particularidades do tema em questão e reconhecendo que os sujeitos estão imersos em uma teia complexa de relações sociais, neste capítulo pretende-se apresentar as características gerais dos casos de violência doméstica, encontrados no objeto de estudo, e demonstrar como a questão de gênero e de poder pode se revelar no ambiente doméstico e como isso influencia sobremaneira na prática de violência doméstica. Considerando, ainda, a questão cultural referente a forma de educação e a maneira de como a criança é vista e tratada no ambiente familiar e social.

Primeiramente, é bom esclarecer o que é inquérito policial. É uma peça informativa, prévia e preparatória. Ou seja, é uma descrição dos fatos, com as declarações da vítima, do suposto autor e das possíveis testemunhas, com o objetivo de investigar, descobrir se há crime no relato mencionado e quem seria o autor. Incube a Polícia Judiciária investigar a ocorrência de infrações penais, e o delegado de polícia é quem preside o Inquérito Policial, o qual é encaminhado ao destinatário da ação penal, que é o Ministério Público, e se este entender que existe crime e autoria denuncia o acusado, e recebida a denúncia pelo Judiciário, o investigado será processado e, se condenado poderá ser preso. O Ministério Público se não

entender que há indícios suficientes de autoria e materialidade delitiva, pode por essa razão retornar o inquérito à delegacia de polícia, para outras diligências ou arquivá-lo por falta de provas.

O Inquérito Policial se inicia com a *notitia criminis*, ou seja, com a notícia do crime, através de Portaria (Ato de ofício do delegado, onde ele irá instaurar o inquérito), Auto de prisão em flagrante (Ato pelo qual o delegado formaliza a prisão em flagrante), o Requerimento do ofendido ou de seu representante legal (Quando a vítima ou outra pessoa do povo requer, no caso de Ação Penal de Iniciativa Privada), ou Requisição do Ministério Público ou do Juiz.

Segundo Guilherme de Souza Nucci: “ [...] O inquérito policial é um procedimento preparatório da ação penal, de caráter administrativo, conduzido pela polícia judiciária e voltada à colheita preliminar de provas para apurar a prática de uma infração penal e sua autoria”. O inquérito policial é previsto na legislação brasileira, nos artigos 4º ao 23º do Código de Processo Penal.

Desta forma, através do Inquérito Policial, buscam-se as provas ou não da existência do crime. E a prova mais robusta é a prova material, no caso em questão, é o exame de corpo de delito em face da vítima, sendo a constatação médica de que houve uma intervenção incomum na estrutura intra ou extra corpórea do indivíduo, podendo ser constatado possíveis lesões, ferimentos, espancamentos ou violência sexual. No entanto, infelizmente, os crimes sexuais, psicológicos e a negligência contra criança, nem sempre deixam vestígios aparentes o que dificulta a existência de provas e, assim, a condenação do autor. Também dificulta a coleta de prova a falta da indicação de testemunhas em torno do evento delituoso, devido a própria natureza do crime.

Quanto aos inquéritos policiais, objeto de estudo, observou-se em suas características gerais a predominância de vítimas do sexo feminino e a predominância de acusados do sexo masculino.

Como diz Nívea Valença Barros (2005, p.183) “ [...] Saffiotti (2001, p.134) debate que a violência de gênero não envolve apenas relações violentas entre homens e mulheres, mas também as de adultos contra criança e adolescentes. Para ela, a violência contra mulheres inclui todas as mulheres em todas as idades e inclui a violência praticada por mulheres, que, mesmo sendo diminuta contra os homens, é bastante significativa contra crianças e adolescentes, tendo como o ambiente privilegiado o espaço doméstico, embora não se

restringindo a ele. Sinaliza ainda que o espaço privado, além de concebido territorialmente, abarca o simbólico, e por conta disso os homens conferem a si próprios o direito de exercer seu poder sobre as mulheres mesmo quando elas já se separam deles”.

Se é verdade que as relações entre os sexos se transformaram menos do que uma observação superficial podia fazer crer e que o conhecimento das estruturas objetivas e das estruturas cognitivas de uma sociedade androcêntrica particularmente bem conservada(...) fornece instrumentos que permitem compreender alguns dos aspectos melhor dissimulados daquilo que são essas relações nas sociedades contemporâneas mais avançadas economicamente, é preciso realmente perguntar-se quais são os mecanismos históricos que são responsáveis pela des-historicização e eternização das estruturas da divisão sexual e dos princípios de um progresso decisivo na ordem da ação. Lembrar que aquilo que, na história, aparece como eterno não é mais que o produto de um trabalho de eternização que compete a instituições interligadas tais como a família, a igreja, a escola, e também, em uma outra ordem, o esporte e o jornalismo (estas noções abstratas sendo simples designações estenográficas de mecanismos complexos, que devem ser analisados em cada caso em sua particularidade histórica) é reinserir na história e, portanto, devolver à ação histórica, a relação entre os sexos que a visão naturalista e essencialista dela arranca (e não, como quiseram me fazer dizer, tentar parar a história e retirar às mulheres seu papel de agentes históricos). (BOURDIEU, 1999, p.6)

Na perspectiva das informações sociodemográficas dos sujeitos dos inquiridos da pesquisa, demonstrou que as vítimas e acusados residem na capital baiana, em Bairros periféricos.

No tocante a faixa etária, as vítimas têm de 4 a 10 anos de idade. E os acusados entre 40 e 50 anos.

A partir disso, é possível fazer inferências acerca da posição dos sujeitos da pesquisa na sociedade e do pertencimento da maior parte deles às camadas sociais menos favorecidas. Lembrando que, os segmentos populares são, por diversas razões, os mais presentes nos serviços públicos, principalmente, nas Delegacias de Polícia. Isto não significa, no entanto, que as violências contra criança não ocorrem nas famílias mais abastadas. Devido aos registros policiais serem realizados, na maioria das vezes, apenas por vítimas economicamente menos favorecidas, depreende-se, que as autoridades, os políticos e profissionais como não podem negar a existência do fenômeno costumam veicular equívocos numa tentativa de, ou negar a face violenta da família brasileira, ou afirmar que o grande e fundamental problema da infância brasileira é a sua situação econômica.

Os seguintes trechos são exemplos desse discurso equivocado: com empregos dignos e salários justos para os adultos tem de haver também escola pública que atenda criança pobre. Com isso 90% dos problemas de nossa infância estarão resolvidos (político) ... Só há uma força capaz de expulsar as crianças de casa com rapidez: a fome. Muitas apanham até a morte, são vítimas de violência sexual e mesmo assim não saem de casa (autoridade). (GUERRA, 2009, pág.323)

5.1 OS EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA INFANTIL

5.1.1 UMA BREVE RECONSTITUIÇÃO DOS RELATOS

Os relatos dos sujeitos, extraídos dos termos de declarações contidos nos inquéritos policiais, se referem as experiências e aos fatos vivenciados pelos sujeitos em torno dos episódios de violência. Os aspectos analisados foram apenas os textos constantes nos termos, de caráter formal, não sendo, portanto, observadas os aspectos de expressões corporais, e outros de natureza subjetiva.

Seguem abaixo as definições elaboradas para a análise dos textos:

I – Violência sexual contra criança do sexo feminino perpetrada por agressor adulto, pai, padrasto ou companheiro (E01¹³), ou irmão ou tio da vítima (E02¹⁴);

II – Violência física contra criança do sexo masculino perpetrada por agressor adulto, pai (E03¹⁵), tio e irmão da vítima (E04¹⁶);

III – Violência física contra criança do sexo masculino perpetrada por agressor do sexo feminino, mãe, madrasta (E03) tia e irmã da vítima (E04);

IV - Violência física contra criança do sexo feminino perpetrada por agressor do sexo feminino, mãe, tia e irmã da vítima;

V- Negligência por agressor do sexo feminino e masculino, em face da vítima do sexo feminino e masculino;

VI – Violência psicológica por agressor do sexo feminino em face da vítima do sexo masculino e feminino.

Estes são os episódios de violência intrafamiliar praticados contra criança. Assim, são os atores dessa violência pais (mães), padrastos (madrastas), tios (tias) e irmãos (irmãs).

Assim, como diz Andrija Oliveira Almeida (2012, p.38)¹² “[...] as ocorrências violentas de natureza sexual envolvendo crianças e adolescentes, sobretudo no domínio intrafamiliar, relatadas pelos interlocutores expõem práticas transgressoras do sistema de parentesco com destaque para violações à proibição do incesto”.

5.2 UM BREVE RELATO ACERCA DO PARENTESCO NATURAL, POR AFINIDADE E CIVIL

5.2.1 – PARENTESCO NATURAL

Parentesco natural consanguíneo ou biológico é o que se origina entre pessoas que descendem de um tronco comum. Pode se definir na linha reta, entre pessoas que estão umas para com a outras na relação de ascendentes e descendentes, por exemplo pai, filho e avô. No Código Civil está previsto no Art.1.591. Ou o parentesco natural pode se dá na linha colateral, até o quarto grau, é aquele que a contagem do número de gerações é feita a partir de um dos parentes, subindo ao tronco comum e descendo até chegar ao parente pretendido, por exemplo irmão, tio e sobrinho.

5.2.2 PARENTESCO POR AFINIDADE

Parentesco por afinidade na linha reta é o vínculo que se estabelece entre um cônjuge e os parentes do outro cônjuge, previsto no Código Civil, no art.1.595. A afinidade por linha reta, não se extingue com a dissolução do casamento. Considerando-se a linha reta, vindo uma pessoa a casar-se com uma mulher que já tenha filho, será a mesma afim em primeiro grau, não podendo haver casamento.

5.2.3 PARENTESCO CIVIL

É o que se origina de outra origem que não seja a da consanguinidade. A expressão outra origem, incluem-se o parentesco decorrente de adoção, por afinidade, o proveniente das técnicas de reprodução assistida e o decorrente da paternidade socioafetiva, fundada na posse do estado de filho.

