



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



CARLA FERREIRA DE PAULA GEBARA

**ESTUDO DAS CRENÇAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE LIMA DUARTE EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

JUIZ DE FORA
2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



CARLA FERREIRA DE PAULA GEBARA

**ESTUDO DAS CRENÇAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE LIMA DUARTE EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

Co-orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA
2009

Gebara, Carla Ferreira de Paula.

Estudo das crenças dos agentes comunitários de saúde do Município de Lima Duarte em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes / Carla Ferreira de Paula Gebara. – 2009.

138 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Violência doméstica. I. Título.

CDU 343.4

CARLA FERREIRA DE PAULA GEBARA

**ESTUDO DAS CRENÇAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE LIMA DUARTE EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Dissertação defendida e aprovada em treze de novembro de dois mil e nove, pela banca constituída por:

Presidente: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora

Orientador: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora

Titular: Prof. Dra. Ana Regina Noto Faria
UNIFESP

AGRADECIMENTOS

Ao professor Lélío Moura Lourenço, querido amigo e orientador, pela confiança depositada no meu trabalho, pelo companheirismo e pela tranquilidade de sempre, que tornaram essa caminhada muito mais serena e prazerosa.

Ao professor Telmo Mota Ronzani, meu co-orientador, por aceitar dividir seu vasto conhecimento comigo, contribuindo com ricas e pertinentes observações.

À professora Ana Regina Noto, por gentil e prontamente aceitar o convite de participar da minha banca e por suas críticas tão construtivas na qualificação.

À grande companheira Ana Cláudia, pela ajuda na coleta e organização dos dados e por me presentear com a sua amizade sincera.

Ao amigo e colega Leonardo, que com muita generosidade e paciência, dividiu comigo seus conhecimentos estatísticos e metodológicos, enriquecendo imensamente este trabalho.

A todos os professores e colegas do mestrado e do POPSS. Em especial, às amigas Erica, Daniela e a todas as meninas da “Equipe de Estudos sobre Crenças”, pela força, apoio e incentivos constantes, pela carinhosa amizade e pelas divertidas risadas.

Ao Fabiano, que nos últimos 10 anos sempre esteve ao meu lado, me dando apoio, carinho, segurança, e me fazendo querer ser, a cada dia, uma pessoa melhor, merecedora do seu amor.

A toda minha família, por me acolher carinhosamente e por vibrar comigo a cada conquista. Especialmente à minha mãe, Eleonora, ao meu irmão, Guilherme, à minha avó Mariza e aos meus tios, Fernanda e Fernando, sem os quais nada teria sido possível.

A todos os amigos (de Belo Horizonte, Juiz de Fora ou Lima Duarte) que me ajudaram e apoiaram durante esse período, contribuindo também para a realização deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Lima Duarte, que permitiu e facilitou a realização desta pesquisa.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde, que aceitaram participar deste estudo e contribuíram com valiosas informações para o sucesso deste trabalho.

À FAPEMIG, pela concessão de bolsa de mestrado.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo principal analisar as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Lima Duarte a respeito da violência doméstica (VD) contra crianças e adolescentes, relacionada ou não ao uso de álcool e drogas ilícitas. Participaram da pesquisa todos os 30 ACS do município que, num primeiro momento, responderam a um questionário auto-aplicável, estruturado, individual e anônimo, composto por 21 questões. Num segundo momento, após análise estatística dos dados quantitativos, os ACS foram convidados a participar de um Grupo Focal. Os dados qualitativos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo. Os resultados indicaram uma forte tendência dos entrevistados a considerar os problemas relacionais e intrafamiliares como geradores de VD contra crianças e adolescentes, assim como o álcool e as drogas. Além disso, os resultados deste estudo deixam clara a necessidade de se pensar em intervenções eficazes no plano institucional visto que, no espaço pesquisado, não se desenvolve um projeto específico de prevenção e combate à VD, nem uma política voltada à capacitação dos ACS para lidar com esta problemática.

Palavras-chave: Violência doméstica. Crianças e adolescentes. Agentes comunitários de saúde. Crenças. Álcool e drogas.

ABSTRACT

The aim of this research is first and foremost to analyze the beliefs of communitarian health agents from Lima Duarte about domestic violence and its connection with alcohol and drugs. In the beginning, all the 30 communitarian health agents completed a structured, individual and confidential questionnaire. After, they were invited to participate in a focus group. The data collected was studied with the content analysis technique and revealed the professionals tendency to consider relationship and family problems, alcohol and drugs as important factors of domestic violence against children and teenagers. The results of the research also made it clear that there is dire necessity for effective institutional interventions in Lima Duarte, since there is no project intended to prevent domestic violence, neither a programme capable of preparing communitarian health agents to deal with this issue.

Keywords: Domestic violence. Beliefs. Children and adolescents. Communitarian health agents, Alcohol and drugs.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPIA: Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CRAMI: Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS/ WHO: Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

POPSS: Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva

PSF: Programa Saúde da Família

SPSS: Statistical Package for the Social Science

UFJF: Universidade Federal de Juiz de Fora

UNO: United Nations Organization

VD: Violência Doméstica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 O fenômeno da violência.....	9
1.2 Raízes da violência: explicações teóricas para a agressão humana.....	11
1.3 Violência e Saúde Pública.....	16
1.4 Tipologia da Violência.....	18
1.5 Violência Doméstica.....	19
1.5.1 Violência Doméstica contra crianças e adolescentes.....	20
1.5.2 Pesquisas sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes.....	23
1.5.3 Violência doméstica e sua relação com o uso de substâncias psicoativas.....	26
1.6 Crenças e violência.....	29
2 OBJETIVOS.....	32
2.1 Objetivo Geral.....	32
2.2 Objetivos específicos.....	32
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 Considerações sobre os projetos anteriores.....	33
3.2 O contexto da pesquisa.....	34
3.3 Participantes.....	35
3.4 Desenho.....	35
3.5 Instrumentos.....	37
3.6 Análise dos dados.....	38
3.6.1 Dados quantitativos.....	38
3.6.2 Dados qualitativos.....	39
3.7 Aspectos éticos.....	40
4 RESULTADOS.....	42
4.1 Dados quantitativos.....	42
4.1.1 Aspectos comparativos.....	51
4.2 Dados qualitativos.....	61
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	72
REFERÊNCIAS.....	80
ANEXOS.....	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 O fenômeno da violência

Desde tempos remotos, o ser humano preocupa-se com o fenômeno da violência, tentando compreender sua natureza, suas origens e meios apropriados, a fim de atenuá-lo, preveni-lo e eliminá-lo do convívio social. O vocábulo, de origem latina, vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro.

Pode-se afirmar que a violência é um fenômeno de causalidade complexa (Brasil, 2005). Eventos violentos se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, toleradas ou condenadas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade. A violência é mutante e, portanto, de acordo com épocas, locais e circunstâncias, designa realidades muito diferentes (Minayo, 2006).

Para a Psicologia Social, o estudo aprofundado da violência/agressividade¹ humana é de extrema relevância, sendo o foco de análise do fenômeno restrito às suas características psicossociais. Desta forma, enfatiza-se o exame dos processos cognitivos, afetivos e comportamentais suscitados pelas situações sociais instigadoras de violência e de hostilidade de uns contra outros, sejam eles indivíduos ou grupos (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2003).

De acordo com Yves Michaud (1989), existe violência quando, em uma situação de interação, “um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou mais pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais” (p.10).

1 No presente trabalho, os termos “violência” e “agressividade” humana serão utilizados como sinônimos, não recebendo nenhuma diferenciação conceitual.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência pode ser entendida como “o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (WHO, 2002, p. 5).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, em documento publicado oficialmente (Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001), intitulado “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”, “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (Brasil, 2001, p. 7).

A Psicologia Social define agressão como qualquer comportamento que tenha a intenção de causar danos, físicos ou psicológicos, em outro organismo ou objeto (Goldstein, 1983; Hewstone, Stroebe, Codol & Stephenson, 1993; Myers, 2000; Aronson, Wilson & Akert, 2002; Rodrigues et.al., 2003; Rodrigues, 2007). Nesse sentido, a intencionalidade da ação por parte do agente agressor é fundamental, já que um ato só se caracteriza como agressivo na medida em que se propõe, deliberadamente, a infligir um dano a alguém.

A questão da intencionalidade situa a violência no âmbito eminentemente humano, visto que só os homens, convencional e antropologicamente, possuem intencionalidade em seus atos ou omissões. Considerando o seu lugar nas relações sociais, a idéia de intencionalidade indica que a violência é um fenômeno sobre o qual existe responsabilidade dos sujeitos individuais e coletivos, na medida em que os atos violentos são realizados pelas pessoas dentro de sua cultura. Essa historicidade cultural sugere que o fenômeno da violência seja passível de ser reconhecido, analisado, compreendido e superado, através de intervenções diretas ou indiretas.

Em função dos motivos ou intenções subjacentes ao comportamento agressivo, os psicólogos sociais apontam diferentes tipos ou formas de agressão humana, dentre elas: *agressão hostil*, *agressão instrumental*, *agressão simbólica* e *agressão sancionada* (Myers, 2000; Aronson et.al., 2002; Rodrigues et.al., 2003). A *agressão hostil* é derivada de estados emocionais fortes, como a raiva, e seu objetivo principal é causar danos a uma pessoa ou objeto a fim de satisfazer impulsos hostis. Já a *agressão instrumental* visa prejudicar, ferir ou magoar alguém apenas como um meio de atingir outro objetivo. Uma vez que essas formas de agressão não se excluem mutuamente, é possível haver comportamentos agressivos duplamente motivados. Quando a agressão não envolve danos físicos, sendo a vítima agredida verbalmente por insultos, calúnias ou impedida por outrem de atingir seus objetivos,

considera-se a *agressão simbólica*, que também pode ser hostil ou instrumental. Por fim, a *agressão sancionada* é aquela julgada como aceitável pela sociedade, como por exemplo, o comportamento agressivo de uma pessoa em legítima defesa para proteger a si mesma ou a outros dos ataques de alguém. Essa forma de agressão é tipicamente instrumental.

