



# Pequenas vítimas

Acidentes e agressões são a principal causa de morte de crianças de 1 a 6 anos no Brasil. Respondem por quase um quarto dos óbitos

Uma queda do berço. Uma surra com vara. Um acidente de carro. Um afogamento. Um estupro. Acontecimentos bem diferentes, mas com uma característica em comum: juntos, acidentes e agressões são a primeira causa de morte de crianças de 1 a 6 anos de idade no Brasil.

A violência contra a criança pode ser compreendida como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos a seu desenvolvimento. Pressupõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o adulto e a criança.

Historicamente, a agressão física sempre fez parte da maneira de educar as crianças, tendo por justificativa protegê-las do perigo ou fazer com que se tornem “bons” adultos.

A maior parte dos casos de violência contra a criança acontece no espaço em que ela costuma passar mais tempo: a casa. A família, entendida como um dos primeiros ambientes protetores da criança, pode apresentar, em seu interior, relações

não protetoras, causadas por complexos fatores econômicos e/ou culturais.

Essas relações não protetoras no ambiente familiar podem ser classificadas pelo menos de três formas:

- As práticas educacionais que fazem uso de violência física (castigo, palmadas, surras etc.).
- Os acidentes, as negligências, a síndrome do bebê sacudido e os abusos, incluindo o sexual.
- As ações ou omissões que levam à morte.

Esses também são os principais fatores que fazem a criança se afastar ou ser afastada do convívio familiar, sujeitando-a a outras violências nas ruas ou em abrigos. A superação desse problema requer que todos os setores da sociedade se envolvam, e com um foco que vai além do individualizado. Toda a sociedade tem o compromisso de empreender uma mudança cultural em médio e longo prazo. Os princípios de uma educação saudável e não violenta devem ser cada vez mais incentivados e disseminados.

No Brasil, só é possível conhecer números oficiais de violência por meio de registros de morbimortalidade, que permitem desagregação por idade. Para que se faça esse registro, no entanto, a denúncia precisa chegar até o setor de saúde ou de segurança pública. É nesse ponto que se revela um dos maiores problemas de registro para a violência ocorrida em espaços privados: os casos não comunicados à área de saúde ou de segurança pública ficam de fora das estatísticas oficiais.

Por ocorrer em geral em espaços privados, a violência pode ficar encoberta por meses ou mesmo anos até ser denunciada. Há um fator que colabora para que não seja notificada: a crença, difundida entre alguns adultos responsáveis por cuidados com a criança, de que tapas, castigos e outras violências físicas fazem parte da maneira de educá-la. Além disso, crianças pequenas não têm como denunciar a violência que sofrem, e, apesar dos avanços no reconhecimento legal de sua cidadania, sua palavra, em geral, é considerada fantasia.

Os dados nacionais oficiais desagregados mais recentes sobre violência doméstica datam de 1988. Publicada em 1989 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pesquisa por amostragem nacional apontou o espaço familiar como local freqüente de ocorrência de agressões físicas, tanto na infância como na adolescência. Segundo o livro *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros* (2005), publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, esses únicos dados nacionais mostram que cerca de 200 mil crianças e adolescentes declararam ter sofrido agressão física. Em 80% dos casos, os agressores eram parentes e conhecidos.

Nos dois sistemas de notificação existentes – **Sistema de Informações para a Infância e Adolescência (Sipia)**, e Disque-Denúncia, ambos da Subsecretaria de Direitos Humanos da Secretaria Geral da Presidência da República –, verifica-se que a maioria das denúncias, independentemente da forma como é registrada, também aponta o espaço doméstico ou das relações familiares como seu principal lugar de ocorrência.

1. Suely F. Deslandes, Simone G. de Assis e Nilton C. dos Santos, *Violências Envolvendo Crianças no Brasil: Um Plural Estruturado e Estruturante, em Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*, Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

## MORTES EVITÁVEIS

Em toda a década de 1990, os acidentes e a violência, classificados internacionalmente como causas externas, destacaram-se como a principal causa de óbitos de crianças de até 9 anos de idade<sup>1</sup>. De 1996 a 2003, eles foram responsáveis por 21,11% das mortes de meninos e meninas de 1 a 6 anos, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (veja Tabela 1).

Entre os eventos que compõem essas causas, os acidentes de transporte figuram em primeiro lugar: 27,3% das mortes por causas externas de crianças de 1 a 4 anos em 2002 (veja Tabela 2). Análise mais atenta das estatísticas de morte de crianças no trânsito revela que, entre as crianças vítimas fatais de acidentes de transporte, a maioria era pedestre (vítima de atropelamento).

Outro dado que chama a atenção é o significativo número de mortes de crianças com menos de 7 anos de idade por causas não especificadas: 32,5% entre todas as causas externas, em 2003, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), intoxicação, seqüelas de queimadura, operações de guerra, entre outros, compõem esse percentual.

Essa não especificação é explicada muito mais pela forma como as causas externas são apresentadas e classificadas que por uma não relevância ou não freqüência do dado em si. Os números revelam que esse percentual, o maior entre todas as causas de morte em um único ano para crianças menores

Tabela 1

Principais causas de morte de crianças de 1 a 6 anos (1996-2003)	
Doenças infecciosas e parasitárias	14,87%
Neoplasias	6,74%
Doenças do aparelho respiratório	16,76%
Más-formações congênitas	5,99%
Doenças do sangue	1,93%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,15%
Doenças do sistema nervoso	6,52%
Outras doenças	6,17%
Não foi possível diagnosticar a doença	15,76%
Causas externas de morbidade e mortalidade	21,11%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Ministério da Saúde.

Tabela 2

Mortalidade por causas externas de crianças e adolescentes por faixa etária (2002)					
	Menor	De 1 a	De 5 a	De 10 a	De 15 a
	que 1 ano	4 anos	9 anos	14 anos	19 anos
Acidentes de transporte	9,04%	27,3%	46,25%	33,65%	20,89%
Quedas	4,08%	4,42%	3,75%	2,92%	1,05%
Afogamento e submersões acidentais	3,19%	26,48%	22,52%	20,92%	7,13%
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	3,81%	6,12%	3,0%	0,49%	0,21%
Envenenamento, intoxicação por exposição a substâncias nocivas	0,62%	1,34%	0,4%	0,14%	0,11%
Lesões autoprovocadas voluntariamente	0%	0,05%	0,1%	3,72%	4,48%
Agressões	7,98%	5,14%	5,76%	20,61%	54,9%
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	13,03%	9,51%	6,36%	6,85%	7,0%
Intervenções legais e operações de guerra	0%	0%	0%	0%	0,29%
Todas as outras causas externas	58,24%	19,64%	11,86%	10,71%	3,94%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SIM, Ministério da Saúde.

de 7 anos de idade, talvez merecesse ser alvo de uma análise mais atenta e refinada. Um detalhamento maior dos dados poderia revelar novos agravos na saúde da criança pequena e até, se for o caso, reorientar as políticas de prevenção a acidentes e violência contra crianças nessa idade.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o conceito de acidente como evento imprevisível é incorreto e contraproducente, além de dificultar uma abordagem adequada. A tendência atual considera que o acidente, na grande maioria das vezes, não ocorre ao acaso e pode ser evitado. Na mesma direção, outros especialistas argumentam que “muitos acidentes que acontecem com crianças poderiam ser classificados como violência”. E perguntam se todos os acidentes são acidentais<sup>2</sup>.

De acordo com o artigo O Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras<sup>3</sup>, muitos desses acidentes indicam negligência e falhas nos cuidados e na supervisão das crianças.

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por exemplo, revela que 25% dos casos de intoxicação registrados em 2001 – fatais ou não – aconteceram com crianças com menos de 5 anos de idade. Os principais agentes causadores são medicamentos e produtos de limpeza.