¹² (<http://www.repositorio.ufba.br>) Almeida, Andrija Oliveira. Violência sexual contra crianças e adolescentes: um olhar sobre as experiências de vitimização indireta dos familiares, 2012

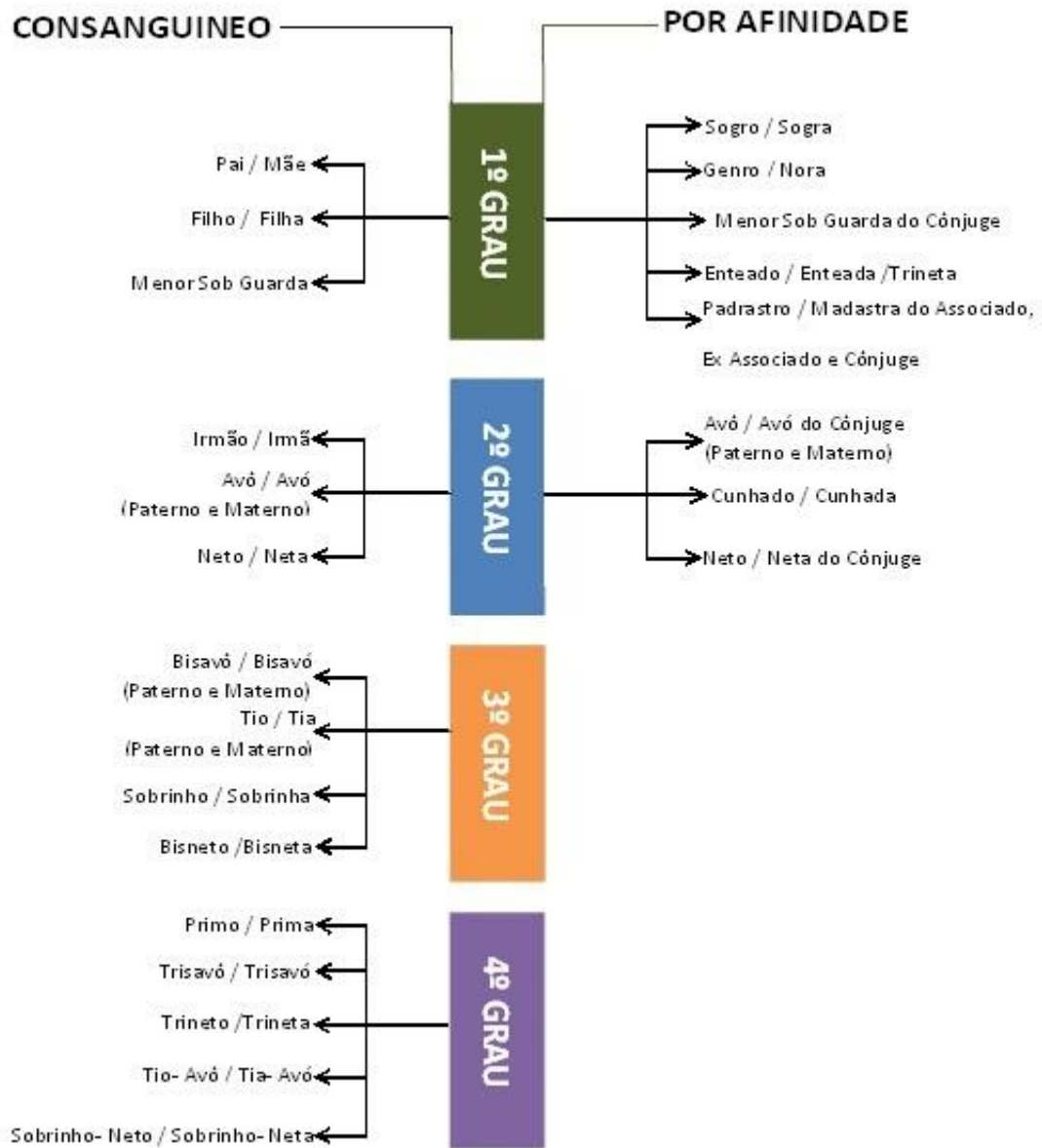
¹³E01- Agressor: pai, padrasto, mãe, madrasta ou companheiro (a) da vítima (gênero feminino).

¹⁴E02 – Agressor: tio (a), irmão (a) da vítima (gênero feminino).

¹⁵E03 - Agressor: pai, padrasto, mãe, madrasta ou companheiro (a) da vítima (gênero masculino).

¹⁶E04 - Agressor: tio (a), irmão (a) da vítima (gênero masculino).

Desta forma, tem-se no universo da pesquisa ¹⁷ (Figura 1):



¹⁷Figura 1 - Imagem reproduzida do <http://www.googleo.com.br/imagre>

5.3 DADOS CONTEXTUAIS DA INICIATIVA DE NOTICIAR O CRIME DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR INFANTIL

5.3.1 NOTÍCIA DO FATO À POLÍCIA OU AO CONSELHO TUTELAR PELO VIZINHO OU PARENTE PRÓXIMO

A partir da leitura dos casos estudados demonstrou-se que, quando se trata de crime praticado pelo pai, padrasto ou companheiro, a mãe da vítima tende à negação do fato:

É vizinha do agressor e da vítima [7 anos]. Esta lhe contou que o seu padrasto a teria jogado na cama, retirando a sua roupa, ocasião em que a beijou, acariciou o seu corpo e teria tentado praticar sexo com a referida (vizinha / E01)

A vítima disse que o seu padrasto chamava a referida para “chupá-lo”, tendo o mesmo sempre retirado suas roupas e acariciava o seu corpo(...). A depoente pediu ao seu companheiro para relatar o fato ao pai da criança.

A mãe da vítima disse que esta já havia lhe contado, mas que era mentira. Disse que sua filha menti muito(...) os fatos continuam e a vítima sempre a contava, pois, a mesma para fugir do padrasto, pulava o muro e ia para a casa da depoente. A mãe da menor negava os fatos. (Vizinha / E01)

Sua filha é realmente mentirosa, nunca tomou conhecimento desses fatos. Uma vizinha é quem toma conta dos filhos da declarante. Que o pai da sua filha é quem a está influenciando, para esta inventar tais coisas. (genitora da vítima / E01)

Que os fatos começaram a ocorrer quando a declarante começou a ficar sozinha com o seu padrasto. Disse a sua mãe o que estava ocorrendo, porém esta não acreditou. Com as denúncias o seu padrasto começou a ameaçar o pai da declarante, dizendo que iria comprar uma arma, para mata-lo. Mesmo assim a declarante contava para a sua mãe, mas esta não acreditava. (Vítima / E01)

Depois de tomar conhecimento do fato, o declarante procurou a Delegacia e prestou “queixa”. (Pai da criança / E01)

Que é tia da menina [10 anos], quando a mãe desta faleceu ela foi morar com o pai mais três irmãos. A menina lhe contou que o seu pai ficava olhando ela tomar banho, e mandava a mesma passar suas mãos nos seios e genitália. (Tia / E01)

Que o seu pai passava as mãos dele no seu corpo, na genitália e nos seios. Isso se repetiu por várias vezes. (Vítima / E01)

A menina lhe disse o pai abria a porta do banheiro quando a mesma estava tomando banho. Ele dormia no sofá e sempre a noite, ele a tirava do colchão e a levava para dormir no sofá com ele. Então, noticiou o fato a polícia. (Tio / E01)

Há também casos em que a avó materna da vítima toma a iniciativa de noticiar o ocorrido, em detrimento da atitude da mãe:

Que sua neta [4 anos] está bem, que estava com a vagina irritada, que ela contou para a mãe que ele tinha mexido com o dedo. (Avó materna / E02)

Que chegou a quebrar o cadeado para entrar na casa, e encontrou o agressor de short sem cueca e a criança estava numa caixa de papelão com as duas pernas numa entrada só do short e bastante assustada. (Polícia / E02)

Que sempre desconfiou do seu genro, pois a menina [5 anos] dormia na cama com os pais, e certa feita de madrugada encontrou a menina sentada com um fone de ouvido, a mãe dormindo e o pai estava abaixado próximo ao corpo da menina numa atitude suspeita. Precisou acordar a mãe da menina para esta ver o que ocorria. A menina disse que o seu pai mexia na “cocota” dela. (Avó – E01)

Que por mais de uma vez o seu pai a levou para o quarto dele e depois de retirar a sua roupa, coloca o dedo na sua “cocota”. Que o seu pai lhe dá beliscões. Que contou para a sua avó. (Vítima – E01)

Acredita que sua mãe está fazendo isso, para se vingar do genro. Que não é verdade os fatos noticiados. (Mãe da criança / E01)

É bom lembrar, como já mencionado, que os casos de abuso sexual em que o suposto agressor possui vínculo de parentesco com a criança, ou mantém algum tipo de relação de poder expressa por seu lugar no espaço familiar, são considerados como relação de incesto, principalmente pelo caráter de interdição em torno desses fatos. Por exemplo, a Lei proíbe o casamento entre descendentes e ascendentes, consanguíneo ou por afinidade, bem como na linha colateral até o terceiro grau.

O incesto pode ser definido como assevera (Cohen, 1993) “[...] abuso sexual intrafamiliar, com ou sem violência explícita, caracterizado pela estimulação sexual intencional por parte de um dos membros do grupo e que possui um vínculo parental pelo que que lhe é proibido o matrimônio”.

Verifica-se, assim, as consequências negativas para as vítimas do incesto, mesmo quando o agressor não utiliza a força física, podendo significar uma ferida aberta e muito profunda, equivalendo a uma verdadeira morte psicológica, feita de ruptura. Como se verifica no Manifesto das Sobreviventes do Incesto (1987)¹⁸ quando afirma que “quem viola uma criança, viola seu próprio futuro”.

Diante do exposto e com base no estudo em questão, pode-se depreender que:

- a) **Natureza da agressão:** maior incidência dos registros se refere a violência sexual. Salientando que, a violência sexual vem acompanhada da violência psicológica, e muitas vezes, da violência física e negligência;
- b) **Questão de gênero (vítima):** maior frequência nas crianças do sexo feminino;
- c) **Agressor intrafamiliar:** maior incidência refere-se ao pai, padrasto ou companheiro;
- d) **Características gerais:** dificuldade de a mãe da vítima aceitar o fato; terceiro é quem faz a denúncia ou irmã que também já foi abusada;
- e) **Questão financeira:** a situação econômica influencia, no sentido de a mãe muitas vezes não tem com quem deixar a criança para trabalhar;
- f) **Bebida alcoólica:** O uso de álcool com frequência do agressor e o desemprego;
- g) **Coisificação da criança:** A falta de respeito com a criança, a inexistência da compreensão que esta é um ser humano merecedora de direitos e cuidados. O tratamento familiar, no sentido de que a criança é um objeto, uma propriedade. A inversão dos valores de proteção para o valor de propriedade, de posse, de poder se fazer tudo com a criança, desrespeitando a sua individualidade.

No tocante à questão de gênero, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002:66) revelou que a maior incidência dos abusos sexuais ocorre com crianças e adolescentes do sexo feminino.

¹⁸ - (www.siabr.org), Manifesto das Sobreviventes do Incesto (1987).

Na maioria dos países, as meninas correm mais riscos que os meninos em relação a infanticídio, abuso sexual, negligência educacional e nutricional e prostituição forçada. As descobertas de vários estudos internacionais revelam que, entre meninas, os índices de abuso sexual são de 1,5 a 3 vezes superiores aos dos meninos. (OMS, 2002:66)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS 2002:153), os abusos sexuais contra meninos tem sido alvo de aumento nas denúncias e notificações de casos “[...] o estupro e outras formas de coação sexual contra homens e meninos acontecem em diversos contextos e cenários, inclusive em casa, no local de trabalho, nas escolas, nas ruas, no serviço militar, durante a guerra, bem como nas prisões e delegacias”.

Como diz Nívea Valença Barros (2005, p.202), “ [...] em torno do abuso sexual se estabelece um clima opressivo que pode se manifestar aparentemente como representativo do “ar de cumplicidade e segredo entre a vítima e o abusador”.

O enfrentamento do problema do abuso sexual intrafamiliar de crianças e adolescentes é extremamente difícil, por seu caráter familiar, doméstico, privado e criminoso (...). No Brasil a questão torna-se mais complexa devido à convivência policial, ao medo e silêncio das vítimas e testemunhas, à impunidade dos agressores. (CECRIA,1997:8)

Pode-se observar um problema social grave, na ocorrência da violência doméstica, devido aos danos psicológicos, físicos e morais causados na vítima, prejudicando o seu desenvolvimento sadio e com isso dificultando a formação de cidadãos capazes de participar da construção de um mundo melhor.