1.2 Raízes da violência: explicações teóricas para a agressão humana

Várias perspectivas teóricas, adotadas pela Psicologia Social, se propõem a explicar o comportamento agressivo dos seres humanos. De uma forma geral, tais teorias diferem-se quanto ao grau em que consideram a agressão como algo inato ou aprendido e na extensão com que levam em conta a influência de fatores pessoais ou situacionais como instigadores de atos agressivos.

Sendo assim, é possível apontar três categorias gerais de explicação, baseadas nas seguintes idéias (Goldstein, 1983; Hewstone, et.al, 1993; Myers, 2000; Aronson et.al., 2002; Rodrigues et.al., 2003; Rodrigues, 2007):

- a) Existe um impulso agressivo inato. Segundo os teóricos que defendem uma base biológica para os comportamentos agressivos (quais sejam os etólogos, os psicanalistas e os sociobiólogos), a agressão é tão intrinsecamente inerente à natureza humana que ela, inevitavelmente, terá que encontrar uma forma de expressão;
- b) A agressão é uma reação natural à frustração. Para os psicólogos sociais proponentes da hipótese frustração-agressão (em sua formulação original e em suas revisões posteriores), a agressão é uma resposta natural à frustração, sendo que a resposta agressiva deriva de um impulso básico eliciado por condições externas;
- c) O comportamento agressivo é adquirido. De acordo com os teóricos da aprendizagem instrumental e observacional, a agressão é aprendida, resultando, portanto, de normas sociais e culturais e de experiências de socialização.

a) A agressão é inata?

Há muito tempo, filósofos e cientistas discutem a natureza da agressão, assumindo posições diferentes no que diz respeito ao fenômeno como inato e instintivo ou como um comportamento aprendido. Para Jean-Jaques Rousseau, filósofo francês do século XVIII, a natureza humana é fundamentalmente a índole de um “bom selvagem”, visto que os homens são naturalmente benignos, felizes e bondosos e que é a sociedade restritiva que os corrompe, transformando-os em seres depravados e agressivos. Thomas Hobbes (1588-1679) já sugeria que os seres humanos, em seu estado natural, são brutos e violentos e que o caráter agressivo

das pessoas somente poderia ser restringido e controlado através da imposição da lei e da ordem na sociedade (Goldstein, 1983; Hewstone, et.al, 1993; Myers, 2000; Aronson et.al., 2002; Rodrigues et.al., 2003; Rodrigues, 2007). No século XX, a opinião mais pessimista de Hobbes, com a idéia de que o impulso agressivo é inato e, portanto, inevitável, foi defendida por Sigmund Freud e por Konrad Lorenz.

Freud (1930) sustentava que a natureza biológica dos homens os “programava”, de alguma forma, para a violência. Segundo ele, a agressão humana deriva de uma poderosa força instintiva ou pulsão de morte (*thanatos*), que inicialmente é dirigida para a autodestruição, sendo parcialmente reorientada para fora, em direção aos outros. A teoria psicanalítica defende a idéia de que a agressão deve ser descarregada periodicamente (mesmo que de forma vicária, observando a violência em outras pessoas), para que não chegue a um ponto tal que sua expressão se torne inevitável, espontânea e incontrolável. No entanto, através dos mecanismos de defesa do ego, a expressão dos impulsos agressivos pode ser impedida, permitindo que a energia agressiva seja canalizada para comportamentos não agressivos. Assim, postula-se que todas as pessoas têm instintos de agressão, mas nem todas se comportam de modo agressivo, devido ao emprego dos diferentes mecanismos de defesa do ego. Ambigüidades como esta tornam a teoria psicanalista difícil de ser testada e o fato de que quase todos os achados de pesquisa podem ser interpretados em apoio à teoria faz com que ela seja considerada viável por muitas pessoas. No que diz respeito às partes da teoria passíveis de testagem, a comprovação empírica não é muito convincente, visto que nem sempre a agressão aumenta de modo regular e inevitável com o passar do tempo, e nem sempre pode ser descarregada através de manifestações vicárias.

Estudando o comportamento humano sob a perspectiva etológica, Konrad Lorenz (1966) interpretou a violência mais como adaptadora do que autodestrutiva. Para ele, a agressão é resultante, basicamente, de um instinto de luta herdado que os seres humanos compartilham com várias outras espécies. Tal instinto supostamente desenvolveu-se durante o curso da evolução porque produziu benefícios relevantes. Segundo Lorenz, do ponto de vista biológico é inquestionável o fato de que, no homem, a agressão intra-específica é simplesmente um impulso instintivo como o é na maioria dos demais vertebrados superiores.

Tanto Freud quanto Lorenz concordam que a energia agressiva é instintiva e deve ser descarregada periodicamente. Porém, discordam em alguns aspectos: o primeiro considera a agressão humana como autodestrutiva e associada a uma pulsão de morte, enquanto o segundo a concebe como adaptativa, argumentando que o homem também dispõe de mecanismos inatos para inibir suas tendências violentas.

Outra teoria que se propõe a explicar o comportamento violento através de suas bases biológicas é a sociobiologia, que constitui uma extensão da teoria evolucionista de Darwin e postula que a agressão desenvolveu-se por sua adaptabilidade. Especificamente os sociobiólogos defendem a idéia de que os comportamentos que ajudam os indivíduos a transmitir seus genes para as gerações seguintes se tornam cada vez mais prevalentes na população ou sociedade. Dentre as vantagens biológicas da agressão incluem-se as habilidades para adquirir e defender recursos e proteger a prole (Rodrigues et.al., 2003).

De uma forma geral, as explicações da agressão em bases exclusivamente biológicas são refutadas pelos psicólogos sociais uma vez que a idéia de um impulso instintivo e inato para a agressão não é compatível com a noção de intencionalidade, que caracteriza um ato como agressivo.

- Causas situacionais da agressão:

Algumas teorias enfatizam que a agressão é biologicamente determinada, apesar de não a qualificarem com instintiva. Estudos apontam influências neurológicas, genéticas, e bioquímicas no comportamento violento. Pesquisas sobre fisiologia e química cerebral, em especial as pesquisas com estimulação elétrica e química do cérebro demonstraram que é possível, em muitos casos, tornar violentos animais – e seres humanos – normalmente dóceis (Moyer, 1976, apud Goldstein, 1983).

A sensibilidade neuronal à estimulação agressiva também pode ser influenciada pela hereditariedade e pela química do sangue, seja através da ação hormonal - em particular a testosterona, hormônio sexual masculino -, seja pelo uso de substâncias psicoativas. Dados reais obtidos em experimentos de laboratório e em arquivos policiais indicam que as pessoas se tornam particularmente agressivas quando estão sob o efeito de drogas, em especial o álcool. O álcool desindividualiza, desinibindo, e aumenta a agressividade ao reduzir a auto percepção da pessoa e sua capacidade de avaliar as conseqüências (Aronson et.al, 2002; Rodrigues et.al, 2003).

Vários estudos têm relacionado o uso de bebidas alcoólicas ao comportamento violento, sem estabelecer, contudo, uma associação simples e unidirecional, em função da complexidade dessa relação (WHO, 2002; Laranjeira, Duailibi & Pinsky, 2005; Babor et.al., 2003; Moreira et al, 2008). A violência é facilitada pelo álcool, na medida em que o consumo de bebidas alcoólicas associa-se à participação em homicídios, suicídios, violência doméstica, crimes sexuais, acidentes de trânsito, tanto por parte dos atores quanto por parte das vítimas envolvidas. A associação entre uso de álcool e violência é tanto mais intensa quanto maiores

quantidades de álcool são ingeridas e também se traduz pelos resultados de campanhas para reduzir uso de álcool, favorecendo a diminuição nos índices de violência e/ou homicídios (Babor et.al., 2003; Moreira et al, 2008).

No que concerne à relação entre o uso de substâncias psicoativas e violência, esta questão será discutida mais detalhadamente no tópico sobre violência doméstica.

b) A agressão é uma reação à frustração?

Uma das primeiras teorias psicológicas da agressão foi a hipótese da frustração-agressão, proposta em 1939 por John Dollard et.al, numa tentativa de definir a agressão como uma reação às condições ambientais. Em sua formulação original, o chamado Grupo de Yale propôs duas hipóteses fundamentais, segundo as quais toda agressão é causada por alguma frustração e toda frustração causa agressão. A frustração foi definida como toda interferência na ocorrência de uma resposta orientada para um objetivo em seu devido momento numa seqüência de comportamentos e a agressão, como uma resposta que tem por objetivo causar dano a um organismo vivo (Dollard et.al, 1939, apud. Rodrigues et.al, 2003).

As hipóteses iniciais foram reformuladas em função de objeções conceituais sintetizadas nas idéias de que nem sempre a frustração causa a agressão e a agressão nem sempre é precedida por frustração. Em 1941, Sears publicou um estudo que discutia reações não-agressivas à frustração e Miller reapresentou os enunciados em termos menos rígidos: a agressão é uma das respostas possíveis à frustração e pode também ser desencadeada por outros fatores. Essa modificação fez com que a teoria deixasse de ser restritiva para se tornar ambígua, já que não diz quando a agressão resulta da frustração e quando não resulta.