Com relação a essa causa específica de mortalidade, caberia aos pais atenção redobrada e ao poder público elaborar e aprovar leis que contribuam para a prevenção. Tramitam no Congresso Nacional dois projetos de lei: um que proíbe a venda de álcool líquido e outro que visa à adoção de uma Embalagem Especial de Proteção à Criança (EEPC) para produtos químicos e medicamentos que apresentem riscos à saúde. Essa embalagem dificulta que crianças com menos de 5 anos de idade abram a embalagem e retirem o produto.

Outros tipos de ocorrências frequentes, como quedas e afogamentos, dependem de cuidados dos pais ou responsáveis para ser evitados. Analisando o perfil das mortes de crianças menores de 9 anos, especialistas em saúde pública<sup>4</sup> assinalam que, nos casos de morte por queimaduras ou queda de janelas, em geral não havia nenhum adulto em casa no momento do acidente.

É importante refletir sobre o quanto podem ser evitáveis os acidentes com as crianças, porém não se deve responsabilizar apenas a família por essas mortes. Muitas vezes, os pais não dispõem de informações suficientes para perceber os riscos aos quais as crianças estão sujeitas. Realizar campanhas de esclarecimento sobre esses acidentes e

2. Deslandes, Assis e dos Santos, *op. cit.*

3. Maria Helena Prado Mello Jorge e Edinilza Ramos de Souza, *Violência Faz Mal à Saúde*, Ministério da Saúde, 2004.

4. Deslandes, Assis e dos Santos, *op. cit.*

ensinar métodos de prevenção é uma boa maneira de alertar todos.

A morte de meninos e meninas causada por violência intencional, entretanto, é possível de ser quantificada. As agressões, definidas como qualquer lesão infligida por outra pessoa com a intenção de ferir ou matar, corresponderam a 5,14% das mortes por causas externas de crianças entre 1 e 4 anos em 2002.

Tabela 3

Denúncias de violência por tipo, faixa etária e raça das vítimas							
Idade	Categoria	Amarelo	Branco	NI*	Índio	Negro	Pardo
0	Negligência	0	2	3	0	2	1
	Violência física	0	4	0	0	0	1
	Violência psicológica	0	2	1	0	0	1
	<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	Violência sexual	0	5	0	0	1	5
	Negligência	0	41	2	0	16	27
	Violência física	0	41	2	0	11	26
	Violência psicológica	0	17	0	0	3	5
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>104</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>63</b>	
2	Violência sexual	0	14	0	0	4	6
	Negligência	0	48	3	0	22	52
	Violência com morte	0	0	0	0	0	1
	Violência física	2	61	3	0	16	53
	Violência psicológica	0	25	1	0	4	14
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>148</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	<b>126</b>	
3	Violência sexual	0	21	0	0	5	13
	Negligência	0	47	0	1	23	59
	Violência física	0	56	2	1	25	60
	Violência psicológica	0	19	0	0	8	12
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>143</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>61</b>	<b>144</b>	
4	Violência sexual	0	15	2	0	5	16
	Negligência	0	43	4	0	17	57
	Violência com morte	0	0	0	0	0	1
	Violência física	0	55	2	0	23	77
	Violência psicológica	0	23	2	0	6	22
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>136</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>51</b>	<b>173</b>	
5	Violência sexual	0	17	0	0	4	10
	Negligência	0	60	1	0	18	63
	Violência física	1	69	0	0	23	78
	Violência psicológica	0	23	0	0	8	9
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>	<b>169</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>53</b>	<b>160</b>	
6	Violência sexual	0	21	0	0	7	6
	Negligência	1	43	0	1	12	44
	Violência física	1	53	1	1	18	68
	Violência psicológica	1	21	1	0	2	13
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>138</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>39</b>	<b>131</b>	

Fonte: Documento preliminar do Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, com base em dados do Disque-Denúncia. O dado representa a cor declarada pelo denunciante.

\*Raça não identificada.

Boa parte dos casos de violência contra a criança não resulta, necessariamente, em óbito, mas tem forte impacto na saúde e no desenvolvimento infantil. De maneira geral as crianças pequenas estão mais vulneráveis às agressões que acontecem no âmbito doméstico – tanto as fatais como as não fatais –, segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Entre as violências não fatais que ocorrem no âmbito doméstico, destacam-se, além da violência física, a negligência, os abusos sexuais e a violência psicológica.

Documento preliminar do Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes mostra que, de fevereiro a setembro de 2005, houve 1.942 denúncias de violência contra crianças de até 6 anos no serviço Disque-Denúncia, da Subsecretaria de Direitos Humanos da Secretaria Geral da Presidência da República. A maior parte diz respeito a violência física e negligência.

Os dados também indicam que a faixa etária tem mais influência que a condição racial ou étnica (veja Tabela 3). Quanto ao gênero, a maioria das vítimas é menina.

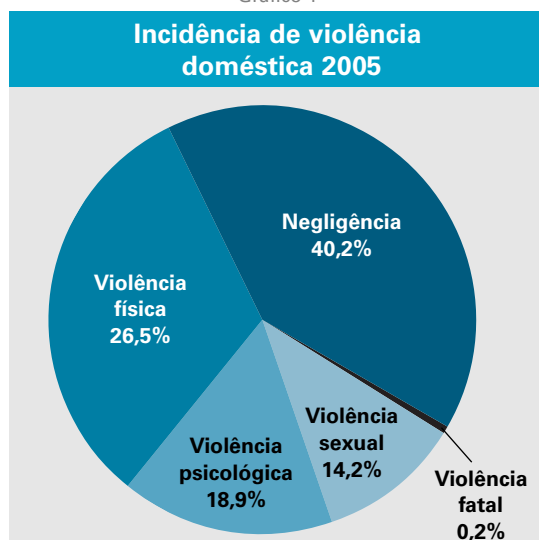
Conforme levantamento do Laboratório de Estudos da Criança (Lacri), do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP), entre as modalidades de violência doméstica às quais crianças e adolescentes de até 19 anos estão sujeitos, a negligência<sup>5</sup> é a mais frequentemente notificada: correspondeu a 40,2% em 2005 (veja Gráfico 1). Foram pesquisados dezesseis Estados e o Distrito Federal. É importante ressaltar que os números representam apenas a ponta de um enorme iceberg de violências.

Segundo a pesquisa do Lacri, a segunda modalidade de violência doméstica mais notificada é a física. O relatório da OMS aponta que, entre as violências físicas, as que mais atingem as crianças pequenas se manifestam com fraturas em locais que normalmente não seriam quebrados. Há também muitos casos de crianças de até 9 meses de

5. Negligência representa uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Ela configura-se quando os pais ou responsáveis falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos, etc. e quando tal falha não é o resultado de condições de vida além do seu controle.

Fonte: Maria Amélia Azevedo e Viviane Nogueira de Azevedo Guerra, *Infância e Violência Fatal em Família*, SP, Iglu, 1998.

Gráfico 1



Fonte: Laboratório de Estudos da Criança (Lacri) da Universidade de São Paulo (USP), Quadro Síntese de Violência Doméstica Notificada, 2005 (link *estatísticas brasileiras* em [www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/](http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/)).

idade que sofrem da Síndrome do Bebê Sacudido, causada por sacudidas de forma violenta na criança, que podem gerar hemorragias e até a morte.

Ainda de acordo com a sistematização do Lacri, a violência sexual é um dos tipos de violência doméstica contra crianças e adolescentes menos notificados. Essa baixa presença nas notificações pode ser justificada pelo tabu que representa.

Dados da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia), que gerenciou o Disque-Denúncia até 2003, mostram que, nas 1.560 denúncias de abuso sexual recebidas entre 1997 e 2003, 18% das vítimas tinham menos de 8 anos. A pequena amostra não pode ser estendida ao Brasil, mas evidencia a dimensão do problema em escala nacional.

Estudo qualitativo com crianças atendidas pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, do Hospital Pérola Byington, em São Paulo – uma das principais referências brasileiras no tratamento da questão<sup>6</sup> – aponta que, até os 10 anos de idade, o tipo de violência predominante é o atentado violento ao pudor sem nenhum tipo de agressão física e mesmo contato genital. Segundo a pesquisa, os principais agres-

sores desse tipo de violência são familiares e pessoas próximas à criança, e o ambiente em que ele mais ocorre é o doméstico.