A violência intrafamiliar inscreve-se no poder estruturado e estruturante na sociedade. Considerando, assim, situações de muita gravidade social, como as de crianças e adolescentes em situação de rua, sendo os abusos físicos, psicológicos e sexuais são determinantes para a saída de crianças de casa. (Faleiros & Faleiros, 2002:7).

Vê-se, assim, a importância da sociedade civil, das instituições se atentarem para a existência do fato, e procurarem meios que previnam a sua ocorrência. Considerando, também, as violências psicológicas, físicas e de negligência, estas, com menor índice de registros, não significando, contudo, que não ocorram. Mas, ao contrário, sucedem com maior frequência, sendo, no entanto, notificadas apenas em casos extremos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da violência intrafamiliar contra criança e a busca da compreensão desse fenômeno em sua concretude e plenitude foi umas das propostas iniciais, que se efetivou na

construção deste trabalho, sobretudo no que tange a importância do tema para a sociedade. Desta forma, torna-se imprescindível as famílias, a sociedade civil e as instituições procurar meios efetivos, no sentido de enfrentar e prevenir crimes desta natureza, o que dar-se-á apenas com a aceitação da problemática e seu enfrentamento. Para isto, é necessário reformular e construir novos valores sociais, culturais e eliminando todas as formas de exclusão e preconceito.

Através da contextualização da trajetória histórico-familiar-econômico-social da infância no Brasil, procurou-se a construção do atual quadro apresentado nos relatos destacados. A materialidade da exposição, embora documental, foi também, segundo os objetivos propostos, uma das formas encontradas de expor os fatos ou eventos delituosos que ocorrem nesta capital.

Demonstrou-se, ainda, que a violência estrutural (social e econômica) não é a única forma de vitimização da criança, e embora fosse e é uma das formas cruéis de violência que a sociedade impunha a criança pobre, tem-se, assim, a violência contra criança, na ótica interpessoal, entre o adulto e criança, que foi o objeto desse estudo, especificamente, a violência intrafamiliar, independentemente, da condição social e econômica da vítima.

Em relação às políticas públicas em torno do tema, constata-se que houve bastante avanços nos projetos de prevenção e terapêutico, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, mas há a necessidade da ampliação da participação da sociedade civil na elaboração, deliberação, gestão e controle destas políticas contra a violência doméstica infantil, pois estas ocorrem diariamente, de forma velada ou não, nas famílias brasileiras.

Descreveu-se, também, as diversas formas de violência doméstica contra criança, a física, a psicológica, a sexual e a de negligência. Observou-se que a violência sexual ocorre com maior frequência na criança do sexo feminino, salientando a questão de gênero, onde coloca o homem como o chefe, o proprietário e sabe o que é bom ou ruim para todos da família.

Vislumbrou-se que, geralmente, as mães das vítimas de violência são omissas ou coniventes, o que evidencia o tratamento desumanizado com a criança, desqualificando o caráter de indivíduo que cada criança possui. Aqui, também percebe-se o preconceito de gênero, no sentido de a mulher ter a intenção de proteger o companheiro em detrimento do sofrimento da vítima.

Outra questão analisada quando se refere a questão de gênero é na aplicação do conceito de negligência, o qual é imputado prioritariamente ao gênero feminino. Ou seja, apenas a mulher praticaria a negligência em relação aos cuidados com a criança, o homem não teria essa obrigação.

Este estudo corrobora noções correntes na literatura ao deixar evidente a deterioração das relações interpessoais, a coisificação da criança, a extrapolação do poder “adultocêntrico”, e principalmente, a banalização da violência, tornando-a tão comum e corriqueira, que não é possível pensá-la em termos tão nefastos para a sociedade.

Posto isso, é preciso compreender a importância de políticas públicas eficazes, para o enfrentamento da problemática, e mais ainda, para a prevenção do evento, no que tange a violência doméstica contra criança, visto as consequências danosas para as vítimas e seus familiares e suas implicações no desenvolvimento de pessoas saudáveis psicológica e fisicamente. Visto que, indubitavelmente, uma sociedade civilizada, com pessoas saudáveis e laborativas, dependerá do cuidado e zelo que esta dará à criança. Neste sentido, busca-se contribuir para as ações afirmativas e preventivas, no âmbito federal, estadual e municipal. E, ainda, este estudo lembra a todos, os educadores, os responsáveis e os familiares de crianças a importância de discutir o assunto, atentando para a existência e enfrentamento da problemática.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA, Associação Brasileira de Proteção e Violência, disponível no site <http://www.abrapia.gov.br>

ALMEIDA, Andrija Oliveira, In: **Violência sexual contra crianças e adolescentes: um olhar sobre as experiências de vitimização indireta dos familiares**. Publicado em 2012. (Disponível no site <http://www.repositorio.ufba.br>)

AZEVEDO, M. A; GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: procura-se as vítimas**. Editora Cortez, São Paulo 1985.

AZEVEDO, M. A; GUERRA, V. N. A. **Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento**, 5.ed. ver. e atual, São Paulo, editora Cortez, 2009.

AZEVEDO, M. A; GUERRA, V. N. A. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. Editora Cortez, São Paulo 2009.

AZEVEDO, M. A; GUERRA, V. N. A. **Pele de asno não é só História... Um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes**. Editora Roca, São Paulo, 1988.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. **Decreto nº6.697**, Institui o Código de Menores (10/10/1979).

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13/07/1990.

CAMPENHOUDT, Raymond Quivy Luc Van. **Manuel de recherche en sciences sociales**. Editora Gradiva, Portugal, 1995.

CECRIA/PESTRAF. **Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual no Brasil 2000-2002**. Relatório Nacional. Brasília, 2002.

CHAMBOULEYRON, R. **Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista**. In: DEL PRIORI, M. **Histórias das Crianças no Brasil**. 2.ed. São Paulo, 1999.

CHAUÍ, M. **Participando do debate sobre a mulher e violência**. Em *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. ed.4. Rio de Janeiro. Editora Zahar, 1985.

COHEN, C. **O Incesto. Um desejo**. Casa do Psicólogo livraria e editora Limitada, São Paulo. 1993.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Tradução de M. T da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro, editora Graal. ed.2. 1986.

FALEIROS, V. P. **O paradigma de Correlação de Forças e Estratégias de Ação Social**. In. Caderno Técnico. Brasília, 1996.

FILHO, Rodrigo de Souza. **Vidas em Risco Assassinatos de Crianças e Adolescentes no Brasil**. Disponível no site estantevirtual.com.br

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo, 1994. **Ousar assumir**. Guia prático para se posicionar frente ao fenômeno, p.18, In Módulo 2A/B do telecurso de especialização em violência doméstica contra crianças e adolescentes, CRJ/IPUSP/USP, São Paulo.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Crianças Vitimizadas: A Síndrome do Pequeno Poder**, São Paulo, editora Iglu, 1989.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**, 3.ed., editora Cortez, São Paulo 1998.

LAVILLE, Cristian. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Editora UFMG, 1999.

LUZ, Iza Rodrigues. **Agressividade na primeira infância: um estudo a partir das relações estabelecidas pelas crianças no âmbito familiar e na creche**. Editora Cortez, São Paulo, 2008.

MARQUES, M. A. **Um estudo preliminar sobre a violência doméstica contra a criança numa favela do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado, 1986. Columbia University (Mimeo).

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E.R. **Violência para todos**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1993.

_____; OBSERVATÓRIO. Disponível no site <http://www.observatoriocrianca.gov.br>

PINTO, M. P e F; BRUNA, M. C. **Crianças vitimizadas: relato de experiência de intervenção**.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. Editora Cortez, 24ª edição, 2016.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 24.ed. Editora Cortez, São Paulo, 2016.

TAPPARELLI, Gino. **Vidas em risco: quando a violência e o crime ameaçam o mundo público e o Privado**. Editora arcádia, 2008, Salvador.

TABELA¹

1. IP 12/2013	2. IP 25/2013	3. IP 26/2013	4. IP 50/2013
5. IP 54/2013	6. IP 60/2013	7. IP 62/2013	8. IP 63/2013
9. IP 67/2013	10. IP 71/2013	11. IP 72/2013	12. IP 73/2013
13. IP 81/2013	14. IP 84/2013	15. IP 90/2013	16. IP 91/2013
17. IP 97/2013	18. IP 106/2013	19. IP 109/2013	20. IP 110/2013
21. IP 114/2013	22. IP 120/2013	23. IP 134/2013	24. IP 135/2013
25. IP 138/2013	26. IP 142/2013	27. IP 149/2013	28. IP 150/2013
29. IP 153/2013	30. IP 154/2013	31. IP 156/2013	32. IP 159/2013
33. IP 160/2013	34. IP 165/2013	35. IP 171/2013	36. IP 173/2013
37. IP 179/2013	38. IP 184/2013	39. IP 188/2013	40. IP 188/2013
41. IP 193/2013	42. IP 194/2013	43. IP 196/2013	44. IP 197/2013
45. IP 199/2013	46. IP 200/2013	47. IP 202/2013	48. IP 203/2013
49. IP 204/2013	50. IP 206/2013	51. IP 214/2013	52. IP 221/2013
53. IP 228/2013	54. IP 229/2013	55. IP 232/2013	56. IP 233/2013
57. IP 236/2013	58. IP 238/2013	59. IP 240/2013	60. IP 241/2013
61. IP 242/2013	62. IP 244/2013	63. IP 245/2013	64. IP 246/2013
65. IP 248/2013	66. IP 249/2013	67. IP 252/2013	68. IP 253/2013
69. IP 257/2013	70. IP 258/2013	71. IP 259/2013	72. IP 260/2013
73. IP 261/2013	74. IP 264/2013	75. IP 265/2013	76. IP 266/2013
77. IP 267/2013	78. IP 271/2013	79. IP 272/2013	80. IP 274/2013
81. IP 275/2013	82. IP 276/2013	83. IP 282/2013	84. IP 283/2013
85. IP 284/2013	86. IP 286/2013	87. IP 287/2013	88. IP 292/2013
89. IP 293/2013	90. IP 295/2013	91. IP 296/2013	92. IP 297/2013
93. IP 299/2013	94. IP 300/2013	95. IP 301/2013	96. IP 303/2013
97. IP 304/2013	98. IP 307/2013	99. IP 314/2013	100. IP 315/2013

101. IP 317/2013	102. IP 318/2013	103. IP 320/2013	104. IP 323/2013
105. IP 324/2013	106. IP 330/2013	107. IP 333/2013	108. IP 335/2013
109. IP 337/2013	110. IP 341/2013	111. IP 344/2013	112. IP 346/2013
113. IP 347/2013	114. IP 356/2013	115. IP 358/2013	116. IP 359/2013
117. IP 362/2013	118. IP 368/2013	119. IP 371/2013	120. IP 372/2013
121. IP 374/2013	122. IP 376/2013	123. IP 377/2013	124. IP 379/2013
125. IP 381/2013	126. IP 382/2013	127. IP 385/2013	128. IP 389/2013
129. IP 390/2013	130. IP 394/2013	131. IP 398/2013	132. IP 401/2013
133. IP 403/2013	134. IP 406/2013	135. IP 409/2013	136. IP 418/2013
137.	138.	139.	140.
141. IP 419/2013	142. IP 421/2013	143. IP 424/2013	144. IP 427/2013
145. IP 428/2013	146. IP 429/2013	147. IP 431/2013	148. IP 433/2013
149. IP 436/2013	150. IP 439/2013	151. IP 441/2013	152. IP 444/2013
153. IP 447/2013	154. IP 449/2013	155. IP 453/2013	156. IP 456/2013
157. IP 457/2013	158. IP 458/2013	159. IP 459/2013	160. IP 460/2013
161. IP 461/2013	162. IP 466/2013	163. IP 472/2013	164. IP 473/2013
165. IP 474/2013	166. IP 475/2013	167. IP 477/2013	168. IP 481/2013
169. IP 482/2013	170. IP 484/2013		

¹Inquéritos Policiais de 1 a 170, objeto de estudo, registrados na DERCA, em 2013.