Apesar das objeções, a teoria produziu uma quantidade considerável de pesquisas, até porque oferecia aos pesquisadores alguma explicação não psicanalítica da agressão. Berkowitz (1970) tentou solucionar o problema de ambigüidade da teoria quanto às condições em que a frustração causa agressão. Para tanto, recorreu ao conceito de instinto do biólogo Tinbergen, que o considerava não como comportamento interno puramente automático, mas como um padrão fixo de ação, um comportamento não aprendido, que somente se manifesta em condições externas apropriadas. Para Berkowitz, existe uma resposta agressiva inata à frustração e à raiva, que apenas se expressa sob condições adequadas. Surge, portanto, a idéia de que outros estados emocionais, como a raiva, também podem ter efeitos similares à frustração, desde que estejam presentes certos estímulos ou indícios. Berkowitz discutiu três tipos de indícios liberadores da agressão: alvos (pessoas ou grupos de pessoas), objetos (armas, por exemplo) e situações (em bares ou na rua, por exemplo). Tais indícios, associados

à violência, aumentariam a probabilidade de que um indivíduo, movido por raiva ou frustração, aja de maneira agressiva.

Para Zillman (1971), a excitação fisiológica por si mesma e em si mesma seria o elemento decisivo da frustração. Assim, propôs que as pessoas em estado de excitação fisiológica (por ação de uma droga ou de um acontecimento externo excitante) tendem a ficar mais agressivas do que as pessoas que não se encontram fisiologicamente excitadas.

As diferentes versões da teoria da frustração-agressão têm sido aplicadas a várias situações de violência, na medida em que facilitam a compreensão de algumas formas da agressão humana. No entanto, muitos psicólogos sociais não as aceitam por não explicarem satisfatoriamente uma série de manifestações de violência, como a violência entre pessoas que não estão sentindo raiva, não estão frustradas ou excitadas fisiologicamente, nem os efeitos da experiência precoce sobre a agressão subsequente. Essas questões são discutidas de maneira mais completa por Albert Bandura, em sua teoria da aprendizagem social.

c) A agressão é adquirida?

De acordo com os behavioristas estritos, o comportamento agressivo pode ser explicado em termos de recompensas e punições. Dessa forma, se uma pessoa é agressiva, ou ela foi recompensada por ter sido violenta no passado, ou foi punida por não ter sido. Criticando essa noção simples de aprendizagem, Albert Bandura (1979) propôs uma teoria da aprendizagem social da agressão, segundo a qual o comportamento agressivo é aprendido não só pela experimentação de suas conseqüências, mas principalmente pela observação das ações de outras pessoas, designadas como modelos.

Bandura, Ross e Ross (1963) desenvolveram uma série de experimentos (dentre eles o clássico experimento com o boneco inflável - “João Bobo”) numa tentativa de demonstrar que a aprendizagem pode ocorrer, mesmo na ausência de recompensas e punições. Para tanto, fizeram com que três grupos de crianças pequenas assistissem a um vídeo em que uma adulta efetuava uma série de condutas agressivas (dando gritos, murros e pontapés) num boneco inflável. Um primeiro grupo de crianças viu a mulher ser recompensada ao final, recebendo refrigerantes e bombons de outro adulto. Um segundo grupo, viu o modelo ser punido, na medida em que lhe era dito, no filme, que seu comportamento era mau e que não receberia refrigerantes e bombons. Um terceiro grupo de crianças assistiu ao mesmo vídeo, mas não viu o modelo ser punido, nem recompensado. A seguir, deixaram-se as crianças brincarem livremente em uma sala cheia de brinquedos, inclusive com aquele mesmo boneco inflável visto no vídeo.

De fato, as crianças que observaram o modelo recompensado foram substancialmente mais agressivas do que aquelas que observaram o modelo punido (as menos agressivas) e também do que aquelas que observaram o modelo sem punição ou recompensa (grupo controle). Porém, todas as crianças foram igualmente capazes de imitar o comportamento agressivo do modelo observado, quando solicitadas. Com este estudo, Bandura concluiu que a aprendizagem se dá simplesmente através da observação e que, numa situação de livre escolha, as recompensas levam à execução espontânea enquanto as punições levam à supressão do comportamento observado.

Explicando a agressão, Bandura (1979) propõe que é o simples fato de serem expostas a comportamentos agressivos que faz com que as crianças aprendam esses comportamentos. Logo, presenciar a violência mostrada na televisão ou externada pelos pais já é suficiente para que a criança aprenda comportamentos agressivos. Mas se ela vai executar ou não esses comportamentos depende dela ter sido recompensada ou punida - ou de ter visto outras pessoas serem recompensadas ou punidas - por essa agressão no passado.

A teoria da aprendizagem social (mais conhecida atualmente como teoria social cognitiva) tem inúmeras implicações para o entendimento da violência, sugerindo que os modelos agressivos estão presentes na família, nas subculturas e nos veículos de comunicação de massa (Bandura, Azzi e Polydoro, 2008).

Independentemente de sua vertente explicativa, a violência vem sendo apontada, no Brasil e no mundo (sobretudo a partir da década de 70), como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando, no setor saúde, uma grande preocupação com essa temática que, progressivamente, deixa de ser considerada um problema exclusivo da área social e jurídica para ser também incluída no universo da saúde pública (Brito et. al., 2005).

1.3 Violência e Saúde Pública:

Como discutido anteriormente, a violência é múltipla e pode ser influenciada por fatores psicológicos, sociológicos, culturais e patológicos. Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. No entanto, ela afeta fortemente a saúde individual e coletiva, uma vez que: provoca mortes, lesões e traumas físicos e inúmeros agravos mentais, emocionais e espirituais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica,

interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos (Minayo, 2006).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), questão da violência se converteu num problema de saúde pública em muitos países, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz. O setor Saúde constitui a “encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social” (Organização Pan-americana de Saúde, 1994, p. 5).

Ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas, as Violências e Acidentes configuram, atualmente, um novo perfil no quadro dos problemas de saúde do Brasil e do mundo, em que se ressalta o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade, exigindo novas abordagens com as quais o sistema de saúde geralmente não está acostumado. Assim, para compreender o impacto da violência sobre a saúde, é preciso localizar a sua discussão no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilos de vida (Brasil, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais”, por causas violentas (WHO, 2002, p.3). No Brasil, durante a década de 90, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes e dessas, cerca de 400 mil faleceram por homicídios (Minayo & Souza, 2003). Na Europa, os acidentes e violências são responsáveis por 9% das mortes, atingindo cerca de 800.000 pessoas por ano. Além disso, são a principal causa de morte entre pessoas na faixa etária de 5-44 anos, respondendo por 14% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacidades (WHO, 2008). Sendo assim, os óbitos infligidos por outros ou auto-infligidos constituem sério problema social e têm intensas repercussões na saúde pessoal e coletiva.

Considerando, contudo, a violência como um problema de saúde pública passível de prevenção, a Organização Mundial de Saúde recomenda - em sua resolução WHA49.25 - prioridade na abordagem das questões relacionadas à violência, bem como a necessidade de avaliar sua magnitude e suas conseqüências (WHO, 2002).

As conseqüências das relações e dos atos violentos ou das omissões, mesmo quando não são fatais, geram danos à saúde, pois causam traumas, seqüelas e incapacidades temporárias ou permanentes; provocam sofrimentos físicos e emocionais frequentemente associados e levam à necessidade de atendimento médico, aumentando gastos com a saúde (Mello Jorge, 2002).

Sendo assim, os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos psicológicos incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos (Brasil, 2005; Minayo, 2006).

Ao sistema de saúde, as conseqüências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. Estima-se que cerca de 3,3% do PIB brasileiro são gastos com os custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos (Briceño-León, 2002). Esse autor, referindo-se à América Latina como um todo, reporta-se a dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento segundo o qual, os danos e as transferências de recursos que se processam por causa da violência atingem 14,2% do PIB da região e equivalem a 168 milhões de dólares. Para se ter idéia do significado da cifra dos custos diretos da violência no País (3,3% do PIB) ela é três vezes maior do que o País investe em Ciência e Tecnologia (Brasil, 2005).

Apesar da necessidade de se analisar as causas complexas da violência em seus componentes sócio-históricos, econômicos, culturais e subjetivos, é preciso lembrar que suas conseqüências afetam tanto a saúde individual e coletiva, como os serviços do setor. As unidades de serviços, antes muito mais orientadas para as enfermidades de origem biomédica, atualmente são chamadas para dar respostas às vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais, devendo equipar-se para isso.

1.4 Tipologia da Violência

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) categoriza o fenômeno da violência a partir de suas manifestações empíricas: violência dirigida da pessoa contra si mesma (auto-inflingida), violência interpessoal e violência coletiva.

- **Violências auto-inflingidas**

Nesta categoria incluem-se os comportamentos suicidas e os auto-abusos. Os primeiros contemplam suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio e os segundos nomeiam as agressões a si próprio e as automutilações.

- **Violências interpessoais**

As violências interpessoais são classificadas nos âmbitos intrafamiliar e comunitário.

Entende-se por violência intrafamiliar, doméstica ou familiar aquela que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente doméstico, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, mulheres, homens ou idosos.

Já a violência comunitária ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Tem várias formas de expressão, como a violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais, violência institucional que ocorre nas escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

- **Violências coletivas**

Por violências coletivas compreendem-se os atos violentos que ocorrem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Incluem-se nessa categoria, do ponto de vista social, os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e crimes de multidões.

Além dessas categorias apontadas pela OMS, Minayo (2006) sugere um outro tipo, denominado por ela de “violência estrutural”, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam as desigualdades sociais, de gênero e de etnia. Na opinião desta autora, a violência estrutural seria a base da maioria dos tipos de violência citados anteriormente.

Concordando com Minayo, Costa et. al. (2007) sugerem que a violência estrutural, no Brasil, contribuiria com o desenvolvimento da violência interpessoal nos diferentes segmentos sociais, em especial na dinâmica e no modelo familiar. Sendo assim, a violência doméstica seria parte de um contexto socioeconômico e cultural, o qual influenciaria o comportamento agressivo dos familiares, que tendem a repetir as condições de exploração e abandono de que são vítimas, contribuindo para a perpetuação da violência contra crianças e adolescentes, num ciclo vicioso (Costa et.al, 2007; Silva & Ferriani, 2007).