Na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) que investigou a exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil, muitas adolescentes vítimas revelaram nos testemunhos que haviam sofrido abuso sexual intrafamiliar na infância. Essa violência, somada a outras vulnerabilidades, acabava envolvendo-as nas redes de exploração sexual.

Apesar dos dados escassos sobre a exploração sexual comercial de crianças, estudo recente feito pelo Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (Cecria)<sup>7</sup> identificou 26 rotas específicas de exploração de crianças<sup>8</sup>.

## Pouca punição e responsabilização

Estima-se que 20% das mulheres e 10% dos homens de todo o mundo tenham sofrido violência sexual na infância. A estimativa do número de agressores punidos, entretanto, é bem menor: 6%. No caso brasileiro, devido à lentidão e ao acúmulo de processos no Judiciário, é possível que seja menor<sup>9</sup>. Em relação à violência contra crianças de até 6 anos, acredita-se que o número seja ainda mais reduzido, devido à dificuldade de apresentação de provas.

Com o objetivo de promover uma gestão integrada dos direitos e da política de atenção à infância e à adolescência, foi criado o Sistema de Garantia de Direitos, articulação de órgãos e ações governamentais e não-governamentais prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Contudo, apesar do papel estratégico para diagnosticar e enfrentar a violência sexual na infância, as unidades do sistema ainda não foram implementadas de maneira suficientemente abrangente.

As Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), por exemplo, foram criadas para receber denúncias e apurar crimes contra crianças e adolescentes, além de atuar na prevenção e defe-

6. *Estudo de Fatores Relacionados à Violência Sexual Contra Crianças, Adolescentes e Adultas*. Jefferson Drezett, Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, tese de doutorado, 2000.

7. Maria Lúcia Leal e Maria de Fátima Leal, *Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial (Pestraf)*, Brasília, Cecria, 2002.

8. *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*, Ministério da Saúde, 2005.

9. Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams, *Abuso Sexual Infantil*, São Carlos, Laboratório de Análise e Prevenção da Violência/Departamento de Psicologia/Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), 2001.

sa dos seus direitos. Com base no princípio da proteção integral, esses órgãos têm estrutura diferenciada das delegacias comuns para fazer um atendimento qualificado. E têm contribuído para um alto índice de resolubilidade dos inquéritos policiais.

O número de delegacias de proteção, no entanto, é pequeno: até 2003, havia apenas 24 delas em dezesseis Estados e no Distrito Federal<sup>10</sup>. A continuação do processo também é prejudicada, pois o número de varas especializadas, instâncias que julgam os processos de crimes contra os direitos da criança e do adolescente, é menor ainda: apenas quatro em todo o Brasil.

### A violência nos abrigos e nas escolas

Fora do ambiente doméstico, creches, abrigos e pré-escolas são outros espaços onde ocorre violência contra a criança. As estatísticas, no entanto, ainda são raras. A falta de dados sistematizados pode ser atribuída à pouca estruturação de órgãos relevantes do Sistema de Garantia de Direitos ou a uma falta de prioridade dos mesmos para as crianças pequenas e a violência que lhes afeta.

Para este relatório, o UNICEF fez consultas aos Centros de Apoio Operacional (CAO) da Infância e da Juventude, órgãos auxiliares dos Ministérios Públicos estaduais, e Defensorias Públicas dos Esta-

dos e do Distrito Federal, sobre denúncias e investigações sobre violência em creches, escolas e abrigos afetando crianças de até 6 anos.

Apenas o CAO de Goiás respondeu – tinha dois processos instaurados. Os órgãos de outros Estados alegaram ausência de denúncias e falta de apoio para sistematizar os dados.

Em relação às defensorias, sete se manifestaram. Dessas, apenas duas possuíam registros de violência nesses espaços. A Defensoria Pública do Paraná recebe em média uma denúncia por mês. No Rio de Janeiro, a Coordenadoria de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Cdedica) registra cerca de dois casos por mês de lesões sofridas por crianças em creches e abrigos.

As respostas indicaram que a atenção prioritária das Defensorias Públicas, em geral, continua sendo a adolescentes em conflito com a lei. Por excesso de trabalho, poucas defensorias assumem o papel de zelar pela proteção da criança pequena com seus direitos ameaçados ou violados. Assim, ações em relação a creches, pré-escolas e abrigos ainda são raras.

## DIAGNÓSTICO E ENFRENTAMENTO

No Brasil, o enfrentamento da violência contra a criança ganha caráter mais oficial a partir de

10. *Delegacias de Proteção e Infância*, UNICEF/Saraiva, 2004.

## Trabalho pioneiro

### *Centro de Referência trata agressores e vítimas para reconstituir laços familiares*

Há dez anos, o Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV), mantido pelo Instituto Sedes Sapientiae, de São Paulo, trabalha com a perspectiva de sensibilização do agressor para recuperar uma dinâmica familiar saudável. O propósito do atendimento psicológico é alterar a compreensão da função do familiar-agressor dentro da família. E mudar a visão do papel e do lugar da criança, criando um olhar mais respeitoso.

Jogos dramáticos, vídeos e trabalhos em grupo marcam a estratégia de sensibilização. Assim como os agressores, as vítimas e outros familiares também passam por atendimento psicossocial, separadamente. Dessa forma, é possível abrir espaço para discussões conjuntas.

Os agressores chegam ao CNRVV por indicação da Justiça. Geralmente ou perderam a guarda da criança ou foram

afastados temporariamente da família. O centro tenta incentivar a reaproximação. Não há um prazo preestabelecido para que isso aconteça. Tudo depende da evolução do tratamento. Quando o agressor retorna à família, a fase de reintegração também é acompanhada pelos profissionais do centro.

E, mesmo depois que eles já não necessitam de atenção sistemática, a

1998, quando passa a ser considerada uma questão de saúde pública e o Ministério da Saúde reúne diversos setores da sociedade para debater a questão. O fruto dessas discussões foi o lançamento, em 2001, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidentes.

A política reconhece a gravidade da questão e propõe diretrizes para enfrentá-la de maneira mais eficaz:

- Promover a adoção de comportamentos seguros e ambientes saudáveis.
- Monitorar a ocorrência de acidentes e violências.
- Sistematizar, consolidar e ampliar o atendimento pré-hospitalar.
- Dar assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas.
- Estruturar e consolidar o atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.
- Capacitar recursos humanos.
- Apoiar o desenvolvimento de recursos e pesquisas.

Essa política nacional estabelece ações de prevenção, além de atendimento especializado a grupos mais vulneráveis à violência, como a população infantil. Também prevê a tipificação e o diagnóstico da violência, com a notificação dos maus-tratos aos órgãos de defesa dos direitos infanto-juvenis.

Com base nessa política, foram criados os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, em 2004. De caráter estadual e municipal, eles têm como missão elaborar o plano municipal e estadual de pre-

venção da violência e promoção da saúde. Também está em pauta articular diversos setores para prevenir a violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis, como crianças e adolescentes.

Os núcleos estão sendo implementados em municípios considerados de alto risco de violência. Até outubro de 2005, havia 65 núcleos instalados.

Menos de um ano depois do lançamento da política, a notificação dos agravos contra crianças e adolescentes já havia se tornado obrigatória, com a publicação da Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001, do Ministério da Saúde. A partir de então, o serviço médico que atende casos suspeitos ou comprovados de qualquer tipo de maus-tratos contra crianças e adolescentes é obrigado a notificar o Conselho Tutelar, que deve encaminhar o caso aos órgãos competentes.

A notificação e seus desdobramentos cumprem duas funções: garantir o melhor encaminhamento possível para as crianças vítimas de violência e produzir informações para um diagnóstico que subsidie a formulação de políticas de atendimento eficientes e eficazes.

### Barreiras culturais e estruturais

Alguns entraves impedem que se incorpore essa determinação como prática cotidiana. O primeiro deles

assistência contínua. Profissionais do CNRVV realizam visitas domiciliares periódicas às famílias. “A intenção é atuar para que se esgotem todos os recursos de recuperação”, diz a psicóloga Dalka Ferrari, coordenadora do centro. Até outubro de 2005, foram atendidos 14 agressores, de um total de 141 pessoas.