1.	IP 01/2014	2.	IP 14/2014	3.	IP 15/2014	4.	IP 25/2014
5.	IP 26/2014	6.	IP 28/2014	7.	IP 29/2014	8.	IP 30/2014
9.	IP 32/2014	10.	IP 38/2014	11.	IP 41/2014	12.	IP 42/2014
13.	IP 48/2014	14.	IP 49/2014	15.	IP 54/2014	16.	IP 59/2014
17.	IP 61/2014	18.	IP 64/2014	19.	IP 69/2014	20.	IP 75/2014
21.	IP 76/2014	22.	IP 77/2014	23.	IP 78/2014	24.	IP 87/2014
25.	IP 88/2014	26.	IP 93/2014	27.	IP 94/2014	28.	IP 95/2014
29.	IP 97/2014	30.	IP °102/2014	31.	IP °109/2014	32.	IP 115/2014
33.	IP122/2014	34.	IP °135/2014	35.	IP °137/2014	36.	IP 143/2014
37.	IP149/2014	38.	IP °153/2014	39.	IP °154/2014	40.	IP 158/2014
41.	IP164/2014	42.	IP °171/2014	43.	IP °172/2014	44.	IP 174/2014
45.	IP176/2014	46.	IP °177/2014	47.	IP178/2014	48.	IP 181/2014
49.	IP 185/2014	50.	IP °187/2014	51.	IP °189/2014	52.	IP 195/2014
53.	IP 200/2014	54.	IP203/2014	55.	IP °204/2014	56.	IP206/2014
57.	IP208/2014	58.	IP211/2014	59.	IP °218/2014	60.	IP 221/12
61.	IP 224/2014	62.	IP228/2014	63.	IP °232/2014	64.	IP 234/2014
65.	IP 238/2014	66.	IP °249/2014	67.	IP °250/2014	68.	IP 251/2014
69.	IP 254/2014	70.	IP255/2014	71.	IP257/2014	72.	IP 259/2014
73.	IP 260/2014	74.	IP261/2014	75.	IP263/2014	76.	IP 279/2014
77.	IP 280/2014	78.	IP281/2014	79.	IP283/2014	80.	IP 286/2014
81.	IP 287/2014	82.	IP288/2014	83.	IP289/2014	84.	IP 295/2014
85.	IP 298/2014	86.	IP310/2014	87.	IP312/2014	88.	IP 319/2014
89.	IP 321/2014	90.	IP 322/2014	91.	IP 334/2014	92.	IP 335/2014
93.	IP 336/2014	94.	IP 348/2014	95.	IP 356/2014	96.	IP 358/2014
97.	IP 359/2014	98.	IP 364/2014	99.	IP 363/2014	100.	IP 370/2014
101.	IP 379/2014	102.	IP 380/2014	103.	IP 381/2014	104.	IP 382/2014
105.	IP 383/2014	106.	IP 383/2014	107.	IP 382/2014	108.	IP 383/2014
109.	IP 384/2014	110.	IP 385/2014	111.	IP 386/2014	112.	IP 387/2014

113.	IP 388/2014	114.	IP 394/2014	115.	IP 398/2014	116.	IP 399/2014
117.	IP 402/2014	118.	IP 403/2014	119.	IP 413/2014	120.	IP 414/2014
121.	IP 422/2014	122.	IP 424/2014	123.	IP 425/2014	124.	IP 429/2014
125.	IP 431/2014	126.	IP 433/2014	127.	IP 434/2014	128.	IP 436/2014
129.	IP 440/2014	130.	IP 440/2014	131.	IP 441/2014	132.	IP 446/2014
133.	IP 447/2014	134.	IP 450/2014	135.	IP 457/2014	136.	IP 458/2014
137.	IP 459/2014	138.	IP 462/2014	139.	IP 465/2014	140.	IP 470/2014
141.	IP 473/2014	142.	IP 474/2014	143.	IP 477/2014	144.	IP 478/2014
145.	IP 479/2014	146.	IP 480/2014	147.	IP 481/2014	148.	IP 482/2014
149.	IP 486/2014	150.	IP 489/2014	151.	IP 490/2014	152.	IP 491/2014
153.	IP 492/2014	154.	IP 498/2014	155.	IP 509/2014	156.	IP 517/2014
157.	IP 518/2014	158.	IP 520/2014	159.	IP 521/2014	160.	IP 523/2014
161.	IP 524/2014	162.	IP 525/2014	163.	IP 527/2014	164.	IP 528/2014
165.	IP 529/2014	166.	IP 532/2014	167.	IP 533/2014	168.	IP 534/2014
169.	IP 536/2014	170.	IP 537/2014	171.	IP 540/2014	172.	IP 546/2014

²Inquéritos Policiais de 1 a 172, objeto de estudo, registrados na DERCA, em 2014.

1.	IP 07/2015	2.	IP 08/2015	3.	IP 10/2015	4.	IP 12/2015
5.	IP 13/2015	6.	IP 15/2015	7.	IP 20/2015	8.	IP 21/2015
9.	IP 23/2015	10.	IP 25/2015	11.	IP 26/2015	12.	IP 27/2015
13.	IP 29/2015	14.	IP 30/2015	15.	IP 31/2015	16.	IP 38/2015
17.	IP 40/2015	18.	IP 41/2015	19.	IP 44/2015	20.	IP 49/2015
21.	IP 57/2015	22.	IP 58/2015	23.	IP 61/2015	24.	IP 64/2015
25.	IP 65/2015	26.	IP 68/2015	27.	IP 69/2015	28.	IP 70/2015
29.	IP 72/2015	30.	IP 73/2015	31.	IP 74/2015	32.	IP 80/2015
33.	IP 81/2015	34.	IP 83/2015	35.	IP 89/2015	36.	IP 90/2015
37.	IP 91/2015	38.	IP 99/2015	39.	IP 103/2015	40.	IP 104/2015
41.	IP 105/2015	42.	IP 108/2015	43.	IP 109/2015	44.	IP 110/2015
45.	IP 111/2015	46.	IP 112/2015	47.	IP 113/2015	48.	IP 120/2015
49.	IP 125/2015	50.	IP 126/2015	51.	IP 138/2015	52.	IP 143/2015
53.	IP 145/2015	54.	IP 146/2015	55.	IP 151/2015	56.	IP 153/2015
57.	IP 159/2015	58.	IP 161/2015	59.	IP 162/2015	60.	IP 163/2015
61.	IP 164/2015	62.	IP 170/2015	63.	IP 171/2015	64.	IP 173/2015
65.	IP 174/2015	66.	IP 176/2015	67.	IP 179/2015	68.	IP 185/2015
69.	IP 189/2015	70.	IP 191/2015	71.	IP 192/2015	72.	IP 193/2015
73.	IP 194/2015	74.	IP 199/2015	75.	IP 204/2015	76.	IP 208/2015
77.	IP 210/2015	78.	IP 212/2015	79.	IP 213/2015	80.	IP 216/2015
81.	IP 220/2015	82.	IP 223/2015	83.	IP 230/2015	84.	IP 232/2015
85.	IP 240/2015	86.	IP 246/2015	87.	IP 248/2015	88.	IP 250/2015
89.	IP 254/2015	90.	IP 255/2015	91.	IP 256/2015	92.	IP 257/2015
93.	IP 258/2015	94.	IP 260/2015	95.	IP 261/2015	96.	IP 263/2015
97.	IP 265/2015	98.	IP 268/2015	99.	IP 271/2015	100.	IP 279/2015
101.	IP 281/2015	102.	IP 282/2015	103.	IP 284/2015	104.	IP 286/2015
105.	IP 288/2015	106.	IP 289/2015	107.	IP 293/2015	108.	IP 296/2015
109.	IP 300/2015	110.	IP 303/2015	111.	IP 304/2015	112.	IP 307/2015

113.	IP 311/2015	114.	IP 313/2015	115.	IP 318/2015	116.	IP 320/2015
117.	IP 324/2015	118.	IP 326/2015	119.	IP 335/2015	120.	IP 336/2015
121.	IP 338/2015	122.	IP 340/2015	123.	IP 343/2015	124.	IP 350/2015
125.	IP 351/2015	126.	IP 352/2015	127.	IP 356/2015	128.	IP 359/2015
129.	IP 365/2015	130.	IP 367/2015	131.	IP 368/2015	132.	IP 378/2015
133.	IP 383/2015	134.	IP 389/2015	135.	IP 392/2015	136.	IP 395/2015
137.	IP 398/2015	138.	IP 400/2015	139.	IP 405/2015	140.	IP 409/2015
141.	IP 411/2015	142.	IP 413/2015	143.	IP 414/2015	144.	IP 415/2015
145.	IP 416/2015	146.	IP 417/2015	147.	IP 419/2015	148.	IP 424/2015

³Inquéritos Policiais de 1 a 148, objeto de estudo, registrados na DERCA, em 2015.

ANEXO B**POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO MORBIMORTALIDADE
POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS**

Portaria nº 737/GM 16 de maio de 2001.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de definição, no setor saúde, de uma política decisiva no sentido da redução da morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema, e

Considerando a aprovação da proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por parte da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 309, de 08 de março de 2001, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Parágrafo único. A aprovação de que trata este Artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

ANEXO C

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A presente Política Nacional, instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros).

Assim delimitada, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.

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

conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) - sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

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

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação - com os outros setores e com a sociedade civil - na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação.

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996 e 1997, os acidentes e as violências foram responsáveis por, aproximadamente, 120 mil óbitos anuais.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios - estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais - são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinale-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS - 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno está também presente, embora a sua gênese e as suas manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Nelas são geradas mortes em conflitos pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o

trabalho escravo. São também consideráveis as vítimas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (Reichenheim e Werneck, 1994; Iunes, 1997; Vermelho, 1994).

Menos frequentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à auto-agressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. Apesar da subnotificação, vem sendo observado um aumento dos casos: a taxa de suicídio aumentou 34%, entre 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. A população masculina jovem - de 20 a 24 anos - é o grupo que se encontra em maior risco para tal violência.

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH - mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também, como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (Lebrão e cols., 1997).

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, o total desses gastos correspondeu a R\$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (Iunes, 1997).

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes, quanto de feridos. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM -, da Fundação Nacional de Saúde, revelam que, em 1996, 35.545 pessoas morreram em consequência de acidentes de transporte. No ano de 1996, esses acidentes corresponderam a cerca de 30% do total de causas externas. A taxa de mortalidade - 22,6 por 100.000 habitantes - foi 40% maior do que a de 1977.

O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa (Mello Jorge e Latorre, 1994; Mello Jorge e cols., 1997).