1.5 Violência Doméstica

Há cerca de três décadas, a questão da violência doméstica (VD), cometida pela família ou responsáveis, começou a ganhar destaque no meio acadêmico, tanto pela magnitude, como pelas repercussões do problema. Apesar da escassez e da falta de integração de dados, alguns pesquisadores da área de saúde apontam as várias modalidades de violências ocorridas no ambiente familiar como possíveis responsáveis por grande parte dos atos violentos que compõem os índices de morbi-mortalidade. (Minayo, 1994; Brito et al, 2005; Algeri & Souza, 2006; Costa et.al, 2007).

Compreende-se violência doméstica, ou (intra) familiar como “todo ato ou omissão cometido por um membro da família em uma posição de poder, independentemente de onde ocorra, que prejudique o bem-estar físico ou a integridade psicológica, ou a liberdade e o direito ao desenvolvimento integral de outro membro da família” (Shrader & Sagot, 2000, p.10).

Vale ressaltar que a violência doméstica e suas conseqüências negativas sobre a saúde são, antes de tudo, uma violação dos direitos humanos, não escolhendo classe social, raça, credo, etnia, sexo ou idade (Sanchez, 2003). Embora ocorra em todas as faixas etárias, são as crianças e os adolescentes, por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento, os que se apresentam em situação de maior vulnerabilidade e sofrem maiores repercussões para sua saúde (Sanchez & Minayo, 2004).

1.5.1 Violência Doméstica contra crianças e adolescentes

Sendo coerente com as linhas de pesquisa que vêm sendo desenvolvidas pelo Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (POPSS), o presente trabalho focaliza especificamente a questão da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Maldonado (2004) considera este tipo de violência como “abuso do poder exercido pelos pais e responsáveis” destas vítimas. De acordo com Azevedo e Guerra (1995),

a violência doméstica contra crianças e/ou adolescentes seria todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e/ou adolescentes que - sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima - implica, de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa “coisificação” da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (p.36).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1993, 2001, 2002a), a natureza da violência que atinge crianças e adolescentes pode ser classificada em diferentes formas de expressão (também denominadas abusos ou maus-tratos):

- Abuso físico: todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou por outras pessoas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes em seus corpos e, muitas vezes, provocando a morte. Essa é a forma de violência mais freqüentemente identificada, inclusive pelos serviços de atendimento à saúde.

- Abuso sexual: constitui todo ato ou jogo sexual que envolve relação hetero ou homossexual, com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, ou visando utilizá-los para obter satisfação sexual. Normalmente, o agressor encontra-se em estágio de desenvolvimento psicossocial mais avançado que a vítima.

- Abuso psicológico: consiste em toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas do adulto.

- Negligência: diz respeito às omissões dos pais ou de outros responsáveis pela criança ou adolescente, quando esses adultos deixam de prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, emocional e social. Nessa categoria se incluem a omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos, a falta de atendimento à saúde, o descuido com a higiene, a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor, o não provimento de estímulos e de condições para a freqüência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual desses seres em formação; O abandono é considerado uma forma extrema de negligência, referindo-se à ausência física dos responsáveis.

- Outros tipos: exploração através do trabalho e da mendicância; acidentes, especialmente os ocorridos no trânsito e os suicídios. Os roubos, furtos, seqüestros e uso/tráfico de droga também são considerados.

A inserção do tema da violência contra crianças e adolescentes na pauta do setor saúde se deu a partir da década de 60, quando os profissionais da área começaram a fazer denúncias sistemáticas das várias formas de violência infanto-juvenil e da sua influência negativa para o crescimento e desenvolvimento das vítimas. Nessa época, a pediatria americana reconhecera a questão dos maus-tratos contra crianças como um problema clínico-social que, visto como unicamente acometendo bebês, foi designado como “síndrome do bebê espancado” e, na década de 70, tornou-se um aspecto a ser considerado pela ação médica, na medida em que vários profissionais passaram a reconhecer e a diagnosticar esse tipo de agravo como um problema de saúde. Desde então, o conhecimento sobre essa forma de violência vem sendo ampliado e sua gravidade reconhecida, ainda que os dados globais sobre sua magnitude não estejam devidamente dimensionados (Gonçalves & Ferreira, 2002; Minayo, 2006).

Vale ressaltar que o reconhecimento da ocorrência de maus-tratos contra crianças trouxe como consequência direta a necessidade de protegê-las. Tal proteção tem início oficialmente com a notificação da violência à autoridade competente. No Brasil, os maus-

tratos contra a criança e o adolescente só passaram a merecer maior atenção no final dos anos 80. Nessa época, os maus-tratos foram tratados na Constituição Federal (Brasil, 1988), (art. 227), e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), que tornaram obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados (art. 13), prevendo penas para os médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que deixassem de comunicar os casos de seu conhecimento (art. 245).

Os profissionais brasileiros, no entanto, temem os transtornos legais oriundos da notificação e, apesar da relevância da violência familiar no contexto nacional e das exigências previstas por lei, as formas de registro sistemático ainda são bastante escassas. Apesar de os Conselhos Tutelares serem os órgãos designados pelo ECA para receber as comunicações de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, não estão implementados em todos os municípios brasileiros e, mesmo onde instalados, funcionam muitas vezes em condições adversas: trabalhos recentes atestam a falta de infra-estrutura para seu funcionamento, a precariedade de serviços de retaguarda para executar as medidas aplicadas, a formação heterogênea dos conselheiros e a grande demanda de serviços que estes órgãos enfrentam (Cavalcanti, 1999; Deslandes, 1999; Gomes et.al, 2002; Gonçalves & Ferreira, 2002; Brito et.al, 2005; Lourenço et.al, 2006; Costa et.al, 2007; Bazon, 2008).

Deslandes (1999) sugere que os profissionais de saúde relutam em assumir uma notificação de maus-tratos devido a: a) experiências negativas anteriores vividas ou relatadas (em que o próprio profissional foi perseguido pelos familiares ou teve que prestar depoimentos um número incontável de vezes); b) receio da intervenção que será realizada junto à vítima e ao agressor; c) crença de que o problema “é de família”, não sendo de responsabilidade de uma “instituição de saúde”; d) temor de cometer algum erro ou injustiça; e) crença de que sua ação deve se restringir ao cuidado das lesões; e, f) descrença quanto às reais possibilidades e efetividade da intervenção nestes casos. Além das dificuldades dos profissionais, os casos atendidos têm especificidades que podem facilitar ou dificultar o ato de notificar, assim como as famílias podem desejar ou tentar impedir a notificação, podem fornecer ou negar informações que fundamentem as suspeitas, podem sentir-se ameaçadas ou protegidas pelo ato de notificar. Há, ainda, questões estruturais que dificultam o ato de notificar ou fazem com que os profissionais minimizem os benefícios gerados pela notificação (Cavalcanti, 1999; Ferreira & Schramm, 2000; Gonçalves & Ferreira, 2002; Bazon, 2008). Sendo assim, explicar a ocorrência dos maus-tratos contra as crianças e adolescentes é uma tarefa complexa, na medida em que envolve a articulação em rede de aspectos socioculturais,

psicossociais, psicológicos e até mesmo biológicos, para que se possa atingir uma compreensão mais abrangente acerca da problemática em questão (Gomes et.al, 2002).

Entretanto, considerando-se que as vítimas utilizam serviços de saúde como uma das poucas formas de buscar auxílio, os profissionais desses serviços devem estar atentos uma vez que essa procura pode representar a única oportunidade de intervenção. Diante deste contexto, cabe ressaltar que os profissionais do Programa Saúde da Família (PSF), trabalhando na Atenção Primária à Saúde (APS), apresentam-se como atores importantes na execução de práticas preventivas, diante do grande número de pessoas com as quais têm contato em seu dia-a-dia profissional, dentro de um contexto comunitário de intervenção (Starfield, 2002). Suas atitudes diante de condições de saúde, como casos de violência doméstica, são fundamentais para qualidade do atendimento e realização de atividades de prevenção efetiva (Berger, Wagner & Baker, 2005).

Nesse sentido, destaca-se o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que têm maior contato com as comunidades e famílias que os profissionais de cargos tradicionais, na medida em que representam o elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde vivem e trabalham, convivendo com a realidade e práticas de saúde locais (Kluthcovsky & Takayanagui, 2006). Dessa forma, se caracterizam como importantes sujeitos a serem analisados quanto às crenças sobre violência doméstica infanto-juvenil, podendo ter ciência de casos abafados na própria família ou comunidade, que não chegam ao conhecimento de outros profissionais ou instituições (delegacias, conselhos tutelares, ambulatórios, hospitais, escolas, creches, etc). Além disso, trabalham numa ótica comunitária de prevenção e promoção de saúde, sugerindo uma visão mais abrangente e realista do fenômeno da violência doméstica.

1.5.2 Pesquisas sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes

No ambiente doméstico, a violência pode se expressar de diferentes formas e a criança, como parte integrante da família, pode estar exposta à agressão direta – quando ela é o alvo da agressão – ou indireta – quando presencia cenas de violência entre os pais. A maioria das pesquisas na área de violência doméstica conclui que a mera exposição à violência é, em si mesma, uma forma de maus-tratos, afirmando que a criança ou o adolescente que testemunha a agressão à sua mãe acaba sendo vítima de violência psicológica (Maldonado & Williams, 2005; Morier-Genoud et.al, 2006; Taylor & Sorenson, 2007; White et.al, 2008).

Em crianças, a exposição à violência doméstica está relacionada a um maior risco de conseqüências sociais e emocionais negativas (Anda et.al, 2007; Taylor & Sorenson, 2007; Zanoti-Jeronymo, Laranjeira & Figlie, 2008). Condições familiares negativas e duradouras são preditoras de comportamento agressivo, ansiedade, depressão, alucinações, reações de pânico, distúrbios do sono, distúrbios de memória e problemas sociais na adolescência e na idade adulta, como gravidez precoce, comportamento sexual de risco e uso de drogas, vulnerabilidade emocional, autocontrole inadequado, alcoolismo, comportamento suicida e abandono de trabalho. (Aberle et.al, 2007; Anda et.al, 2007; Harris, Lieberman & Marans, 2007; Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007; Bradley et.al, 2008; Handa et.al, 2008; White et.al, 2008; Zanoti-Jeronymo et.al., 2008).