Além do pólo no município de São Paulo, o centro também implantou unidades no entorno, para realizar oficinas de prevenção à violência doméstica.

O CNRVV foi concebido em 1994 com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes diante de situações de violência doméstica. Dessa forma, recebe também vítimas e familiares que não foram os autores da agressão.

“Demorei um tempo para entender a verdade. A gente busca uma solução para os problemas, mas não existe uma resposta mágica para dissolvê-los”, diz N\*, 38 anos, uma das familiares atendidas em São Paulo. Mãe de uma menina e de um

menino, ela descobriu, no final de 2002, quando já estava separada do marido, que seus filhos, na época com 5 e 9 anos, sofriam constantes abusos sexuais por parte do pai. Sentiu-se culpada por não ter notado antes. “Não os protegi”, diz. Depois de passar sozinha por várias tentativas de tratamento, N. chegou ao CNRVV, onde os filhos também começaram a ser atendidos. Lentamente, a convivência familiar foi melhorando e ela começou a superar o passado.

\*Nome omitido a pedido da entrevistada.

é a dificuldade e a resistência dos profissionais de saúde em identificar e notificar maus-tratos. Os estudantes de medicina não são capacitados para identificar casos de violência nas faculdades, e muitos médicos ainda acreditam que o enfrentamento da violência é uma questão de segurança pública.

Essa mentalidade está mudando pouco a pouco. Segundo o estudo *Atuação dos Modelos de Saúde: Dois Exemplos Como Inspiração*<sup>11</sup>, as secretarias municipais e estaduais de Saúde têm buscado investir na capacitação dos profissionais. Multiplicam-se cursos e palestras sobre o tema, o que revela reconhecimento do problema e disposição para atuar.

Exemplo disso são as campanhas de prevenção a acidentes e violências realizadas desde 1998 pela SBP em parceria com órgãos governamentais e organismos internacionais. As campanhas

incluem divulgação de informações para o público em geral e distribuição de folhetos para auxiliar a conduta médica.

Outro exemplo é a cartilha sobre violência distribuída aos agentes comunitários de saúde de todo o Brasil. Eles são capacitados para detectar características de violência nos pacientes e orientados a avisar os técnicos do Programa Saúde da Família (PSF), que entram em contato com a rede de proteção local.

### Pouca integração

A ausência de articulação é um fator que também prejudica o encaminhamento das denúncias. Nos Conselhos Tutelares do Rio de Janeiro, o Ministério Público tomou conhecimento de apenas 20% do total de casos atendidos e confirmados em

11. Suely Ferreira Deslandes e Romeu Gomes, em *Violência Faz Mal à Saúde*, Ministério da Saúde, 2004.

## Uma família para cada criança

*Preconceito, falta de conhecimento e de articulação impedem que muitas crianças sejam adotadas no Brasil*

A adoção é a última medida estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente para assegurar o direito à convivência familiar. Depois de esgotadas todas as possibilidades de permanência ou de retorno à família de origem, a colocação em família substituta é uma maneira de garantir o pleno desenvolvimento infanto-juvenil. Preconceito, falta de conhecimento e de articulação impedem que muitas crianças sejam adotadas no Brasil.

Os desafios a ser superados são grandes. A começar pelo diagnóstico da questão. Não se conhece nem mesmo o número oficial de adoções efetivadas no País. Isso acontece porque o sistema de adoção funciona de forma descentralizada, praticamente em nível municipal. As varas da Infância e da Juventude e as comarcas do interior dos Estados são res-

ponsáveis pelo cadastramento dos pretendentes à adoção, das crianças que podem ser adotadas e dos processos de adoção realizados. Em geral, esses dados não chegam sequer a ser centralizados por Estado.

### Cenário nebuloso

Não existem dados nacionais sobre as crianças disponíveis para adoção e as pessoas que pretendem adotá-las. É impossível saber quantas e quem são. O sistema atual de cadastros é municipalizado. Cada comarca tem o seu.

Dentro das metas do Plano Nacional em relação à adoção encontra-se a instituição de um registro nacional de crianças em situação de adoção e de famílias pretendentes, que facilitaria a adoção entre os Estados. Até que se tenha um cadas-

tro nacional, é difícil para as famílias pretendentes adotarem fora da comarca ou Estado onde elas residem. Isso tende a favorecer adoções internacionais, que, de acordo com a Convenção Internacional de Haia (1993) teria de ser a última medida.

A previsão é que o cadastro nacional de famílias pretendentes a adoção e de crianças que podem ser adotadas passe a funcionar no primeiro semestre de 2007. Seis Estados (Pernambuco, Minas Gerais, Goiás, Pará, Espírito Santo e Ceará) já estão migrando seus dados para esse sistema.

O ideal seria que, uma vez que não houvesse pretendentes à adoção de uma criança em determinada cidade, eles fossem procurados em outros municípios do País. Desde 2004, o governo brasileiro tenta implementar essa idéia, com a

2001<sup>12</sup>. Em apenas 7% desses casos houve retorno do Ministério Público sobre o encaminhamento da questão. Além disso, foram poucas as crianças vítimas e familiares encaminhados para atendimento médico ou psicológico. De maneira geral, não há diálogo sistematizado entre o sistema de saúde, os Conselhos Tutelares e outros atores de proteção à criança, como Poder Judiciário, escolas e Ministério Público.

Essa ausência de diálogo dificulta a realização de um atendimento integrado. Mas cidades como Curitiba, Niterói (RJ), Goiânia e Manaus, por exemplo, conseguiram criar uma rede de proteção eficiente.

## O atendimento à família

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violência e Acidentes prevê a ado-

ção de medidas de prevenção, detecção e tratamento da violência doméstica, ressaltando que elas devem envolver um conjunto de ações inter-setoriais voltadas à família.

A política nacional estabelece a ampliação de um atendimento interdisciplinar que assegure apoio médico, psicológico e social às famílias, como os serviços de atenção às famílias com dinâmicas violentas que já existem no País.

Para romper com a violência, é necessário que os serviços de atenção voltem o olhar para a família como um todo, e não apenas para a criança. Segundo o estudo *Famílias: Parceiras ou Usuárias Eventuais?*, realizado pelo UNICEF e pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), há uma demanda crescente de ações que colaborem com a família para socializar e superar seus problemas.

12. Kleber Silva, *Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

utilização do Módulo III do Sistema de Informações para a Infância e a Adolescência (Sipia), com informações centralizadas sobre os pretendentes, as crianças que podem ser adotadas, as adoções realizadas, o acompanhamento dos processos judiciais dessas adoções de todo o Brasil. Os municípios passariam suas informações para o Estado, que seria o encarregado de repassar para o cadastro nacional.

A implementação ainda está em estágio inicial. A previsão é que o cadastro nacional passe a funcionar no primeiro semestre de 2007. Para a coordenação do Sipia, a principal dificuldade é a falta de infraestrutura nas varas da Infância e da Juventude, responsáveis pela alimentação do sistema. Uma adequação técnica está sendo realizada, para depois, então, começarem a fazer uso do sistema.

Outra questão que atravança o processo de adoção: o nível de exigência dos candidatos à adoção. Segundo a Subsecretaria

de Direitos Humanos da Presidência da República, o perfil das crianças desejadas obedece ao seguinte padrão: brancas, com no máximo 2 anos de idade, sem problemas de saúde e sem irmãos. Meninos e meninas com esse perfil representam menos de 3,3% do total de crianças abrigadas no Brasil, de acordo com o Levantamento Nacional dos Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede SAC.

O papel dos Grupos de Apoio à Adoção é fundamental para a mudança dessa cultura. Formado, em geral, por pessoas que já adotaram, esses grupos oferecem atendimento e apoio aos pais e mães adotivos no processo de espera por uma criança e na etapa posterior à adoção.