O Departamento Nacional de Estradas e Rodagens - DNER cita que, somente nas estradas federais do País, em 1995, ocorreram 95.514 acidentes, com 63.309 pessoas envolvidas, entre feridos e mortos, dos quais cerca de 56% tinham menos de 33 anos de idade (MT, 1996). As crianças em idade escolar e os idosos são grupos também especialmente vulneráveis aos atropelamentos.

O novo Código de Trânsito Brasileiro - CTB -, que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei N.º 9.503, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública.

O retardamento da implantação completa do CTB e a precária fiscalização na aplicação das leis já implantadas comprometem os resultados esperados de redução da violência no trânsito. A sensibilização da sociedade quanto à relevância do Código é fundamental. A implantação efetiva do CTB requer, por outro lado, a superação do atraso tecnológico nas questões do trânsito brasileiro, como a baixa confiabilidade das estatísticas referentes à frota das pessoas habilitadas, bem como em relação às vítimas e às ocorrências de acidentes de trânsito; o precário controle de tráfego, inspeção e segurança veicular; a desagregação de normas e procedimentos relativos à engenharia de trânsito; a fiscalização inadequada; e o treinamento ultrapassado para a habilitação de novos condutores, além da capacitação técnica de recursos humanos. Acrescente-se a isso o insuficiente conhecimento acerca desses eventos e vítimas, visto que os dados de atendimentos em prontos socorros, por exemplo, não estão abrangidos nas estatísticas oficiais.

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram. Além disso, sofrem diretamente as influências das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados. Desse modo, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada, ocasionando distorções e erros interpretativos (Mello Jorge, 1990; Souza e cols., 1996).

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são o Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox).

O BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia nos níveis estadual e municipal, é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar. Não é

padronizado em nível nacional e, em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Por intermédio dos Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito, os Detran estaduais, os Departamentos de Estrada nos três níveis de governo e os órgãos executivos municipais coletam os dados relativos aos acidentes ocorridos nas vias sob a sua jurisdição, utilizando documentos distintos que identificam veículos, condutores, passageiros, pedestres e condições das vias. Esses dados são sintetizados pelo DENATRAN, que recebe as informações de acidentes de trânsito registrados pelos Detran e pela Polícia Rodoviária Federal, mediante o Sistema Nacional de Acidentes de Trânsito (SINET/DENATRAN). Entretanto, não existe articulação eficiente entre os níveis federal, estadual e municipal desse Sistema, além do que seus dados não são analisados nem retroalimentam adequadamente tal sistema.

A CAT, por sua vez, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o Território Nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional. Além do reconhecido sub-registro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Tais limitações, particularmente considerando a grande parcela de trabalhadores inseridos no setor informal da economia, dificultam a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora do País. A partir desses registros, verificou-se, no ano de 1996, que 90% dos acidentes notificados ocorreram nas regiões Sudeste e Sul, dos quais a metade no setor industrial; destes, cerca de 60% referem-se ao grupo etário de 18 a 35 anos de idade. Entre os trabalhadores do sexo masculino, o principal ramo gerador de acidentes é a construção civil.

Nos acidentes ampliados - incêndios, explosões e vazamentos envolvendo produtos químicos perigosos -, embora conhecidos pelo seu impacto nas comunidades e no meio ambiente, 90% das vítimas imediatas são os próprios trabalhadores. Algumas vezes, resultam em verdadeiras catástrofes, provocando dezenas, centenas ou milhares de mortes em um único evento. São exemplos desses acidentes o de Vila Socó, em Santos, 500 óbitos aproximadamente, e o da Plataforma de Enchova, no Rio de Janeiro, em 1984 - 40 óbitos -, além de eventos recentes, como o do shopping de Guarulhos, São Paulo, que provocou dezenas de mortes.

O Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País e sua massa de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano. Nesse aspecto, é importante salientar que, até 1997, os dados de acidentes e de violências eram os relativos somente à natureza da lesão que levou à internação, sem qualquer esclarecimento quanto ao seu agente causador. A partir de 1998, em decorrência da Portaria Ministerial N.º 142, de 13 de novembro de 1997, estão sendo codificados também os tipos de causas externas geradoras das lesões que

ocasionaram a internação. Assinale-se que não existem sistemas de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios, e que contemplem estudos mais apurados relativos a acidentes e a violências.

Implantado no País em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde - SIM/MS - é gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. Embora abranja, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura não é ainda completa em algumas áreas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos - DO - preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. A qualidade das informações é ainda discutível, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito. Nesses casos, sabe-se apenas que se trata de uma morte decorrente de causas externas. Tal ocorrência vem sendo verificada em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências no País, alcançando, em algumas áreas, valores bem mais elevados. Em determinadas localidades, essa distorção tem sido sanada ou minimizada com o auxílio de informações de outras fontes, tais como consultas ao prontuário hospitalar, laudos de necropsia ou utilização de noticiários de jornais.

Já o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - Sinitox - foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1980, tendo por base experiências pioneiras e bem sucedidas em locais como o Centro de Controle de Intoxicações dos Hospitais Menino de Jesus em São Paulo e João XXIII, em Belo Horizonte, ambas em 1972. A criação do Sinitox originou-se da necessidade de se criar um sistema abrangente de alcance nacional, capaz de fornecer dados precisos sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes às autoridades, aos profissionais de saúde e às áreas afins, bem como à população em geral. Em 1997, esse Sistema estava formado por uma rede de 31 Centros de Controle de Intoxicações em 16 estados. Um total de 50.264 casos de intoxicação humana foram registrados no Brasil, em 1995. Embora seja um sistema de referência para a América Latina, é importante reconhecer que o Sinitox ainda padece de importante subnotificação, causada, em parte, pela não obrigatoriedade do registro e pela não uniformidade dos dados em relação às ocorrências.

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos - principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles -, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos.

De outra parte, é consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, que precedem a porta do hospital ou, até mesmo, o acionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A partir da ocorrência do evento, no entanto, o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido de maneira importante na minimização da

morbimortalidade por tais eventos. A literatura publicada nos anos 80 nos Estados Unidos e em vários países da Comunidade Européia apresenta evidências de que a percentagem de mortes evitáveis sofreu uma redução da ordem de 50% ou mais, a partir da implantação de sistemas de atendimento ao traumatizado.

No Brasil da década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de Atendimento Pré-Hospitalar - APH -, levou alguns estados a criarem seus serviços dissociados de uma linha mestra e de uma normalização típica de planejamento, instalação e operacionalização, respeitadas as diferenças regionais, surgindo, assim, um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público, quanto privado.

O desenvolvimento de APH teve início no Estado do Rio de Janeiro. Desde então, diversos grupos foram criados, os quais sensibilizaram os governos locais, levando ao surgimento de alguns serviços de atendimento pré-hospitalar (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará). Alguns outros estados estão dando início ao processo de implantação, principalmente por conta do projeto de Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS -, que visa, entre outros, à melhoria e à capacitação dos serviços de atendimento de emergência no País.

O sistema de APH tem a finalidade de atender vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.º 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos de Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionam a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanam as ordens e apoio às diferentes ações. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as centrais de APH deverão ampliar as suas especificações e objetivos, passando a ser denominadas de Regulação Médica.

No elenco de problemas identificados, verifica-se a falta de normalização dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A ausência de uma ficha de atendimento com informações básicas, imprescindíveis e comuns a todos os APH, tem contribuído para que ocorram graves distorções. Não existe um processo sistematizado de alimentação e retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências, tais como saúde, segurança, educação, meteorologia, geologia, entre outros. Os boletins de ocorrência das diferentes unidades de segurança pública das três esferas governamentais são preenchidos, de maneira geral, de forma inadequada e incompleta e, o que é mais grave, sem nenhuma padronização.

Entre as dificuldades do atendimento pré-hospitalar, inclui-se a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma situação de emergência, o que contribui, muitas vezes, para o agravamento do estado das vítimas. Ao lado disso, a ausência de normas para a transformação

veicular em ambulância, a exemplo dos sistemas americano, francês e alemão, favorece a adoção de viaturas não condizentes ao resgate e ao tratamento intensivo, como, por exemplo, o uso de veículos de passeio. A inexistência dessa padronização é verificada, também, nos insumos tecnológicos do suporte avançado de vida. É comum encontrar veículos designados como Unidade de Tratamento Intensivo - UTI - e de resgate que não dispõem de respiradores artificiais, bombas de infusão, monitores cardíacos, marcapasso, estojos para pequenos procedimentos cirúrgicos, materiais de imobilização e maletas de medicamentos.

Essas limitações comprometem o planejamento logístico e estratégico de atenção a situações de emergência. No que tange aos recursos humanos, não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação - MEC -, para a formação de profissionais para este fim, desde o nível mais elementar ao de nível superior. Soma-se a isso a falta de estudos mais aprofundados sobre o número e a qualidade de veículos, uma vez que os índices internacionais não contemplam a peculiar situação brasileira de densidade demográfica flutuante, condição do fluxo viário urbano e dificuldade de equipamentos aéreos de atendimento a acidentados.

Diante de todos os limites e dificuldades que existem no Brasil em relação ao atendimento pré-hospitalar, vale a pena ressaltar que experiências empíricas demonstram a redução do tempo de permanência hospitalar, de seqüelas e da mortalidade, desde que o APH integre uma estrutura maior de atenção a emergências, com unidades hospitalares, terapia intensiva, imagiologia e outros insumos, principalmente preventivos.

O atendimento médico-hospitalar de urgência e emergência é um segmento da saúde que muito vem exigindo de economistas e administradores especializados. Trata-se de uma vertente que, por envolver procedimentos caros, absorve parcela expressiva dos recursos financeiros da área da saúde. Exige, ao mesmo tempo, perspicácia e agilidade administrativas. Esses aspectos são universais, mas tornam-se bastante evidentes em países emergentes, sobretudo em decorrência da falta de investimento maciço na atenção básica de saúde, contribuindo para o uso inadequado das unidades de emergência.

Essa realidade, presente no dia-a-dia das unidades de saúde, está associada à falta de resolubilidade no atendimento primário - que vai desde dificuldades para agendar consultas, até carência de recursos tecnológicos; são raros os municípios que integram um sistema hierarquizado e regionalizado de serviços. Como resultante, muito tempo é perdido até a chegada do paciente a uma unidade adequada para o atendimento de suas necessidades, o que contribui para o agravamento de seu estado.

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar e os reflexos da problemática do trânsito na sua esfera de competência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS N.º 2.329, de 9 de junho de 1998, mediante a qual instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Trata-se de um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: a implantação de uma central de regulação,

conforme definida na Resolução CFM N.º 1.529/98, de grande importância como observatório epidemiológico; o incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e a criação de unidades especializadas de urgência.

Com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares têm se tornado ainda mais escassos. Conseqüentemente, torna-se insuficiente o número de profissionais e de leitos em unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, bem como dos serviços de imagem. Acresce-se, ainda, o estrangulamento da capacidade operacional dos laboratórios. Esses problemas se agravam nos serviços de pediatria, neonatologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e atendimento a queimados, nos quais a demanda por atendimento é bem maior do que a oferta de unidades de saúde.

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-os para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente.