Pesquisadores têm encontrado também fortes associações entre experiências adversas na infância e um pobre funcionamento da saúde física e mental (Harris et.al, 2007). Um estudo entre mulheres norte-americanas indicou uma relação positiva entre maus-tratos na infância e desordem do stress pós-traumático (Lang et.al, 2008). Outro estudo aponta a violência doméstica como sendo também um importante fator de risco para a mortalidade perinatal e neonatal (Ahmed, Koenig, & Stephenson, 2006).

Além disso, pesquisas sugerem que a exposição infantil à violência doméstica (seja como testemunha ou como vítima direta) é um fator de risco significativo para futuras perpetrções e vitimizações da violência na idade adulta (Schewe et.al., 2006; Vatnar & Bjorkly, 2008; Zanoti-Jeronymo et.al., 2008).

De acordo com Knaul e Ramírez (2005), a violência contra crianças é prevalente e tem prejudicado a produtividade, causando impactos inter-geracionais. O abuso pode afetar o desempenho das crianças na escola e, por conseguinte, sua produtividade quando adultos. As crianças abusadas também aprendem comportamentos agressivos, que tendem a reproduzir ao longo de suas vidas, perpetuando a violência de uma geração para a outra. Em Porto Alegre, RS, um estudo realizado com adolescentes violentos constatou, com diferença significativa, que os adolescentes agressivos, quando crianças, foram mais punidos fisicamente que os não agressivos (Meneghel, Giugliani & Falceto, 1998). Uma pesquisa norte-americana comparando agressores físicos e sexuais encontrou que as histórias de ambos são marcadas por experiências e testemunhos de violência na família de origem e por interações negativas com seus pais. Entretanto, os agressores sexuais reportaram significativamente mais experiências adversas na infância do que aqueles que cometeram apenas agressões físicas (White et.al, 2008).

Alguns estudos fornecem evidências de que as experiências adversas na infância ocorrem muito mais de forma inter-relacionada do que independentemente (Dong et.al, 2004). Em pesquisa documental realizada a partir de casos divulgados na imprensa brasileira, Chaves (1999) constatou que as maiores incidências referem-se à violência doméstica física e sexual, ao abandono e à violência fatal.

Um estudo recente realizado no município de Feira de Santana, Bahia (Costa et.al, 2007), com o objetivo de estimar a prevalência das formas de violência contra crianças e adolescentes registradas nos Conselhos Tutelares, e a associação dessas violências por faixas etárias das vítimas e vínculo com agressores, foram analisados 1.293 registros de violência, sendo 1.011 (78,1%) originados no domicílio. As formas de violência mais prevalentes foram a negligência, a violência física e a violência psicológica, sendo que a faixa de menores de um ano apresentou proporções consideráveis dessas três formas de violência; A violência sexual foi registrada em todas as faixas etárias, com maior prevalência acima dos 10 anos e a exploração, a partir dos 14 anos; As maiores prevalências de negligência foram observadas entre a mãe e o pai; a violência psicológica e violência física entre a madrasta, o padrasto e outros familiares; e a violência sexual, entre o padrasto e outros familiares (Costa et.al, 2007).

A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA, 2005) publicou uma série de dados estatísticos sobre 1169 casos de violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes, em que a violência física atinge o índice de 65%, sendo o agressor frequentemente um parente (93,5%), em geral a mãe (52%). Vale ressaltar que os casos de violência sexual foram mais atribuídos ao pai. Os resultados da pesquisa conduzida por Brito et.al (2005) em um Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI – São José do Rio Preto/SP) com famílias nas quais houve a ocorrência de violência doméstica contra crianças apontam as mesmas tendências, sugerindo que o tempo de permanência da mãe junto aos filhos, somado à sua maior responsabilidade, culturalmente atribuída, no processo educativo, parece influenciar o seu comportamento para com eles. Os fatores mais apontados pelas famílias como desencadeantes da violência foram: conflitos do casal; características próprias da criança ou adolescente; histórico de vida dos pais; dificuldades em colocar limites para seus filhos; alcoolismo; fatores socioculturais; falta ou excesso de trabalho e outros tipos de drogas (Brito et.al, 2005).

Pesquisando os efeitos das características familiares na violência física contra crianças, Berger (2005) encontrou que a depressão, o consumo de álcool materno, o histórico de violência e a renda familiar afetam significativamente as probabilidades de as crianças serem abusadas. Também considerando as diferentes características socioeconômicas e

demográficas, uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro (Reichenheim, Dias & Moraes, 2006) pretendeu apresentar um perfil de ocorrência e co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em uma população atendida em serviço de saúde. Os fatores associados ao maior risco do desfecho foram: idade materna menor do que vinte e cinco anos; companheiro com primeiro grau incompleto, presença de duas ou mais crianças menores de cinco anos no domicílio; e abuso de álcool e drogas ilícitas pelo companheiro. Em domicílios com todas essas características, a estimativa conjunta de prevalência projetada de violência no casal e contra filhos chegou a 90,2%, sendo de 60,6% a de co-ocorrência. Na ausência desses fatores, as estimativas foram consideravelmente menores (18,9% e 0,2%, respectivamente).

No estudo de Aberle et.al. (2007), o abuso emocional e físico em crianças e adolescentes foi associado ao sexo feminino, baixa idade, alcoolismo na família e falta de amor parental. Segundo esses autores, o comportamento impróprio dos pais perante os filhos é resultado de alcoolismo ou uso de outra droga, doença mental, pobreza ou desemprego (Freisthler, 2004; Aberle et.al, 2007).

Percebe-se que o tema da violência doméstica contra crianças e adolescentes é extremamente amplo e tem sido objeto de muitas pesquisas, que tentam não só estimar a prevalência de sua ocorrência, como estabelecer os fatores bio-psico-sociais a ela relacionados e as suas diversas conseqüências no desenvolvimento integral das vítimas. No entanto, tais pesquisas ainda são bastante limitadas no âmbito nacional, como mostrou a revisão de literatura feita para o presente trabalho. Sendo assim, para um melhor conhecimento da realidade brasileira, no que diz respeito à violência doméstica, e para elaboração de possíveis intervenções, mais estudos sobre a temática (longitudinais e qualitativos, por exemplo) se mostram urgentes.

1.5.3 Violência doméstica e sua relação com o uso de substâncias psicoativas

Dentre os vários aspectos ligados ao tema, o impacto do consumo de substâncias psicoativas relacionado a crimes e violência tem sido cada vez mais discutido em todo o mundo (UNO, 2004; WHO, 2002, 2004). Pode-se dizer que existem dois tipos principais de violência relacionados às drogas: o primeiro se refere à violência vinculada a grupos que estão diretamente envolvidos com o comércio de drogas ilícitas (como, por exemplo, o tráfico); o segundo tipo se refere a pessoas que são vítimas de violência proveniente de indivíduos que estejam sob o efeito da droga (UNO, 2004).

Apesar de a mídia ressaltar o primeiro aspecto da violência, geralmente relacionado-a às drogas ilícitas, existe um número considerável de ações de violência domiciliar ou interpessoal vinculadas ao uso de álcool, ainda pouco divulgada. Em um levantamento domiciliar realizado no estado de São Paulo, foram pesquisados 2.362 domicílios, dos quais 773 (32,7%) informaram casos de violência familiar. Destes, em 52,7% dos casos foram relatadas situações de violência com autor embriagado e 9,7% com o autor intoxicado por outra droga. A relação de violência predominante foi entre casais, geralmente o agressor sendo do sexo masculino (Noto et. al., 2004). Em recente levantamento domiciliar, foram pesquisados 7.939 domicílios entre as 108 maiores cidades brasileiras, verificando-se que em 2.661 (33,5%) houve casos de violência doméstica, sendo que em 51% desses casos o agressor estava alcoolizado no momento da violência (Fonseca et.al, 2009).

Outros estudos também apontam a relação entre violência domiciliar e uso de substâncias psicoativas, que vem sendo destacado como um dos fatores promotores de violência contra crianças e adolescentes (UNO, 2004; WHO, 2002, 2004). De acordo com Zilberman e Blume (2005), o uso de substâncias psicoativas pelos pais pode facilitar a ocorrência de abuso físico e sexual e negligência infantil.

Existe ainda uma correlação entre violência contra a criança e uma predisposição futura dessa criança a ser um adulto abusador de álcool e drogas (Dunn et.al, 2002; Dube et.al, 2003; Zilberman & Blume, 2005; Kaysen, et.al, 2007;), assim como a uma maior probabilidade de a criança utilizar medicamentos psicotrópicos na idade adulta (Anda et.al, 2007).

Segundo alguns estudos, crianças que experimentam abandono dos cuidados pelos pais têm maior risco de desenvolver problemas de uso de substâncias, perpetuando, dessa forma, um contínuo e crescente ciclo de violência/abandono (Dunn et. Al, 2002; Dube et.al, 2003; Zilberman & Blume, 2005; Zanoti-Jeronymo et.al, 2008). Em pesquisa comparando indivíduos com e sem experiências adversas na infância, os respondentes que relataram adversidades demonstraram maior probabilidade de desenvolver alcoolismo, abuso de drogas, depressão, atentados suicidas e doenças sexualmente transmissíveis (Harris et.al, 2007). Os autores sugerem que os comportamentos de alto risco para a saúde podem servir como mediadores entre eventos traumáticos da infância e o desenvolvimento de doenças adultas, anos depois, porque a exposição ao trauma pode tornar crônico o uso de álcool, drogas e cigarro para lidar com ansiedade, depressão e raiva (Harris et. al, 2007).