Os grupos têm o potencial de incentivar a adoção de crianças mais velhas ou com características diferenciadas. De acordo com pesquisa do Centro de Capacitação e Incentivo à Formação de Profissionais, Voluntários e Organizações que Desenvolvem Trabalho de Apoio à

Convivência Familiar (CeCIF), realizada com 30 grupos de adoção no Estado de São Paulo em 2003, 71% dos pretendentes à adoção chegam querendo crianças de até 2 anos. Depois do trabalho dos grupos, 6% desses pretendentes adotaram crianças mais velhas. Em todo o Brasil, existem pelo menos cem desses grupos.

Os entraves à adoção também estão sendo combatidos nas diretrizes para o Plano Nacional de Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. A obrigatoriedade de envio mensal dos cadastros locais de adoção ao Judiciário estadual, a consolidação do Módulo III do Sipia e a integração das varas da Infância e da Juventude com os grupos de apoio à adoção são algumas das ações previstas na política. A idéia é trabalhar a cultura para que as adoções passem a ser mais centradas nas necessidades dos meninos e meninas, em vez de focar as características preferenciais da família.

## Uma das principais dificuldades dos serviços é acompanhar os casos. Outra é estabelecer ações em rede

Em 2004, o estudo analisou dez desses serviços, governamentais e não-governamentais, nas cinco regiões brasileiras e ressaltou a importância da atenção terapêutica sistêmica envolvendo toda a família, e não somente a criança vítima e sua mãe.

A pesquisa detectou que, de maneira geral, o trabalho com as famílias se restringe ao atendimento da mãe, da criança e do adolescente. O pai e os irmãos nem sempre são envolvidos. Outra ausência foi o tratamento destinado ao agressor. Na época, em todo o País, apenas uma instituição, o Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV), do Instituto Sedes Sapientiae, de São Paulo, realizava de forma sistemática esse tipo de trabalho (*leia o texto Trabalho pioneiro*).

Uma das principais dificuldades dos serviços é acompanhar os casos. Outra é estabelecer ações em rede. O pouco envolvimento das escolas foi o campeão de queixas dos técnicos das organizações que trabalham com as vítimas de violência: elas não cumprem o papel fundamental de prevenir e detectar precocemente as situações de violência.

A quebra do ciclo da violência, entretanto, não acontece apenas com a atenção psicossocial à família. Os próprios serviços estudados reconhecem a importância de programas como o de geração de emprego e renda para a eficácia da recuperação de uma dinâmica familiar saudável.

Enquanto a violência familiar é considerada a principal razão para que crianças e adolescentes deixem suas casas e vivam nas ruas, a pobreza é o que leva meninos e meninas a ser retirados de casa e conduzidos para abrigos. Com isso, além de não ter o direito à convivência familiar e comunitária, esses meninos e meninas ficam sujeitos a várias outras violências, físicas ou simbólicas.

## Acompanhamento integral

*Desde 1999, 9 mil pessoas foram capacitadas para detectar e acompanhar casos de maus-tratos e abuso sexual contra meninos e meninas, em Curitiba*

Em Curitiba, a regra é checar todos os casos de suspeita de violência. E a notificação é feita por mais de um órgão, inclusive as escolas. Criada há sete anos, a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência tenta solucionar a questão da invisibilidade da violência contra meninos e meninas.

Desde 1999, 9 mil pessoas foram capacitadas para detectar e acompanhar casos de maus-tratos e abuso sexual contra meninos e meninas. No treinamento, os profissionais dos serviços de saúde, das escolas, dos Conselhos Tutelares e de outras instâncias aprendem a reconhecer

os sinais e as lesões que crianças e adolescentes podem apresentar, a avaliar o nível de gravidade do ato violento, e a reconhecer as características mais comuns das crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Além disso, aprendem sobre o perfil das famílias e dos agressores e a abordar a criança e a sua família.

### A união faz a força

A rede de proteção funciona de maneira descentralizada. A cidade é dividida em nove regiões. Cada uma delas possui diversas microrredes intersetoriais, integradas por hospitais, escolas, Conselhos Tutelares e outras instâncias.

Diante de suspeita ou comprovação de violência, professores, médicos, assistentes sociais, dentistas, psicólogos, pedagogos, entre outros, preenchem a ficha de notificação obrigatória.

O Conselho Tutelar e o SOS Criança recebem uma via cada um e, caso seja necessário, são acionados por telefone. Todos os casos são acompanhados e monitorados pelos serviços que atendem de alguma forma a criança e sua família. Em 2004, foram notificados 2.219 casos de meninos e meninas em risco de violência. Eles foram acompanhados por todos os serviços que compõem a rede local. A escola é avisada do problema pelo

Não se conhece ao certo o número de abrigos e de crianças abrigadas. Cada vez mais cidades estão começando a fazer levantamentos a respeito – incluindo São Paulo, Rio de Janeiro, Maceió e Belém. Por enquanto, o Levantamento Nacional dos Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede de Serviços de Ação Continuada, realizado em 2003 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), é o mais abrangente. O levantamento investigou 589 instituições de abrigamento que recebem recursos da Rede de Serviços de Ação Continuada (SAC), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), onde se encontraram 19.373 meninos e meninas. A rede não contempla todos os abrigos de um município e só chega a 5,9% do País.

### Caráter de exceção

O abrigamento é apenas uma das oito medidas previstas pelo Estatuto da Criança e do

Adolescente para proteger meninos e meninas cujos direitos foram violados. Mas as ações que preservam os vínculos familiares têm preferência, segundo a lei. O abrigamento é definido como medida provisória e excepcional, a ser empregado enquanto se reverte a situação de violação ou como transição para uma família substituta. Só deve ser aplicado quando se esgotarem todas as tentativas de permanência da criança na família.

Entretanto, não é o que acontece geralmente. De acordo com a pesquisa do Ipea, 87% das crianças no abrigo têm família e 58,2% recebem visitas familiares regulares. Esse estudo não traça o perfil da família das crianças abrigadas; porém, outra pesquisa, realizada nos abrigos da cidade de São Paulo<sup>13</sup>, mostra que boa parte dos pais de meninos e meninas dessas instituições tem baixa escolaridade, está desempregada ou em subempregos. Muitos citaram a distância dos abrigos e o custo do transporte como empecilho para a visita aos filhos.

13. *Por Uma Política de Abrigos em Defesa das Crianças e dos Adolescentes na Cidade de São Paulo*. Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente/Departamento de Serviço Social/Universidade de São Paulo, 2004.

conselho. Junto com outros serviços, como a unidade de saúde e os programas de jornada ampliada, discute e acompanha os casos identificados naquela área.

“O acompanhamento é a parte mais longa do processo”, conta a pedagoga Cybelle Andriolli Pereira, supervisora de uma escola de ensino infantil e fundamental da cidade e articuladora da rede local. Isso porque ele deve ser constante e todas as instâncias devem participar. Uma vez por mês, os representantes das instituições que compõem a rede local se reúnem para discutir o andamento dos casos detectados.

Um dos principais ganhos da rede foi a inclusão da negligência e da violência psicológica na ficha de notificação, duas questões que não eram encaradas como formas de violência por diversos

profissionais que lidavam diretamente com a criança.

“A rede também atua quando percebe má alimentação, negligência no cuidado com a saúde, entre outros”, diz Cybelle Andriolli. Nesses casos, busca-se incluir a família em serviços médicos, cursos de gerenciamento de alimentação e programas de renda do município.

### Busca de soluções

A pediatra Luci Pfeiffer, da Sociedade de Pediatria do Paraná, uma das pioneiras na implementação da rede, acredita que ainda existam algumas barreiras para seu pleno funcionamento. A falta de serviço de atendimento à saúde mental é uma delas. Para tentar solucionar o problema, a prefeitura municipal realizou convênio com ONGs que oferecem esse tipo de tratamento.

Outro entrave é a lentidão dos processos judiciais. “Muitas vezes, essa lentidão faz com que as crianças vítimas da violência sejam obrigadas a conviver com o agressor”, conta. A tentativa de resolver essa questão já foi colocada em prática. Em 2005, a Vara da Infância e Juventude começou a participar de reuniões mensais da coordenação da rede.