Sob o ponto de vista das seqüelas decorrentes das lesões devidas a acidentes e a violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem demandar uma internação, às vezes longa, com gastos elevados. Além disso, há a possibilidade de gerarem seqüelas permanentes e incapacidades. Dados apresentados pelas Nações Unidas estimam que em 1991, no Brasil, em cada grupo de mil pessoas, 17 eram portadoras de seqüelas (cit. em Whitaker, 1993). Entre os danos produzidos no paciente, que exemplificam essa última situação, destacam-se as lesões medulares traumáticas.

Em 1997, foram atendidos, nos hospitais ligados ao SUS, 6.388 pacientes com fratura de coluna vertebral, com taxa de internação mais elevada que nos anos anteriores. Quanto à localização da fratura, mais de 50% dos casos corresponderam aos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a possível ocorrência de seqüelas (Laurenti e cols., 1998).

Um outro exemplo pode ser dado valendo-se de estudo da distribuição de pacientes atendidos, naquele mesmo ano, na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor (rede pública e de referência nacional para recuperação e reabilitação): do total de 293 pacientes, 42,2% foram vítimas de acidentes de trânsito, 24,0% de disparos de armas de fogo, 12,4% de mergulhos em águas rasas, 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e de violências. A grande maioria desses pacientes era formada por jovens, com idade entre 10 e 29 anos - 53,7% -, o que representa para o País o ônus da perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar que, em muitos casos, pode prolongar-se por toda a vida. Ao lado disso, registre-se o fato de que são poucos os centros de reabilitação; os pertencentes ao INSS estão sendo desativados.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social; na capacidade para reinserção; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas ao cuidado pessoal, mobilidade, atividades ocupacionais e profissionais.

Em outras sociedades, o processo de reabilitação envolve o esforço de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, no sentido de concretizar tal etapa que seria, ao final, habilitar o paciente para o retorno ao trabalho, reintegrando-o à força produtiva da nação. Essas ações, como também a avaliação do impacto econômico e social da incapacitação física, são incomuns no Brasil, em parte porque os incapacitados físicos constituem, em grande número, vítimas da violência urbana, inexistindo medidas sistematizadas e institucionalizadas acerca desse tema. Entretanto, algumas medidas, mesmo que restritas aos poucos serviços especializados do País, já vêm sendo desenvolvidas.

Por outro lado, ao se analisar o problema dos acidentes e das violências sob a ótica dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências, quanto às características e circunstâncias em que se dão tais eventos.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

- acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e
- violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violências extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto-infligidas (como a tentativa de suicídio).

A Constituição de 1988, em seu Artigo 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA -, criado pela Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde - Artigos 13, 47 e 245 -, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em

especial ao Conselho Tutelar, cabendo aos setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico. Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios (Assis e cols., 1994). Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco desse tipo de acidentes, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas (Bastos e Carlini-Cotrin, 1998), aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos que ocorrem principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras). A violência doméstica representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas conseqüências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Em relação aos homicídios, as taxas no País (Mello Jorge e cols., 1997) também revelam uma realidade preocupante. A partir da análise das taxas disponíveis, percebe-se que a mortalidade de crianças pode ser um indicador de violência doméstica. É nessa faixa etária que se detectam mortes ocorridas no lar, sendo exemplos quedas, queimaduras, afogamentos e outras que não são devidamente investigadas, podendo, por isso mesmo, decorrer de maus-tratos (Marques, 1986; Santos, 1991; Assis, 1991; Gomes, 1998).

Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. A mortalidade nesses grupos populacionais tem como principal causa os eventos violentos: atualmente, cerca de sete, em cada 10 adolescentes, morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos passou de 93,7 para 128,2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca de 37% (Mello Jorge e cols., 1998). Cruz Neto e Moreira - 1998 - chamam a

atenção para as precárias condições de vida de crianças e adolescentes que não têm acesso à escola ou trocam as salas de aula pelo trabalho, num total descaso e desrespeito ao ECA. O número elevado de acidentes de trabalho envolvendo crianças - cuja atividade é legalmente proibida - e de adolescentes - este protegido por lei -, demanda uma ação urgente e eficaz voltada ao cumprimento do ECA.

Os adolescentes e jovens com atividade sexual iniciada cada vez mais precocemente, e desprotegida, apresentam conseqüências sérias como as Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, a Aids, o aborto e a gravidez não planejada, elevando a mortalidade materna já relevante no contexto nacional e em outros países em desenvolvimento. Soma-se a isso o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos. Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade.

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais freqüentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior freqüência, maridos, companheiros e parentes próximos. Dados de 1998 da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - Pnad - indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos, aqui consideradas as pessoas a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, dizem respeito às ações únicas ou repetidas que causam sofrimento ou angústia - ou, ainda, a ausência de ações que são devidas -, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança (Action of Elder Abuse, 1995; Unpea, 1998).

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de estudos realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (Pillemer & Wolf, 1988; Podnieks, 1989; Ogg and Bennett, 1992) que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a auto-negligência. Cabe ressaltar que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é uma forma de violência presente tanto em nível doméstico quanto institucional, levando muitas vezes

ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária (Eastman, 1994). Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas, causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período.

Nas áreas urbanas, os acidentes sofridos pelos idosos, como quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões, são muito frequentes devido à vulnerabilidade aos riscos presentes tanto no ambiente doméstico e outros, quanto no âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade). Os acidentes e as violências com frequência não são corretamente diagnosticados, tendo em vista que há falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar estes eventos, descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família.

Como se depreende da análise precedente, os acidentes e as violências configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira. Por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Nesse sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade - o alcance da qualidade de vida - e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis - individuais e coletivos - e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Nesta Política, portanto, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País.

2. PROPÓSITO

Os princípios básicos que norteiam esta Política Nacional são:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esses fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais.

Nesse sentido, esta Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as seqüelas e as mortes devidas a estes eventos.

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

Assim, considerando o quadro dos acidentes e das violências descrito no capítulo da Introdução, a presente Política Nacional tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

3. DIRETRIZES

Para a consecução do propósito desta Política, são estabelecidas as diretrizes a seguir explicitadas, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades.

São as seguintes, as diretrizes mencionadas:

- promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- capacitação de recursos humanos; e
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis

A implementação dessa diretriz compreenderá a ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências, bem como o reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema. Para tanto, deverão ser utilizadas diversas estratégias, entre as quais figuram, por exemplo, a implementação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas "Promotoras de Saúde". Tais estratégias levarão em conta as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis.

A essas estratégias, deverão ser acrescidos: a divulgação mais técnica dos dados sobre acidentes e violências, o apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e elaborem edições temáticas.

Por outro lado, buscar-se-á desenvolver também a co-responsabilidade do cidadão num sentido amplo, incluindo a participação na reivindicação, nas proposições e no acompanhamento desta Política, e na promoção de ambientes seguros e comportamentos saudáveis relacionados à prevenção de acidentes e de violências e de seus fatores de risco, como uso de drogas, armas de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas. As medidas nesse sentido considerarão tanto os ambientes domésticos, de lazer, de trabalho e de trânsito, quanto aqueles em que se desenvolvem os processos de convivência social.

As iniciativas voltadas à co-responsabilidade do cidadão envolverão igualmente a formação e informação continuada da população - junto às escolas, locais de trabalho, lazer e organizações sociais e mídia - sobre a prevenção de acidentes e de violências e a atuação frente a sua ocorrência, incluindo os primeiros gestos diante de uma urgência ou emergência.

A observância dos dispositivos contidos no arcabouço legal referente ao trânsito constituirá, de outra parte, medida importante para que se disponha de condições adequadas à implementação de ações dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas de acidentes. No conjunto dos diplomas legais, destacam-se o Código de Trânsito Brasileiro - CTB -, em especial o Artigo 78 da Lei N.º 9.503, de 23 de setembro de 1997, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Segundo esse Artigo, os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes.

Destaca-se, também, o Decreto N.º 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde, o qual deve utilizar 90% deste montante na prevenção e no atendimento às vítimas de acidente de trânsito; os outros 10% destinados ao Fundo devem ser repassados mensalmente ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito para aplicação exclusiva em programas de prevenção. Já a Portaria Interministerial N.º 4.044, de 18 de dezembro de 1998, dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça, determina que suas entidades

representativas adotem medidas destinadas a assegurar ampla e permanente divulgação dos direitos dos assegurados.

A sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral constituirão medidas essenciais para a promoção de comportamentos não-violentos. Quanto aos formadores de opinião, deverão ser promovidos debates sobre estratégias de comunicação que estimulem a adoção de atitudes e valores contrários à prática da violência, nos quais buscar-se-á, em eventos conjuntos, a participação dos diversos setores envolvidos na prevenção da violência aos diferentes segmentos da população.

As campanhas de mobilização social buscarão o envolvimento da população na identificação e prevenção da violência e dos acidentes contra todos os segmentos sociais. Além da elaboração e da divulgação de materiais educativos, deverão ser identificados outros mecanismos capazes de tornar acessíveis as informações sobre o problema da violência em redes de comunicação e movimentos sociais organizados. Paralelamente às campanhas, serão desenvolvidos processos de educação, com participação ativa dos grupos sociais.

As medidas preventivas compreenderão a articulação e o desenvolvimento de ações não-governamentais e de diferentes conselhos. Para tanto, deverá ser apoiado o desenvolvimento de projetos conjuntos, bem como a realização de estágios de pessoal dessas organizações em centros de referência como, por exemplo, os da mulher.

No tocante à recuperação das vítimas de acidentes e de violências, o setor saúde prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de seqüelas e deficiências, bem como de seus familiares.

Os estados e municípios deverão realizar ações sistemáticas de sensibilização para a prevenção de acidentes e de violências, adequadas à cultura local. Ao lado disso, será produzido material educativo acerca da prevenção de acidentes e de violências destinado aos profissionais de saúde e de educação.

Em relação à unidade familiar, as medidas estarão voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais, tendo em conta o caráter multifatorial para a sua determinação, principalmente com as áreas da justiça e da segurança pública. Assim, o desenvolvimento das ações pautar-se-á pela tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas, ora como sujeito das agressões, e que as pessoas envolvidas nestas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas. Especificamente em relação aos idosos, será fundamental o investimento na formação de cuidadores.

Atenção prioritária deverá ser dada às crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar, garantindo-lhes o cumprimento dos dispositivos legais concernentes aos direitos destes grupos, de forma articulada com entidades de classe, conselhos, organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra esses segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Neste sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos, promover-se-á o cumprimento das Leis N.ºs 8.069/90 e 8.842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a esses segmentos populacionais.

Já a orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessária, informações aos pacientes e aos seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação preventiva e corretiva, levando em consideração o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

As ações de prevenção das violências e dos acidentes deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção a grupos específicos da população e a temas de saúde. Neste contexto, o setor saúde deverá também incentivar e participar, em conjunto com trabalhadores, responsáveis pelas empresas, polícia, defesa civil, órgãos ambientais e corpo de bombeiros, da elaboração de planos de emergência em locais que manipulam produtos perigosos e que possuem risco de provocar acidentes ampliados.

3.2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências

A implementação dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências.

A melhoria das informações constituirá uma das prioridades à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas, neste sentido será a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos. A base para a implementação dessa medida estará representada pela elaboração de normas técnicas respectivas; adequação de instrumentos de registros, com a introdução de questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes; e inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS).