Simpson e Miller (2002) apontam uma forte associação entre abuso sexual e físico na infância em mulheres e o posterior desenvolvimento de problemas com uso de substâncias

psicoativas. De acordo com os autores, os índices de abuso físico e sexual infantil em mulheres com problemas de uso de substâncias e os índices de problemas de uso de substâncias entre mulheres com histórico de abuso físico e sexual na infância são significativamente superiores aos encontrados na população geral (Simpson & Miller, 2002).

Em um levantamento bibliográfico (realizado em algumas bases de dados) com o objetivo de compreender melhor as inter-relações entre história de alcoolismo familiar e história de violência doméstica, bem como a repercussão na saúde mental e no desenvolvimento das crianças que vivem em um contexto com estas situações associadas, foram achados 182 artigos (Zanoti-Jeronymo et.al., 2008). Dentre os resultados encontrados, merece destaque o fato de que os pesquisadores geralmente mensuram o alcoolismo parental e a violência contra a criança de forma isolada um do outro, não estabelecendo uma relação conclusiva entre estas variáveis e o risco relativo de problemas posteriores (Zanoti-Jeronymo et.al., 2008).

Numa tentativa de avaliar os padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas, foi realizado um estudo por meio de genograma de autores e vítimas desse tipo de violência (Tondowski, 2008). Os resultados confirmaram a reprodução multigeracional da violência familiar associada ao uso de álcool, sendo observada, nas famílias estudadas, uma reprodução de especificidades das relações familiares ao longo das gerações, como padrão de consumo de álcool, tipo de violência, reação das vítimas e momento do ciclo vital. Tais dados evidenciam a importância dos fatores psicossociais na transmissão multigeracional da associação entre álcool e violência (Tondowski, 2008).

Com base no que foi exposto acima, é possível sugerir que o uso de álcool e drogas – sendo causa ou conseqüência – estaria relacionado à violência infanto-juvenil; no entanto, é importante também ressaltar que os atos de violência domiciliar ou infantil nem sempre são realizados por abusadores e/ou dependentes (WHO, 2002, 2004).

Apesar de existir um consenso no que diz respeito à existência de uma relação entre o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e a violência doméstica, ainda há muitas controvérsias sobre como essa relação acontece, não sendo possível estabelecer uma relação causal entre as variáveis, afirmando que o consumo de substâncias causa violência doméstica (Babor et.al., 2003; Laranjeira et.al, 2005; Zanoti-Jeronymo et.al., 2008). Estudos qualitativos abordando a co-ocorrência desses dois comportamentos são escassos.

Por essa razão, o presente trabalho se torna relevante tendo em vista não só a possibilidade de um maior conhecimento sobre a violência contra crianças e adolescentes, associada ou não ao uso de álcool e outras substâncias, como também a possibilidade de se

estabelecer estratégias de prevenção à violência infantil por ações de saúde pública, dentre elas ações de prevenção ao uso nocivo de álcool e drogas (WHO, 2002, 2004).

Face ao exposto, fica claro que o reconhecimento e a prevenção da violência não são matéria simples. Contudo, é uma tarefa também do setor saúde que, nesse aspecto, carece de preparo e regularidade. A prevenção da violência impõe grandes esforços como a superação das noções de “fatalidade” e “inevitabilidade” próprias do senso comum. Outro fator é a atribuição da violência ao problema meramente social. Tais problemas somente serão contornados quando se conhecer quem são os membros da instituição e o que pensam, para que sejam propostas soluções que responsabilizem a instituição e criem rotinas nos serviços de saúde em relação ao tema.

Sendo assim, o enfrentamento da violência passa pelo sistema de crenças culturalmente estabelecidas do que é a violência, sistema esse que precisa ser conhecido e, em alguns casos, modificado (violência como exclusivamente “casos de polícia”). Diante disso, uma análise psicossocial a partir do estudo das crenças se torna pertinente ao passo em que estas têm um papel importante na interpretação dos esclarecimentos neste ramo da ciência.

1.6 Crenças e violência

Segundo Cavazza (2008), uma crença pode ser definida como a probabilidade subjetiva de que um objeto possua determinado atributo: desta forma, toda crença associa um atributo a um objeto, com certa probabilidade subjetiva (a expectativa). Em sociedades e em grupos sociais humanos, as crenças descrevem e avaliam uma situação presente, relacionando-se às condutas das pessoas e sendo essenciais para a organização dinâmica e cultural das coletividades de uma forma ampla (Lourenço, 1993).

Três autores, com suas respectivas concepções teóricas são considerados importantes no estudo das crenças: o behaviorista Daryl Bem (1972), o sócio-cognitivista (com influências da psicanálise) Milton Rockeach (1981) e o psicólogo social brasileiro Helmuth R. Krüger (1995).

De acordo com Krüger (1995) crenças são proposições que, na sua formulação mais simples, afirmam ou negam uma relação entre dois aspectos concretos ou abstratos ou entre um objeto e um possível atributo deste. Segundo ele, “as crenças se encontram articuladas no plano subjetivo a valores e a atitudes. No entanto, na esfera social as crenças se constituem enquanto ideologias, utopias, sistemas morais e teorias científicas, entre outros sistemas de proposições. Nesse sentido, as crenças e os sistemas de crenças integram as culturas

desenvolvidas por nós ao longo do tempo” (Krüger, 1995, p.6). Para esse autor, as crenças “são elementos de representação mental, essencialmente abstratos, oriundos de experiências individuais e coletivas que, uma vez alcançando o formato e o suporte físico necessários à sua objetivação, oferecem-se à crítica e a dialetização” (op.cit., p.6). As crenças seriam organizadas em sistemas ou conjuntos logicamente estruturados, sendo capazes de ativar motivações e, portanto, condutas sociais, influenciando por essa via processos coletivos (Krüger, 2004).

Para Bem (1972), as crenças e atitudes humanas se fundamentam em quatro atividades: o “pensar”; o “sentir”; o “comportar-se” e o “interagir”. Dessa forma, os fundamentos psicológicos das crenças e atitudes seriam divididos em: cognitivos (pensar), emocionais (sentir), comportamentais (comportar-se) e sociais (interagir com os outros). De acordo com Bem (1972), quanto mais justificada uma crença, mais intensamente ela tende a ser endossada, especialmente nas circunstâncias em que a decisão sobre o que se irá acreditar ou não tiver sido objeto de um intenso trabalho de reflexão e crítica.

Independente das perspectivas de Bem, Rockeach desenvolve os seus estudos sobre crenças em uma postura mais mentalista (não behaviorista), afirmando que o sistema total de crenças de uma pessoa abrange crenças primitivas pré-ideológicas, compartilhadas ou não socialmente sobre a natureza do mundo físico, da sociedade e do eu (Rockeach, 1981). Defendendo a noção de que as crenças devem se organizar, Rockeach (1981) aponta que, assim como os elétrons, os astros e os cromossomos, as crenças também tendem a se organizar em sistemas lógicos, apresentando propriedades estruturais mensuráveis. Esse autor acredita que “as crenças não são relatórios verbais” e sim “inferências feitas por um observador sobre estados de expectativas básicas.” (p.2). Assim, “as crenças não podem ser diretamente observadas”, mas “podem ser inferidas da melhor forma possível.” (p.2).

Para Rockeach (1981), as crenças se dividem em cinco classes (que podem ficar ordenadas ao longo de uma dimensão periférica – central): TIPO A – Crenças primitivas – Consenso 100%; TIPO B – Crenças primitivas – Consenso Zero; TIPO C – Crenças de Autoridade; TIPO D – Crenças Derivadas; TIPO E – Crenças Inconseqüentes. A partir dessa formulação, esse autor derivou várias hipóteses relativas à resistência diferencial de mudança das crenças, variando em centralidade, além dos feitos de tais mudanças para o resto do sistema de crenças. (Rockeach, 1981).

Outro fator a ser destacado a partir da postura de Krüger e de significativa importância para o presente trabalho, diz respeito à questão “valor da verdade” no estudo das crenças. Pode-se dizer que as crenças tendem a ser organizadas, adquirindo a forma de teorias,

doutrinas, argumentos e sistema de opinião e de pensamento. Obviamente que a aceitação desta ou daquela crença se condiciona a fatores e critérios diversos. Mesmo o mais sério e honesto dos cientistas (após estabelecer rigorosas normas para aferição da validade), após aceitar pessoalmente a sua “teoria”, faz com que esta se transforme em “sistema de crenças” (aprovada principalmente por seus autores). Autores, seguidores e continuadores são geralmente os que estabelecem o obstáculo mais resistente à revisão ou o abandono da “teoria”. Vale lembrar que “teorias científicas, antes de serem crenças, são sistemas de proposições, permanentemente sujeitos a críticas”. (Krüger, 1995. p.10).

Com base nas idéias de Krüger, se torna importante para o presente trabalho ressaltar a diferença apontada por esse autor entre “crer” e “conhecer”. Segundo Krüger (1995, p.17), “crer” significa “uma ocorrência subjetiva, caracterizando-se pelo grau de assentimento ou adesão que decidimos aplicar a esse ou àquele enunciado ou conjunto de proposições sendo, portanto, mais uma questão psicológica.” Neste sentido, se ocorre o descrer, considera-se que devam existir e ser aceitas por alguém, crenças que se opõem a que foi rejeitada; ao menos a crença na inaceitabilidade da outra.

No que diz respeito a “conhecer”, “este é um fato gnosiológico, referente ao valor da verdade da proposição ou argumento que esteja sendo examinado através de provas ou demonstrações entendidas como pertinentes à análise da validade do seu conteúdo.” (Krüger, 1995, p.18).

Os grupos sociais apresentam algumas características comuns aos seus membros, como leis, costumes, valores e crenças compartilhadas, que chegam a ser extremamente influentes no estabelecimento do curso de processos coletivos, tornando-se aceitável formular hipóteses sobre prováveis reações ou movimentos sociais diante de qualquer circunstância, conhecendo-se, por exemplo, algumas crenças compartilhadas (Krüger, 1995).