Uma iniciativa da Sociedade de Pediatria do Paraná pretende, ainda, criar uma ficha de notificação e um laudo técnico diferenciados quando a vítima de violência for criança ou adolescente. “Se os tipos de violência e as conseqüências delas são diferentes quando praticadas em crianças ou em adultos, o seu diagnóstico também deve ser”, diz Luci. A idéia é que a prática se torne lei no Estado.

## O caráter excepcional e provisório da medida de abrigamento, previsto no Estatuto, em geral não é respeitado

### Violações em série

O panorama traçado pela pesquisa do Ipea aponta outras violações ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Um total de 24,1% das crianças está nos abrigos porque a família não possui recursos materiais para cuidar delas. O segundo e o terceiro motivos mais freqüentes para o abrigamento são o abandono e a violência doméstica. O Estatuto da Criança e do Adolescente, entretanto, estabelece que meninos e meninas não podem ser afastados da família por falta de recursos materiais. Nesse caso, a família deve ser incluída em programas oficiais de auxílio. Somadas, as questões relacionadas à pobreza são responsáveis por 51,7% dos abrigamentos (veja Tabela 4).

Tabela 4

Principais motivos para o abrigamento	
Carência de recursos materiais	24,1%
Abandono pelos pais ou responsáveis	18,8%
Violência doméstica	11,6%
Pais ou responsáveis dependentes químicos	11,3%
Vivência de rua	7,0%
Morte dos pais ou responsáveis	5,2%
Prisão dos pais ou responsáveis	3,5%
Abuso sexual praticado pelos pais ou responsáveis	3,3%
Ausência de pais ou responsáveis por doença	2,9%
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança ou adolescente com deficiência física ou mental	3,6%
Pais ou responsáveis com deficiência	2,1%
Submissão à exploração no trabalho, tráfico e/ou mendicância	1,8%
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança ou adolescente com HIV	1,3%
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança ou adolescente dependente químico	1,2%
Submissão à exploração sexual	1,0%
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de criança ou adolescente com câncer	0,7%
Pais ou responsáveis sem condições para cuidar de adolescente gestante	0,2%
Sem informação	0,4%

Fonte: Levantamento Nacional dos Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede SAC. Ipea, 2003.

Em geral, a falta de retaguarda, de programas de apoio e orientação familiar, leva ao uso excessivo de medidas de abrigamento de crianças em situação de vulnerabilidade. Isso afeta a mãe de baixa renda que precisa trabalhar, mas não tem creche disponível para deixar a criança. Ela pode, por exemplo, acabar levando-a para um abrigo, deixando-a lá por muito tempo. E afeta também Conselheiros Tutelares e juizes que não contam com programas para encaminhar as famílias e lidam com o dilema sobre como proteger uma criança com seus direitos ameaçados ou violados. O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) admite que o fato de a maior parte dos abrigamentos ser causada pela pobreza mostra um erro na aplicação da medida.

### Uma eternidade comprometedora

O caráter excepcional e provisório da medida do abrigamento, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, em geral não é respeitado. O levantamento do Ipea mostrou que mais da metade das crianças estava nas instituições havia mais de dois anos.

As conseqüências desse longo período de institucionalização podem ser graves e afetar o desempenho cognitivo e a própria capacidade de sobrevivência da criança. Além da total dependência de outras pessoas, é prática comum que nos abrigos ninguém tenha posse de nenhum bem. Depois de viver boa parte da vida em uma instituição onde não existe individualidade, como uma pessoa conseguirá se manter fora do abrigo?

Em uma decisão inédita no País, o juiz Alexandre Moraes da Rosa, de Joinville (SC), concluiu, em dezembro de 2004, que era dever do município manter financeiramente até os 21 anos um jovem de 18 anos que desde os 8 estava abrigado em razão de violência doméstica. Quando descobriu que não podia mais ficar em uma instituição, ele se viu perdido. Não se sentia apto a enfrentar o mundo lá fora, pois o município, segundo o juiz, não lhe havia oferecido a possibilidade de construir um projeto de vida autônomo.

## Situação indefinida

A Justiça é responsável por encaminhar oficialmente as crianças aos abrigos. O Conselho Tutelar pode fazer isso em caráter emergencial, quando for necessário o afastamento imediato da família. E os abrigos também podem receber crianças entregues diretamente às entidades. Nesses dois últimos casos, o abrigo e o Conselho Tutelar devem comunicar à Justiça a entrada da criança em um prazo máximo de 48 horas, o que parece não acontecer. O levantamento do Ipea mostra que o Judiciário tinha conhecimento de apenas 54,6% dos casos de abrigamentos.

Aliada ao longo tempo de permanência no abrigo, a situação jurídica indefinida gera contradição. As crianças abrigadas têm família, mas não vivem com ela. E a ausência de um trabalho específico para reinseri-las na família torna pouco provável o retorno a essa convivência. No entanto, como os pais detêm a guarda da criança, não se pode conduzi-la a uma família substituta. Por isso, apenas 10,7% dos meninos e meninas em abrigos estavam em condições de ser adotados. E quanto mais tempo demora para que a situação seja definida, menores são as chances de encontrar uma nova família (*leia mais sobre adoção no texto Uma família para cada criança*). Dessa forma, diminuem cada vez mais as possibilidades de proporcionar a convivência familiar garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

## Convivência negada

A maior parte das instituições não aplica este preceito do Estatuto da Criança e do Adolescente para a medida de abrigamento: a preservação dos vínculos familiares. De acordo com a pesquisa do Ipea, apenas 5,8% delas desenvolvem um conjunto de ações para incentivar a convivência da criança com a família de origem e não desmembrar grupo de irmãos.

Embora boa parte dos abrigos ofereça acompanhamento social à família, apenas 14,1% realizam ações efetivas e conjuntas de reestruturação da família de origem, como aliar o atendimento social a visitas domiciliares, à promoção de grupos de apoio

e à inserção da criança em programas de auxílio familiar. Esse é um trabalho complexo, e a maior parte das instituições não possui condições de realizá-lo.

Segundo o levantamento nacional do Ipea, apenas 6,6% dos abrigos utilizam todos os serviços disponíveis na comunidade, como creches, ensino regu-

## Apenas 5,8% dos abrigos desenvolvem um conjunto de ações para incentivar a convivência da criança com a família e não desmembrar grupo de irmãos

lar, atividades de lazer e serviços de saúde. Muitos ainda seguem a tradição dos antigos orfanatos, nos quais todas as atividades eram realizadas dentro da instituição. Com isso, acabam restringindo a participação de meninos e meninas em atividades comunitárias e prejudicando a sua socialização.

## Violações ocultas

Além dessas violações, existem outras manifestações de violência dentro dos abrigos, como falta de infra-estrutura, negligência e maus-tratos.

Em 2003, o Núcleo de Orientação e Fiscalização de Entidades (Nofe) da Vara da Infância e da Juventude do Recife visitou os abrigos da cidade e identificou crianças com aspectos depressivos, otites crônicas e desnutrição. Blitze noturnas em uma instituição para meninos e meninas de até 3 anos de idade revelaram que as crianças não eram alimentadas durante a noite.

O Nofe presenciou até casos de violência física: uma criança recebeu pauladas ao tentar pular o muro da instituição. Depois desse fato, o núcleo conversou com as crianças abrigadas e concluiu, na época, que a maior parte dos abrigos da cidade ainda funcionava como instituições corretivas, aplicando a cultura do castigo – muitas vezes psicológico, como o isolamento. Segundo o órgão, que tem a atribuição de cadastrar e fiscalizar os abrigos da cidade, além de orientá-los a se adequarem ao Estatuto da Criança e do Adolescente, essas situações praticamente desapareceram após a atuação do núcleo. No Brasil, ape-

nas no Juizado da Infância e da Juventude de Campo Grande (MS) existe outro núcleo voltado especificamente para os abrigos.