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais, configurará, por outro lado, iniciativa fundamental para a monitorização adequada da ocorrência desses eventos. Isso implicará a adoção de diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde.

Deverão ser sensibilizados, também, os dirigentes de institutos de medicina legal quanto à importância, para o setor, dos dados existentes nestes serviços. Para tal, constituirão mecanismos importantes a mobilização e a capacitação de médicos que atuam nesses institutos, bem como o estímulo ao provimento de recursos físicos e materiais necessários.

A monitorização da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante:

- a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas;
- a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o fornecimento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho;
- a criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar;
- a otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios;
- a efetivação do disposto na Portaria GM/MS N° 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar;
- a inclusão de "lesões e envenenamentos" com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial;
- o estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme;
- a criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis;
- a inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia - Centros de Intoxicação -, em hospitais de atendimento médico de urgência;
- a identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

A monitorização da situação envolverá, também, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando-se

experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Neste contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco.

Em relação a acidentes de trânsito, o sistema de vigilância epidemiológica compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão a definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito.

O setor saúde deverá participar da monitorização dos acidentes ampliados, levantando, junto com os outros órgãos, as causas, as conseqüências a curto e longo prazos, bem como os recursos envolvidos na sua mitigação.

3.3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

O fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar - APH - será fundamental para a consecução do propósito desta Política, para o que deverão ser promovidas medidas que permitam o aprimoramento dos serviços existentes. Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Neste contexto, poderão ser fixados critérios diferenciados de incentivos para que estados e municípios invistam nesses serviços.

Além dessas medidas, deverão ser revistas e ou estabelecidas normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, para a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas, bem como para a formação de recursos humanos.

Paralelamente, os órgãos competentes promoverão a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. Será promovida, também, a integração do APH ao atendimento hospitalar de emergência, com a implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios, às quais competirá a articulação com os órgãos que mantêm este tipo de serviço, estimulando-os a atuar de forma compartilhada.

Ao lado disso, deverá ser incentivada a organização de consórcios entre municípios de menor porte e a ampliação do APH para as rodovias, por intermédio das polícias rodoviárias estaduais e federais, segundo normas estabelecidas de comum acordo entre estas e os gestores do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência.

3.4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de forma que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutive, desde o primeiro nível de atenção. A consecução desse atendimento dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no tocante à definição, implantação e avaliação das ações. Nesse particular, ainda, deverão ser apoiados projetos e repasse de recursos voltados à estruturação e à organização mencionadas.

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

A assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais. Além disso, deverá ser estimulada a criação de núcleos de trabalho acerca do tema nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, nas sociedades científicas, nas instituições e serviços públicos e privados afins, bem como em grupos organizados da sociedade civil.

Serão definidas unidades de atendimento para emergências e urgências, conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para uma menor plethora nos serviços de alta complexidade. Em regiões onde não houver condições para a instalação de serviços com complexidade mediana, serão estimuladas, sobretudo mediante a organização de consórcios intermunicipais, a regionalização e a hierarquização do sistema de atenção hospitalar.

Paralelamente, promover-se-á a valorização, a especialização, a atualização e a reciclagem de profissionais que atuam nos serviços de emergência. Buscar-se-á, igualmente, maior vinculação das universidades, com vistas à formação de recursos humanos para esse fim.

Os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao atendimento pediátrico. Deverá ainda ser enfocada a especialização em gerenciamento de serviços de saúde. A

formação desses profissionais contemplará, além dos aspectos clínico, cirúrgico e gerenciais, a abordagem psicossocial nos casos de violência.

A formação e a certificação de profissionais atuantes no sistema de emergência pré-hospitalar e hospitalar serão de responsabilidade das escolas de medicina e enfermagem credenciadas pelo Ministério da Educação. Somam-se aos núcleos formadores e certificadores as sociedades médicas, de enfermagem e científicas cuja titulação seja reconhecida.

Nas localidades onde seja elevada a demanda de pacientes aos hospitais de emergência de alta complexidade, serão criados serviços de pronto atendimento, em diversas áreas das regiões metropolitanas, que atuarão principalmente como instâncias de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência.

A ampliação do número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergência constituirá, da mesma forma, medida essencial. Tais leitos deverão ser criados na própria unidade hospitalar que possua setor de urgência, bem como em hospitais de retaguarda, destinados a dar o devido suporte às referidas unidades. Paralelamente, procurar-se-á também adequar a oferta de leitos de terapia intensiva, quer para adulto, quer pediátrica.

Com relação aos serviços de atenção especializada - tais como unidade de queimados, centros de atendimentos toxicológicos, unidades de hemodinâmica, diálise, gestação de alto risco, entre outros -, serão procedidos levantamentos para avaliação e posterior adequação às necessidades. Todas as unidades de atendimento a grandes emergências e aquelas que forem únicas em determinadas localidades ou regiões do País deverão desenvolver e adotar treinamentos simulados, em situação de catástrofes ou ocorrências que envolvam grande número de vítimas.

A unidade de tratamento de pacientes de alto risco será um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Terá como finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, seja cirúrgico ou clínico, que esteja em risco iminente de morte. Essas unidades deverão atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para o transporte adequado de pacientes entre diferentes serviços.

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

O cartão da criança será ser utilizado e valorizado como instrumento básico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como de registro de situações de risco, tais como: modificação

do ritmo de crescimento, não cumprimento do calendário de vacinação, atraso nas etapas do desenvolvimento, desnutrição, desmame, que poderão, dentro de um atendimento geral, auxiliar na detecção de situações de negligência.

O atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde contemplará o aumento da autoestima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia. Dessa forma, deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal.

A assistência aos idosos, no âmbito hospitalar, levará em conta que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do enfermo hospitalizado. Neste sentido, a capacidade funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde - ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros -, na conformidade do que estabelece a Lei N.º 8.842/94, em seu Art. 4º, inciso VIII, e o Art. 17, do Decreto N.º 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados - conveniados ou contratados - pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que será sempre observado é a possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco envolvidos. O profissional de saúde, quando houver indícios de que um idoso possa estar sendo submetido a maus-tratos, deverá denunciar sua suspeita.

Especial atenção será dada à formação das equipes de saúde para o diagnóstico e o registro corretos da relação entre trabalho, acidentes e violências. Para tanto, a rede assistencial deverá ser capacitada não só para prestar a atenção requerida, mas também para acionar o desencadeamento de ações de prevenção. Para tanto, buscar-se-á a contínua integração entre as ações assistenciais e aquelas atinentes à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, para que sejam desencadeadas medidas oportunas e adequadas nos ambientes de trabalho, visando ao controle e ou eliminação dos fatores de risco neles presentes.

Além disso, incentivar-se-á a criação e a capacitação de unidades de emergências para o atendimento de intoxicações, enfatizando-se aquelas decorrentes de agrotóxicos, com apoio toxicológico de emergência e de referência.

3.5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.

A operacionalização dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nesta fase da atenção.

O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família. Assim, os serviços de reabilitação prestarão atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral.

Para favorecer o alcance da independência do paciente dentro da nova situação, procurar-se-á provê-lo dos vários recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas e auxílios de locomoção, como andadores, muletas, bengalas, meios de comunicação alternativos, entre outros.

Deverão ser criados mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e a sua família como sujeitos da ação de recuperação. Dois desses mecanismos serão a sensibilização e a informação dos gerentes dos serviços e dos profissionais de saúde sobre os seus respectivos papéis na orientação dos portadores de seqüelas e familiares.

A readaptação do paciente à família e à sociedade requererá a adoção de medidas essenciais, tais como:

- diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;
- levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades;
- adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais;
- incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de seqüelas.

Paralelamente, promover-se-á a organização de uma rede coordenada de atendimento - incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade -, mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. Tal estratégia visa potencializar os recursos disponíveis localmente, bem como aqueles que são colocados à disposição por parte das diferentes instâncias do SUS, de que são exemplos os recursos financeiros repassados pelo nível federal aos gestores estaduais e municipais para o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais e hospitalares.

A entrada do usuário nessa rede dar-se-á pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades. Essa organização da atenção não significa que, pelo fato de ser assistido em um serviço de menor complexidade, o paciente não terá acesso àquele

compreendido nos outros níveis. Na realidade, essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando-se a sobrecarga de qualquer um dos serviços.

3.6. Capacitação de recursos humanos

A preparação de recursos humanos deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes aqui fixadas, destacando, em especial:

- promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas;
- criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde;
- complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC;
- promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado - homologado pelo MEC - para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar.
- capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo.

3.7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências constituirá medida essencial para que o tema seja, efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde.

As pesquisas deverão integrar estudos de cunho sócio-antropológico, essenciais para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins ao tema. Aliam-se a essas, pesquisas epidemiológicas e clínicas que permitam a identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas redes causais de acidentes e de violências, ao mesmo tempo que indicam áreas e grupos sociais mais vulneráveis a esses agravos.

Será necessário também desenvolver investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes na sociedade. Para tanto, as universidades e os centros de investigação deverão estar integrados com as temáticas geradas a partir dos serviços.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País - propósito desta Política Nacional - requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado

provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.

Por outro lado, tendo em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais. Essas parcerias significam a conjugação de esforços que se expressam mediante a implementação de um amplo e diversificado conjunto de ações articuladas, voltadas à prevenção de acidentes e de violências e, por via conseqüência, à redução da ocorrência destes eventos, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da população.

Na articulação intersetorial, será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, que é um dos elementos capazes de refletir decisivamente na redução de acidentes e de violências no País.

4.1. Articulação intersetorial

No âmbito federal, caberá ao Ministério da Saúde promover a articulação dentro do próprio setor e com as instâncias a seguir identificadas, com as quais buscará construir e consolidar as parcerias anteriormente referidas, a partir das medidas aqui explicitadas e consideradas essenciais para o alcance do propósito estabelecido na presente Política Nacional.

Além das responsabilidades específicas em relação a esta Política, caberá também aos gestores estaduais e municipais do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria, preconizada neste documento.

A. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Buscar-se-á, em especial, com essa Secretaria, a promoção de medidas destinadas a adequar e ou readequar os espaços urbanos, domésticos e dos edifícios públicos e particulares, com vistas à prevenção de acidentes e de violências, e permitir a livre locomoção dos pacientes vítimas destes eventos.