No estudo da violência doméstica contra crianças e adolescentes, uma análise das crenças dos profissionais que lidam diretamente com esse fenômeno (dentre eles os Agentes Comunitários de Saúde) se torna relevante, na medida em que tais crenças se constroem a partir da experiência. Sendo assim, considerando a escassez – e subnotificação – de dados oficiais (conselhos tutelares, delegacias, etc) em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes, o presente trabalho se propõe a avaliar as crenças de Agentes Comunitários de Saúde sobre o tema, numa tentativa de maior aproximação e conhecimento dessa realidade ainda bastante velada socialmente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte a respeito da violência doméstica contra crianças e adolescentes, relacionada ou não ao uso de álcool e drogas ilícitas.

2.2 Objetivos específicos:

- Analisar as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde no que diz respeito ao grau de parentesco dos principais agressores das crianças/adolescentes, e aos os tipos de violência doméstica mais freqüentemente detectados;
- Avaliar o conhecimento que os Agentes Comunitários de Saúde acreditam ter sobre o assunto, assim como verificar se já receberam algum treinamento específico para identificar e/ou intervir em casos de violência doméstica;
- Conhecer as perspectivas e propostas de intervenção, assim como as providências tomadas diante de suspeita ou confirmação de ato violento;
- Investigar as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a relação entre a violência doméstica contra crianças/adolescentes e: o consumo de álcool, drogas ilícitas, e o turismo local;
- Comparar as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde de Lima Duarte com as crenças dos demais profissionais de saúde do município e, também, com as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde de Juiz de Fora, investigadas pelo Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS/UFJF) em pesquisas anteriores.

3 METODOLOGIA

3.1 Considerações sobre os projetos anteriores

O presente estudo teve como ponto de partida outros projetos desenvolvidos pelo Pólo de Pesquisas em Psicologia Social e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (POPSS/UFJF). Em 2006, Lourenço et.al, realizaram pesquisas sobre o perfil da violência doméstica contra crianças e adolescentes, que caracterizaram a violência doméstica de acordo com as crenças de profissionais das áreas jurídica, da saúde e da educação no município de Juiz de Fora, tendo como variáveis o álcool e as drogas.

Em 2007, tal linha de pesquisa foi ampliada para a atenção primária a saúde, pesquisando-se as crenças a respeito da violência doméstica contra crianças e adolescentes em profissionais das Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora-MG, dentre eles, os ACS (Lourenço et.al, 2007). No mesmo ano, foi realizado um projeto piloto (Gebara & Lourenço, 2007) em um município de pequeno porte da Zona da Mata mineira, chamado Lima Duarte, com o objetivo de expandir os estudos anteriores e analisar as crenças dos profissionais de saúde a respeito da violência doméstica, relacionada ou não ao uso de álcool e drogas ilícitas. Foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa profissionais que compunham a rede municipal de saúde de Lima Duarte e que tinham contato, no seu ambiente de trabalho, com possíveis vítimas de violência infanto-juvenil, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontologistas, farmacêuticos/bioquímicos, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogos.

Considerando os resultados encontrados anteriormente e a escassez de dados de pesquisa referentes à violência doméstica em cidades de pequeno e médio porte, surge a necessidade de se ampliar o estudo, realizando a mesma pesquisa com Agentes Comunitários de Saúde, que atuam nas Equipes do Programa Saúde da Família (PSF) de Lima Duarte, possibilitando a obtenção de dados mais abrangentes.

Com esta pesquisa, pretende-se contribuir com conhecimento que permita melhorias no atendimento e intervenção nos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, principalmente no município de Lima Duarte. Acredita-se que os resultados desse estudo, comparados aos dados das pesquisas anteriores (realizadas em Juiz de Fora e Lima Duarte, em 2007), poderão ser úteis também à elaboração e implantação de políticas públicas e estratégias eficazes na prevenção e erradicação da violência doméstica infanto-juvenil.

3.2 O contexto da pesquisa

A cidade de Lima Duarte está situada na Zona da Mata do estado de Minas Gerais, a 295 km da capital, Belo Horizonte e a apenas 52 km da cidade de Juiz de Fora, com a qual estabeleceu uma relação de dependência, em função da proximidade. Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o município possuía, em 2006, uma população de 16.376 habitantes, distribuídos em uma área de 848,04 km². O potencial turístico do Município é considerado alto, tendo em vista, principalmente, a localização do Parque Estadual do Ibitipoca em seu território, cuja presença atrai turistas o ano inteiro por sua beleza natural e patrimônio cultural. Nos últimos anos houve uma verdadeira explosão do segmento turístico nesta área, o que atraiu empreendedores no ramo de hotelaria, bares, restaurantes e artesanato. Sendo assim, a região passou a interagir com o segmento turístico que, por sua vez, começou a exercer influência em várias situações cotidianas do ambiente social e doméstico do limaduartino. Dessa forma, estabeleceu-se uma interseção entre o aumento do turismo local, a maior carga de trabalho nesse setor e conseqüentemente, mudanças significativas na qualidade de vida desta demanda.

A cidade de Lima Duarte é uma importante representante de uma economia agro-rural regional, com significativa dependência de Juiz de Fora, economicamente e em serviços. Nesse sentido, o turismo veio na contramão desta característica, fazendo com que a cidade mantenha peculiaridades que dão ao habitante local uma forte interação com pessoas de outros centros. Um dos fatores, ainda não comprovados no local por falta de maiores pesquisas é um aumento gradual de consumo de álcool e drogas. A cidade funciona ciclicamente, ou seja, sempre com maior movimento em finais de semana e feriados. Sendo assim, a hipotética presença regular de álcool e drogas em ambientes economicamente voltados para o lazer, principalmente o lazer noturno (Laranjeira, 2004), nos traz a suspeita de que os índices de violência doméstica possam ser significativos, principalmente quando comparados a outros municípios com diferentes vocações.

Apesar de não existirem informações precisas (uma vez que o Conselho Tutelar da cidade não possui banco de dados estruturado) sobre as ocorrências e a prevalência da violência doméstica contra crianças e adolescentes, nem dados referentes à sua relação com o consumo de substâncias psicoativas, segundo informações do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município, os índices de violência doméstica relacionada ao uso de álcool e drogas são alarmantes, apontando para a necessidade de maiores pesquisas na região.

Assim como na maioria dos municípios de pequeno porte, em Lima Duarte, a atenção primária é a principal forma de oferta de serviços públicos de saúde. Ao todo, o município conta com quatro equipes do Programa Saúde da Família (PSF), sendo que três delas estão situadas na zona urbana, enquanto apenas uma situa-se na zona rural, especificamente na Vila de Conceição do Ibitipoca. Em função da atenção primária à saúde (APS) atingir a maior parte da população, considera-se este nível de atenção bastante estratégico para a detecção e implementação de práticas de prevenção à violência doméstica. Diante deste contexto, torna-se fundamental considerar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que estão inseridos na própria comunidade, vivenciando o dia-a-dia da população, com os mesmos costumes e valores, conhecendo, portanto, o universo da comunidade melhor do que qualquer outro profissional que integra a equipe de saúde (Brasil, 2006; Ronzani, Castro & Formigoni, 2008; Ronzani, Mota & Souza, 2009; Sobreira, 2009).

3.3 Participantes:

Foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa todos os 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que fazem parte das quatro Equipes do Programa Saúde da Família (PSF) do município de Lima Duarte.

3.4 Desenho:

Em um primeiro momento estabeleceu-se contato com os Gestores do município (Secretaria Municipal de Saúde de Lima Duarte; Coordenação Municipal do Programa Saúde da Família), para obtenção de autorização e colaboração no desenvolvimento do projeto. Essa pactuação envolveu a elaboração, em conjunto, das estratégias e forma em que a coleta de dados ocorreu no município, respeitando as características locais.

A presente pesquisa utilizou métodos quantitativos e qualitativos, respectivamente, de acordo com os objetivos de cada investigação. Acredita-se que, com esta junção, foi possível

obter uma maior riqueza de informações, o que contribuiu para detalhamento e análise dos resultados.

Inicialmente foi realizada a investigação quantitativa, quando os 30 Agentes Comunitários de Saúde foram convidados voluntariamente a responder um questionário auto-aplicável, estruturado, individual e anônimo (anexo 4), utilizado na pesquisa realizada anteriormente com os profissionais de saúde do município de Lima Duarte (Gebara & Lourenço, 2007).

Para a aplicação dos questionários, aproveitou-se o espaço da reunião geral das equipes do PSF de Lima Duarte que acontece uma vez por mês e na qual a participação de todos os Agentes Comunitários de Saúde é obrigatória. Desta forma, foi possível encontrar a grande maioria dos ACS de uma só vez, sem necessidade de deslocamento até a zona rural, otimizando os recursos de tempo e financiamento disponíveis para a realização da pesquisa. Os questionários foram aplicados em duas dessas reuniões, pois na primeira (no dia 19/12/2008) alguns ACS estavam ausentes (em função de férias, licença médica ou outros motivos pessoais). Na segunda tentativa (no dia 23/01/2009) foi possível entrevistar os ACS que faltavam e não houve nenhuma recusa em participar da pesquisa, totalizando 30 questionários respondidos.

Em um segundo momento, para complementar as informações quantitativas e visando um maior aprofundamento das crenças e atitudes dos Agentes Comunitários de Saúde a respeito da violência doméstica contra crianças e adolescentes, foram realizadas entrevistas coletivas, utilizando a técnica qualitativa dos Grupos Focais.