### O início de um novo olhar

Mais de uma década após o Estatuto da Criança e do Adolescente, apenas recentemente foi lançado um olhar mais aprofundado sobre os abrigos.

No início de 2005, os CAOs da Infância e da Juventude, órgãos auxiliares do Ministério Público, decidiram criar um fórum nacional para fazer um levantamento estadual semelhante ao do Ipea.

A pesquisa do Ipea foi realizada por demanda de um comitê criado em 2002 pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social (atual Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, MDS). Com o panorama, o debate sobre o reordenamento avançou.

A idéia é promover a adequação da institucionalização da criança e do adolescente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Ter o acolhimento insti-

sáveis por cadastrar as entidades e definir as políticas públicas voltadas a essa parcela da população, cabe a eles estabelecer as diretrizes para que se efetive o reordenamento.

No município do Rio de Janeiro, por exemplo, com base em um diagnóstico sobre os programas de abrigamento, o conselho publicou em 2003 uma Política de Abrigos para Crianças e Adolescentes, que contempla questões previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente: número máximo de 25 crianças por entidade, equipe técnica capacitada, preservação dos vínculos familiares, preparação da criança para o desligamento, não desmembramento do grupo de irmãos, entre outras determinações. As entidades têm três anos para se adequar às normas. Depois desse prazo, a renovação anual do cadastro no conselho fica condicionada a esse ajuste.

Em Porto Alegre, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente reúne no Fórum de Abrigos representantes dos Conselhos Tutelares, do Judiciário, do Ministério Público, da gestão da prefeitura municipal, entre outros. A principal proposta é criar uma unidade que controle a entrada, a saída e os processos judiciais de todas as crianças encaminhadas às instituições. O conselho também conseguiu inserir ações dos abrigos no Orçamento Participativo do município.

## Reordenar os abrigos é apenas uma das propostas para garantir o direito à convivência familiar e comunitária

tucional como uma das medidas protetivas da lei, mas efetivar seu caráter provisório, substituir a tendência assistencialista de atendimento por ações de caráter emancipatório, garantir condições para um desenvolvimento pleno e adequar o foco da instituição para a reinserção familiar.

Isso porque em algumas situações, como nos casos de violência doméstica grave ou de perda dos pais, a passagem pelo abrigo será necessária. Mas deve ser temporária. Uma instituição que diminua o número de atendidos para garantir atendimento individualizado e priorize o trabalho com a família ou a colocação em família substituta, por exemplo, está no caminho do reordenamento.

Para que essas ações de fato aconteçam, é fundamental o papel dos conselhos municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente. Respon-

Reordenar os abrigos é apenas uma das propostas para garantir o direito à convivência familiar e comunitária. Em outubro de 2004, um decreto presidencial criou a Comissão Intersetorial para Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Articularam-se atores das três esferas do poder: instâncias de participação e controle que integram o Sistema de Garantia de Direitos, entidades de atendimento e conselhos dos Direitos, de Assistência Social e da Pessoa com Deficiência. O objetivo da comissão, que contou com o apoio técnico do UNICEF, era estudar e elaborar o plano nacional e as diretrizes da política de promoção, defesa e garantia do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.

### Uma política que vai além

O Conanda e o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) estavam, no início de dezembro, finalizando uma versão do Plano Nacional de Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária para considerações e comentários dos conselhos estaduais dos Direitos da Criança e de Assistência Social. Em pauta, políticas de apoio à família, maior eficiência do sistema nacional de adoção e regulamentação do acolhimento institucional.

## Lugar de criança é na família

Uma das diretrizes do Plano é o reconhecimento legal de programas de acolhimento familiar como alternativa. O acolhimento consiste em colocar a criança em uma família substituta por período temporário, sem romper os vínculos com a família de origem enquanto ela recebe acompanhamento especializado para viabilizar a reintegração na sua família de origem ou os procedimentos de encaminhamento para outra família substituta definitiva. Pesquisa coordenada pelo UNICEF (ainda não publicada)<sup>14</sup> constatou a existência de algumas experiências desse tipo no País: Belo Horizonte, Campinas (SP), Franca (SP), Rio de Janeiro e São Bento do Sul (SC), todas realizadas com a participação do poder público.

De maneira geral, os programas de acolhimento familiar procuram integrar a família acolhedora – voluntários que recebem ajuda de custo – à família de origem, até o momento do retorno, que não deve ultrapassar dezoito meses.

Se a criança permanece em um ambiente familiar, a possibilidade de surgirem conseqüências (como problemas no desenvolvimento emocional e cognitivo) é menor que quando está em abrigos. Além disso, o índice de retorno à família de origem é alto.

## ATENÇÃO INTEGRAL À FAMÍLIA

O estudo Famílias: Parceiras ou Usuárias Eventuais?, realizado pelo UNICEF e pelo Claves, ressalta que as famílias com dinâmicas violentas

são socialmente mais excluídas que as que não apresentam tal dinâmica.

A ampliação, a articulação e a integração de programas e projetos de apoio sociofamiliar são, portanto, as principais diretrizes da política de convivência familiar. A própria mudança de paradigma na política de assistência social, que elege a família como unidade básica para a ação, desenha um cenário positivo para que essas diretrizes sejam implementadas.

A intenção é que, no contexto do Sistema Único da Assistência Social (Suas), ampliem-se os trabalhos preventivos de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

## A mudança de olhar e de cultura da assistência à infância consiste em um grande desafio

Uma das diretrizes é a inclusão em programas de complementação e geração ou transferência de renda, como o Bolsa Família, pois o aumento da renda familiar geralmente facilita os processos de ressocialização e o resgate da auto-estima. A integração com outros programas de diversos setores (educação, saúde, cultura) complementa a socialização dos membros da família.

Por fim, a política de promoção do direito à convivência familiar estabelece a elaboração e o aprimoramento de instrumentos para a coleta de dados sobre as famílias; os programas disponíveis; e a metodologia. Assim, para um diagnóstico completo é fundamental a implementação eficiente do Sipi e do Sistema de Informação do Sistema Único da Assistência Social (Infosuas), além de sua articulação com outros sistemas, como os do Ministério da Saúde, que possuem dados sobre mortalidade.

A mudança de olhar e de cultura da assistência à infância consiste em um grande desafio para gestores e atores do Sistema de Garantia de Direitos. Mas é estratégica para reduzir a violência, a desigualdade social e a constante violação de direito de meninos e meninas brasileiros.

14. Irene Rizzini, Irma Rizzini, Luciene Naiff e Rachel Baptista, *Acolhendo Crianças e Adolescentes: Experiências de Promoção do Direito à Convivência Familiar e Comunitária no Brasil*, Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância/Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) e UNICEF. No prelo.

# Um exemplo de alternativa ao abrigo

O Grupo Viva Rachid, organização não-governamental sediada no Recife, oferece apoio psicossocial e econômico às famílias de baixa renda, garantindo a crianças e adolescentes soropositivos o direito à convivência familiar



## Viva Rachid

Rua dos Prazeres, 258,  
Boa Vista, 50070-570,  
Recife (PE)  
Tel./Fax:  
(81) 3221-6206  
E-mail:  
grupovivarachid@ig.com.br

Carla\*, 7 anos, e Joana\*, 5, têm HIV. Perderam a mãe há quatro meses em decorrência da Aids. Os avós, desempregados, vivem de pequenos serviços, como a venda de bolos ou a coleta de lixo reciclável. Carla e Joana poderiam ter ficado sozinhas ou ido para abrigos. Porém, toda segunda-feira, a avó e as netas pegam um ônibus e rodam quase 1 hora da periferia de Olinda (PE) a seu destino final: o **Grupo Viva Rachid**, organização não-governamental sediada no Recife cujo objetivo é manter os vínculos familiares de crianças com HIV. É graças à atuação da ONG que os avós conseguem cuidar das meninas.

O Grupo Viva Rachid oferece apoio psicossocial e econômico às famílias de baixa renda com crianças e adolescentes soropositivos. Além de terapia especializada e informações sobre a doença, fornece uma cesta com alimentos fortificados. Para crianças entre 6 meses e 1 ano, distribui a fórmula láctea que substitui o aleitamento, complementando a ação governamental. Em outubro de 2005, cerca de 150 famílias eram atendidas pela organização.