B. Ministério da Justiça

A parceria a ser estabelecida visará principalmente:

- a sensibilização e a capacitação de médicos que atuam nos institutos de medicina legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, atendimento humanizado, favorecendo a emissão de laudos completos para a adoção das medidas cabíveis, bem como a alimentação dos sistemas de informações;
- a criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual;

- a integração dos sistemas de informações relacionados a acidentes e a violências, disponíveis nos âmbitos policial e de trânsito, inclusive com a padronização nacional dos formulários de cada um destes sistemas;
- a promoção de medidas destinadas a melhorar a segurança dos pedestres, dos condutores, dos passageiros, dos veículos e das vias públicas;
- a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro - CTB -, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias;
- a promoção de medidas, tendo em conta os Artigos 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto à importância do Código, entre as quais destacam-se: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco que interferem na direção segura; a divulgação, em nível nacional, do Código e de sua regulamentação, de modo a facilitar a participação do poder público e da população; o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, ressaltando o seu papel na prevenção, inclusive com a elaboração de manual acerca desta participação no trânsito;
- o cumprimento de dispositivo contido no CTB relativo à utilização no trânsito dos recursos nele gerados, sobretudo na introdução de novas tecnologias e no treinamento de recursos humanos;
- o cumprimento e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante, por exemplo, o fortalecimento das medidas adotadas contra a prostituição infanto-juvenil, a erradicação do trabalho infantil e as referentes a crianças, adolescentes e jovens autores de atos infracionais;
- a divulgação da Lei N.º 9.534/97 e a promoção do seu cumprimento, em especial no que respeita à gratuidade do registro civil de nascimento;
- o estabelecimento de protocolos de cooperação visando à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes e de violências, compreendendo a elaboração e implantação de projetos conjuntos, bem como a padronização de formulários, como o Boletim de Ocorrência Policial, entre outros;
- o treinamento para policiais, técnicos do IML e demais profissionais envolvidos, respeitadas as suas áreas de competência;
- a adoção de medidas de controle de armas de fogo, considerando-as como importante fator de risco para a violência.

C. Ministério da Educação

Buscar-se-á, com esse Ministério, sobretudo:

- a inclusão nos currículos de primeiro e segundo graus, bem como nos cursos profissionalizantes e técnicos, de conteúdos referentes à prevenção de acidentes e de violências;
- a mobilização das universidades para que induzam investigações atinentes aos acidentes e às violências, não só divulgando-as em publicações científicas, mas de forma que contribuam, inclusive, para a melhoria e o aprimoramento da rede de serviços;
- a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, educação, assistência social e direito de disciplina relacionada a acidentes e a violências;
- a adoção, no nível médio de ensino, de currículo interdisciplinar com conteúdo programático sobre defesa civil;
- o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;
- o incentivo, nos cursos de graduação da área de saúde, à formação em emergência;
- o estabelecimento de currículo mínimo para técnicos de emergência e de profissionais;
- o apoio no estabelecimento de cursos e estágios de educação continuada e atualização para profissionais de saúde e outros envolvidos no atendimento pré-hospitalar e hospitalar às emergências;
- o estímulo à criação de residência médica e de enfermagem em emergência - contemplando aspectos do planejamento, administração e prestação de serviços - e a sua respectiva homologação pelos órgãos competentes.

D. Ministério do Trabalho e Emprego

A parceria a ser estabelecida visará a implementação das medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e o fortalecimento das iniciativas destinadas a erradicar o trabalho infantil e a coibir a exploração do trabalho juvenil; além disso, procurará viabilizar a ampliação do programa de bolsas de trabalho para jovens.

E. Ministério da Previdência Social

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida buscará promover a ampliação da cobertura e o aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

F. Ministério dos Transportes

A parceria visará, sobretudo, a adoção de medidas destinadas a melhorar a segurança das vias públicas, mediante a inclusão, nos contratos de concessão de rodovias, de normas técnicas de procedimento, bem como de auditoria técnica independente.

G. Ministério da Ciência e Tecnologia

A articulação objetivará, em especial:

- a indução, por parte do MCT, de pesquisas que englobem as diferentes questões relativas a acidentes e a violências, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento das medidas dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas destes eventos;
- o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos de todas as fontes, particularmente dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;
- o estímulo à criação de novas tecnologias - preventivas, recuperativas e reabilitadoras - inerentes às violências e aos acidentes.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde

- Implementar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento desta Política Nacional, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.
- Assessorar as Unidades Federadas na elaboração e implementação de suas respectivas políticas estaduais.
- Desenvolver e implementar mecanismos que possibilitem a articulação intrasetorial.
- Promover a ampliação da abrangência dos sistemas de informação inerentes à morbidade e mortalidade, de modo que cubram, de forma adequada e suficiente, dados relativos a acidentes e a violências; criar sistema padronizado e integrado que contemple dados relacionados a atendimentos de pré-hospitalar, pronto-socorro e ambulatório, que permita as investigações das causas externas; e viabilizar auditoria relativa a qualidade da informação.
- Incorporar as causas externas como agravo de notificação.
- Organizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.
- Promover o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento dos casos de violência doméstica em crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e portadores de deficiência visando o atendimento e o conhecimento destes casos.
- Promover a elaboração e acompanhar o cumprimento das normas relativas a acidentes e a violências no âmbito do setor saúde.
- Promover o cumprimento, no âmbito da ação específica do setor, dos preceitos contidos no ECA, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (Artigos 7 e 14).
- Apoiar a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias.
- Participar da promoção de medidas preventivas, tendo em conta os Artigos 77 e 78 do Código de Trânsito Brasileiro, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto a sua importância, entre as quais se destacam: a elaboração e a divulgação de material educativo

referente aos fatores de risco e o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, inclusive da elaboração de manual acerca desta participação.

- Estabelecer recomendações clínicas sobre patologias e comportamentos que possam comprometer a capacidade de dirigir e associar-se a organizações da sociedade civil, empresas públicas e privadas para a sua intensa divulgação.
- Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação desta Política.
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, promover a disseminação e divulgar as informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.
- Promover a capacitação de recursos humanos.
- Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.
- Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.
- Fomentar a organização e a consolidação de serviços de atendimento pré-hospitalar, assim como estabelecer normas para o seu funcionamento, integrando-os ao atendimento hospitalar de emergência.
- Apoiar a organização da rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, bem como para a recuperação e reabilitação.
- Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.
- Promover a padronização, em âmbito nacional, de boletim de atendimento médico ao nível pré-hospitalar, hospitalar de emergência e ambulatorial, possibilitando a ação efetiva de vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.
- Inserir de forma destacada, nas bulas de medicamentos, informações acerca dos riscos do uso destes produtos na execução de determinadas atividades, de que são exemplos a operação de máquinas pesadas, a direção de veículos, entre outras, inclusive quanto aos seus efeitos potencializadores.
- Prestar assessoria na organização de consórcios intermunicipais.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual relativa a acidentes e a violências, no âmbito do setor saúde, consoante a esta Política Nacional.

- Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, decorrentes desta Política.
- Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política, na conformidade da orientação constante na introdução deste capítulo 4.
- Organizar, padronizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.
- Organizar e implementar sistemas integrados de informação de morbidade e mortalidade, relacionados a acidentes e a violências.
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação da presente Política e da respectiva política estadual.
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas nesta Política Nacional e na respectiva política estadual.
- Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.
- Promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas da saúde e afins.
- Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.
- Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e de violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude.
- Apoiar os municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.
- Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.
- Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.
- Organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente

- Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.
- Promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo estado.
- Promover e executar a articulação entre os diferentes setores no município, visando a implementação das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, na conformidade da orientação constante na introdução deste capítulo 4.
- Promover e executar o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco das atividades específicas decorrentes das Políticas Nacional e Estadual.
- Estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbimortalidade por acidentes e violências.
- Desenvolver ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.
- Promover a observância da Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.
- Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos munícipes, mobilizando, para tanto, os diferentes segmentos sociais locais.
- Aplicar e acompanhar o cumprimento das normas decorrentes desta Política.
- Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.
- Organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A partir de sua operacionalização a presente Política Nacional compreenderá o desenvolvimento de um processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e de violências no País, bem como acerca das conseqüências decorrentes destes eventos, sobretudo no tocante ao atendimento, recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas. Além disso, deverá possibilitar a incorporação de

novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados a acidentes e a violências e a realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática.

Para o desenvolvimento desse processo, serão definidos parâmetros, critérios e metodologias específicas, capazes de, inclusive, favorecer o conhecimento da repercussão das medidas levadas a efeito por setores com os quais se buscará estabelecer parcerias, identificadas no capítulo "Responsabilidades Institucionais", deste documento.

Tais acompanhamento e avaliação poderão valer-se dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos ou atividades que serão operacionalizados a partir desta Política.

Além da avaliação anteriormente prescrita, procurar-se-á investigar a repercussão desta Política sobre a qualidade de vida das pessoas, 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 N.º 8.080/90), destacando-se:

- a "integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (inciso II);
- a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);
- o "direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde" (inciso V);
- a "conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população" (inciso XI);
- a "capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência" (inciso XII);
- a "organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos" (inciso XIII).

O processo de acompanhamento aqui preconizado deverá, igualmente, avaliar em que medida estão sendo cumpridas as metas e compromissos internacionais dos quais o Governo Brasileiro é signatário, bem como daqueles oriundos de eventos nacionais.

6. TERMINOLOGIA

Abandono - ausência ou deserção, por parte do responsável, dos cuidados necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado.

Abuso financeiro aos idosos: exploração imprópria ou ilegal e ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso.

Abuso físico ou maus-tratos físicos - uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade.

Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos - agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social.

Abuso sexual - ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Acidentes ampliados - são acidentes relacionados a indústrias de processos contínuos; não se restringem ao ambiente de trabalho, afetando comunidades do entorno e produzindo efeitos adversos ao longo do tempo.

Autonegligência - conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado.

Acidentes de transporte - todo acidente que envolve veículo destinado ao transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.

Acidentes de trânsito - acidentes com veículos, ocorridos na via pública.

Agentes tóxicos - toda substância que, em contato com o organismo, causa alterações em suas funções.

Atendimento de recuperação e reabilitação - atendimento oferecido após a alta do paciente, geralmente em ambiente ambulatorial.

Atendimento pré-hospitalar - atendimento especializado oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital.

Causas externas - ocorrências relacionais e acidentais e circunstâncias ambientais como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos.

Deficiência - qualquer perda ou alteração de uma estrutura, função de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica.

Fatores de risco - elementos de qualquer origem que possam comprometer ou colocar em risco a integridade física e ou emocional de um indivíduo.

Imaginologia - estudo de todos procedimentos diagnósticos por imagem.

Incapacidade - qualquer restrição ou falta - resultante de uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade nos moldes e limites considerados normais para um ser humano.

Informações tóxico-farmacológicas - informações sobre envenenamentos por medicamentos, produtos domiciliares, inseticidas, plantas tóxicas, animais peçonhentos, metais pesados, euforias (cocaína, LSD etc.), interações medicamentosas ou de drogas e teratogênese, bem como ações preventivas na área toxicológica.

Negligência - recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima.

Notificação - é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde.

Reabilitação - desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais.

Recuperação - ato de recuperar, recobrar ou restaurar funções, membros ou segmentos corporais que foram atingidos por lesões ou traumas.

Seqüelas - danos deixados por qualquer doença ou agravo.

Profissionais responsáveis pela segurança relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar - Corpos de Bombeiros, Policiais Cíveis, Militares, Rodoviários, e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelo Gestor público da saúde, para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em suporte básico de vida (intervenção conservadora não-invasiva) sob supervisão médica, normalizados pelo SUS.

Suporte básico de vida - estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas (como imobilização do pescoço, compressão de sangramento etc.).

Suporte avançado de vida - estrutura de apoio oferecido a pacientes em risco de morte, promovido por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas (como, por exemplo, drenagem de tórax, acesso às vias aéreas, acesso venoso etc.).

Unidade de tratamento de pacientes de alto risco - ambiente destinado a oferecer suporte básico e avançado de vida, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto intra quanto inter-hospitalar.

Veículos para atendimento pré-hospitalar - viaturas equipadas com equipamentos para resgatar vítimas presas em ferragens ou em outras condições anômalas.