No caso de Carla e Joana, o apoio começou mesmo antes de elas perderem a mãe – o pai elas nunca conheceram. Desde que a mãe das meninas, já doente, procurou o grupo para receber apoio psicológico e alimentação, a avó foi sendo preparada para assumir a responsabilidade de cuidar das netas. A

psicóloga do grupo ia até a casa da família e conversava com a avó. “Me senti mais preparada para cuidar delas”, diz Antônia\*, a avó de 44 anos. Atualmente, as segundas-feiras são reservadas para a terapia em grupo. O transporte é pago pela ONG.

Faz parte da prática do grupo buscar a participação de um membro da família extensa da criança, como avós, tios e irmãos. Geralmente, a ONG convida a participar de suas ações o familiar que a própria mãe indicou como pessoa de sua maior confiança. A idéia é fortalecer os laços afetivos e criar um entendimento da questão. “Esse é um trabalho preventivo que realizamos para evitar que os vínculos sejam cortados e as crianças acabem em um abrigo”, diz Alaíde Elias da Silva, coordenadora e fundadora do Viva Rachid. E ela conhece de perto as razões para evitar a institucionalização: morou em orfanatos dos 4 aos 14 anos de idade.

## COMO TUDO COMEÇOU

Uma razão mais forte, porém, levou Alaíde a criar a ONG. Seu filho, Rachid, foi diagnosticado tardiamente com Aids em 1990. Havia contraído o vírus por transfusão de sangue. Durante o período em que o menino esteve hospitalizado, mãe e filho vivenciaram as dificuldades de acesso aos serviços de saúde por parte de quem estava com Aids, o desconhecimento da doença pelos profissionais de saúde e a exigüidade dos recursos tera-

\*Os nomes foram trocados para preservar a identidade das pessoas.



Na sede, o Viva Rachid concentra as ações de serviço social, articulando-se para melhorar a condição de vida das famílias e atuando no processo de inclusão social

pêuticos disponíveis. Em 1993, o garoto faleceu, aos 3 anos de idade.

Enquanto se dedicava ao filho, Alaíde voltou o olhar para outras crianças de baixa renda com HIV/Aids atendidas no Instituto Materno Infantil, hoje chamado Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (Imip). Voluntária, acompanhava e atendia as mães das crianças tratadas no Imip, que naquela época se tornava referência nacional em HIV/Aids materno-infantil.

A experiência acumulada facilitou a interação com os profissionais do hospital e o estabelecimento de relações com as famílias das crianças. A conscientização dos pais para que aderissem ao tratamento, sempre na perspectiva do controle da doença, foi um dos enfoques prioritários. Surgia então o Grupo Viva Rachid

As primeiras atividades do Viva Rachid, com apoio técnico e financeiro do UNICEF, concentraram-se em suprir as necessidades básicas de sobrevivência das crianças com HIV, tanto no ambiente hospitalar como na própria residência. Além da atenção à fome, o grupo trabalhou para garantir filtros para o tratamento da água, colchões, lençóis e material didático para as crianças usarem na escola como estímulo ao desenvolvimento pessoal.

## QUALIDADE DE VIDA

Atualmente, a frente de trabalho se dá tanto no serviço de hospital-dia do Imip como na sede do Grupo Viva Rachid. No hospital, a atuação de psicólogos e terapeutas ocupacionais é oferecida pela ONG e se caracteriza como apoio às famílias e como complementação das ações médicas. Eles trabalham com a família no momento do diagnóstico e nas atividades (individuais ou em grupo) durante o tratamento.

Na sede, o Viva Rachid concentra as ações de serviço social, articulando-se para melhorar a qualidade de vida das famílias e atuando no processo de inclusão social. As atividades são diversificadas: há demanda de medicação, material de higiene e alimentação, assim como de reforma e construção nos domicílios. Alguns casos são encaminhados para assessorias jurídicas e outros serviços são prestados diretamente pela ONG.

Segundo Alaíde Silva, a situação de cada família é avaliada de forma individual. “Já cheguei em lugares nos quais as crianças com HIV atendidas pelo grupo viviam em condições subumanas”, relembra.

Nesse sentido, a qualidade de vida da dona de casa Maria de Fátima\*, 38 anos, e de sua filha Ana\*, 9 anos, melhorou consideravelmente. Ela

e o marido estavam desempregados em 1998, quando ela descobriu que era soropositiva e que havia transmitido o vírus para a filha. Na época, a família morava em um quatinho de madeira sem piso. Andavam sobre o barro. No lugar, cabia apenas uma cama de solteiro. O marido dormia em um papelão sobre a terra.

Maria de Fátima conheceu o Viva Rachid no Imip, quando foi procurar atendimento para a filha. Passou a receber cesta básica e terapia. Mas só pediu ajuda para a casa quando não agüentou mais. “Um dia, acordei com ratos passando por cima da gente”, conta. Há quatro anos, a família vive em uma casa cedida pela ONG.

A mudança de ambiente foi benéfica. A pedido da filha, que queria um irmão, Maria de Fátima resolveu ter outro filho. Realizou todos os passos do tratamento para evitar a transmissão vertical. O menino, hoje com quase 4 anos, não tem o HIV.

O marido arrumou emprego de caminhoneiro, e a família já não recebe mais a cesta básica fornecida pelo Grupo. Mas os vínculos com a ONG ainda são fortes. Toda quarta-feira, Maria de Fátima e a filha fazem terapia no Viva Rachid.

## OS RESULTADOS

Em 2004, foi realizado um levantamento quantitativo do atendimento do projeto. Naquele ano, a renda familiar per capita de mais da metade das crianças atendidas era de até 60 reais. Um total de 65% delas era do sexo masculino e 55% estavam em escolas ou creches. Mas não se sabe mensurar como a vida delas foi modificada com a atuação da ONG. Por questões financeiras, não há sistematização efetiva do impacto do projeto.

Mesmo contando com financiamento da Fundação Marc (França) e apoio do UNICEF e do governo de Pernambuco, a instituição tem dificuldade em se manter. Muitas vezes, ações importantes, como as visitas domiciliares periódicas, correm risco de ser interrompidas. A equipe de trabalho do Viva Rachid é pequena. São dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, dois assistentes sociais, um motorista e um auxiliar administrativo, além dos coordenadores. “Nós não temos como realizar avaliações sistemáticas. É uma questão de prioridade e recursos. Temos de priorizar o atendimento às famílias”, diz Alaíde.

No hospital, a atuação de psicólogos e terapeutas ocupacionais é oferecida pela ONG como apoio às famílias e como complementação das ações médicas



Em relação ao impacto, o que se sabe é que, com a distribuição de alimento e a disseminação de informações de higiene, saneamento básico e cuidados gerais, as pessoas atendidas apresentaram cada vez menos quadro clínico de diarreia e desnutrição. Graças ao novo cenário, aliado à introdução da distribuição gratuita dos coquetéis anti-retrovirais, diminuiu o número de mortes de crianças e dos pais.

“Não se morre só de Aids. Se morre de fome, de tristeza de viver na miséria, de falta de condições adequadas de vida. Uma pessoa que passa por isso tudo fica mais vulnerável a desenvolver a doença”, explica a coordenadora do Viva Rachid.

No entanto, o vínculo familiar permanece intacto, o que fortalece emocionalmente as crianças.

Apesar da ausência de números que confirmem o impacto da atuação da ONG, os resultados podem ser comprovados além das estatísticas. O Grupo Viva Rachid recebeu o Prêmio Criança e Paz – Betinho, de 1997, concedido pelo UNICEF, e foi reconhecido como um dos quinze melhores projetos sociais desenvolvidos no Brasil, pela Fundação Abrinq. A aplicação dessa experiência bem-sucedida em outras localidades do País poderia evitar o abrigamento de crianças que perderam seus pais em decorrência do HIV/Aids e garantiria a elas um direito básico: viver em família.