Foram realizados quatro grupos focais com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Lima Duarte, que foram divididos de acordo com as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) a que pertencem. Para fins didáticos e comparativos, os grupos serão chamados de A, B, C e D. O grupo A foi composto de 5 ACS e realizado no dia 18/04/09. A entrevista durou cerca de uma hora. O Grupo B foi realizado no dia 24/04/09, teve a participação de 7 ACS e duração de 39:09 minutos. O Grupo C durou 36:02 minutos e foi realizado com 5 ACS, no dia 27/04/09. O Grupo D (único da zona rural) foi composto por 7 ACS e realizado no dia 22/05/09, aproveitando o dia da reunião geral mensal dos PSFs, quando todos os ACS se deslocam obrigatoriamente até a cidade. A última entrevista teve duração de 25:17 minutos.

As entrevistas foram feitas no horário de trabalho, utilizando os espaços disponíveis nas próprias unidades e combinadas com antecedência com cada equipe, de modo a não prejudicar o expediente dos ACS. Desta forma, buscou-se uma maior aproximação com a

realidade estudada, além de evitar o deslocamento dos profissionais do lócus de trabalho. Os grupos focais foram acompanhados por duas entrevistadoras, sendo uma responsável por coordenar o grupo e a outra, por anotar os pontos principais de cada entrevista, bem como por organizar as respostas de acordo com o ACS que falava, permitindo a observação da continuidade dos discursos e facilitando a identificação dos sujeitos, que seria bastante dificultada apenas pelas transcrições. Seguiu-se, portanto, a sugestão de Patton (2002) de que no grupo focal deve ser empregada uma dupla de entrevistadores, um dos quais ficando livre para documentar as respostas enquanto o outro administra a entrevista e o grupo.

O roteiro dos grupos focais (anexo 5) foi desenvolvido com base nas questões do questionário e complementado a partir das análises quantitativas descritivas. As entrevistas foram gravadas em mídia eletrônica (com um aparelho de MP4) e posteriormente transcritas na íntegra (anexo 6).

3.5 Instrumentos:

- Questionário estruturado:

Para a coleta dos dados quantitativos, foi aplicado um questionário estruturado, individual e anônimo, utilizado anteriormente na pesquisa com profissionais de saúde do município de Lima Duarte (Gebara & Lourenço, 2007). Tal questionário, composto por 21 questões (15 fechadas e 6 abertas) foi adaptado a partir de pesquisas já realizadas na cidade de Juiz de Fora (Lourenço et al., 2006; 2007) e visa averiguar as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde de Lima Duarte a respeito da violência doméstica contra a criança e o adolescente, tipo de violência doméstica mais frequentemente detectada, grau de parentesco dos agressores, providências tomadas diante de suspeita ou confirmação de ato violento e a correlação entre a violência doméstica e o consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas.

- Entrevista Coletiva utilizando técnica de Grupo Focal:

Para complementar as informações quantitativas sobre as crenças e atitudes dos Agentes Comunitários de Saúde a respeito da violência doméstica, foi utilizada a técnica qualitativa dos grupos focais. De acordo com Patton, “uma entrevista tipo grupo focal é uma entrevista com um pequeno grupo de pessoas sobre um tópico específico. Em regra, os grupos são formados por 6 a 8 pessoas, que participam da entrevista por um período de 30 minutos a 2 horas” (2002, p.385). Segundo Trad (2003), os Grupos Focais podem ser compreendidos

como a reunião de pessoas convidadas a discutir um tópico particular sob coordenação de um moderador, o qual promove a interação entre eles e assegura que a discussão se concentre no foco de interesse.

A escolha deste instrumento decorre do fato do grupo focal ser uma técnica qualitativa de coleta de dados eficaz, que fornece alguns controles de qualidade sobre a coleta de dados. Os participantes tendem a controlar e contrabalançar uns aos outros, o que, em geral, elimina opiniões falsas ou radicais, além de permitir uma avaliação da extensão em que uma opinião relativamente consistente está sendo compartilhada (Patton, 2002). De maneira resumida, as principais vantagens dos grupos focais referem-se à sua riqueza de dados e ao seu baixo custo, ao fato de estimularem os respondentes e auxiliarem-nos a lembrar de acontecimentos, e à capacidade de ir além dos limites das respostas de um único entrevistado (Flick, 2009).

3.6 Análise dos dados:

3.6.1 Dados quantitativos:

Os dados quantitativos foram analisados através do uso do software estatístico SPSS-Statistical Package for the Social Science, Versão 15.0. Inicialmente, a parte estruturada do questionário foi digitada e em seguida organizada neste software com a finalidade de criar um banco de dados para realização das análises estatísticas descritivas e inferenciais. Todas as questões analisadas possuíam respostas categóricas, representando nas análises as seguintes variáveis qualitativas nominais: categorias profissionais, gênero, faixas de tempo de serviço em anos e um conjunto de crenças sobre diferentes aspectos da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Nas análises descritivas destas variáveis foram calculadas as frequências das respostas (n) e as porcentagens relativas das respostas (%) para cada questão entre os agentes comunitários de saúde da cidade de Lima Duarte.

As análises inferenciais tiveram por objetivo comparar as crenças dos ACS de Lima Duarte com outros grupos de profissionais para avaliar se existia uma relação significativa entre as crenças e o pertencimento a um determinado grupo. Para tanto, optou-se por duas estratégias de análise: (1) comparar as crenças dos ACS de Lima Duarte com as crenças de outros profissionais de saúde desta mesma cidade; e (2) comparar as crenças ACS de Lima Duarte com as crenças de ACS da cidade de Juiz de Fora. A frequência das respostas destes grupos, referentes às crenças acerca da violência doméstica contra crianças e adolescentes, foram organizadas em tabelas do tipo 2x2 para realização de comparações cruzadas utilizando

o teste do Qui-Quadrado de independência de Pearson com a correção do teste exato de Fisher quando violadas as suas condições, aqui determinadas como ao menos uma célula com a percentagem de frequência esperada menor do que cinco (Dancey & Reidy, 2006). Nestas tabelas, foram consideradas as categorias profissionais ou cidades nas colunas, enquanto nas linhas foram apresentadas as respostas (afirmativas – “sim”- e negativas – “não”) às perguntas. A utilização desta análise teve por objetivo testar a hipótese nula deste estudo que afirma que não existe diferença estatisticamente significativa entre a proporção de respostas dos grupos para as questões relacionadas às suas crenças. A hipótese nula foi rejeitada quando o valor de p apresentou resultado menor ou igual a 0,05.

3.6.2 Dados qualitativos:

Para a análise dos dados qualitativos obtidos nos grupos focais (assim como na análise das questões abertas do questionário), foi utilizado como método a Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), entendida aqui como uma técnica de tratamento de dados de pesquisa, voltada para uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo de comunicações, buscando a interpretação de materiais de caráter qualitativo (Minayo, 1996). Esta técnica é tradicionalmente utilizada em pesquisa qualitativa por caracterizar-se pelo rigor metodológico de análise de textos e entrevistas (Campos, 2007). Embora a maior parte das análises clássicas de conteúdo culmine em descrições numéricas de algumas características do *corpus* do texto, atualmente está sendo dada considerável atenção aos “tipos”, “qualidades” e “distinções” no texto, antes que qualquer quantificação seja feita (Bauer, 2007).

Minayo et al. (1994) destacam duas funções na aplicação da técnica da análise de conteúdo: a primeira diz respeito à verificação de hipóteses e/ou questões, na medida em que permite não só o encontro de respostas para questões formuladas, como também a confirmação ou não das hipóteses levantadas antes do trabalho de investigação. A segunda função se refere à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos nas comunicações. É importante ressaltar que as duas funções são complementares, podendo ser aplicadas tanto através de procedimentos de pesquisa qualitativos, como quantitativos.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática (Bardin, 1977), que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico visado. Em outras palavras, essa técnica consiste em classificar elementos que compõem a

entrevista constituindo-se em núcleos temáticos sob um título genérico, agrupando os assuntos em comum (Santos & Ferriani, 2007).

Na análise dos resultados qualitativos, visando à melhor organização e exploração dos resultados obtidos com os questionários e com as entrevistas em grupo focal, optou-se por seguir as seguintes etapas: Pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 1977).

A primeira etapa da análise (pré-análise) foi a leitura flutuante para avaliação geral. A leitura flutuante é o primeiro contato do analista com os documentos em estudo, que visa a obter “impressões e orientações” a respeito dos mesmos (Bardin, 1977). Posteriormente à leitura flutuante, iniciou-se a exploração do material, através da análise vertical dos dados, estabelecendo-se as categorias e subcategorias, de acordo com os temas mais presentes. A análise vertical foi realizada por dois pesquisadores e em casos de divergência quanto à categorização das respostas, foi estabelecido um juiz com experiência em Análise de Conteúdo para se chegar a um consenso final.

Como última etapa da análise, foi realizada a comparação e a horizontalização da categorização de todos os ACS, no caso dos questionários e de cada entrevista, no caso dos grupos focais, para a visualização geral dos dados. Esta fase consistiu na junção e soma de frequência das categorias e subcategorias classificadas em cada resposta (Bardin, 1977). Com base nos resultados das fases anteriores, passa-se para a inferência e interpretação a partir da fundamentação teórica e dos pressupostos norteadores da investigação.

Porém, é importante ressaltar que, enquanto as repostas individuais dos ACS foram categorizadas e quantificadas nas questões abertas do questionário, considerando-se uma frequência para cada resposta diferente emitida, na análise dos grupos focais optou-se por priorizar a exploração qualitativa dos resultados, tomando-se cada grupo isolado como unidade diferente de análise e comparando-os entre si, destacando-se os pontos convergentes e divergentes entre eles. A comparação se concentrou nos tópicos mencionados, na variedade de crenças e atitudes para com esses tópicos entre os membros do grupo, nas etapas que a discussão examinou e nos resultados da discussão em cada grupo (Flick, 2009).

3.7 Aspectos éticos:

O projeto de pesquisa foi previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo aprovado em 20 de novembro de 2008, sob parecer nº 409/2008 (anexo 1). Antes disso,

obteve-se autorização da Secretaria de Saúde de Lima Duarte para a realização da pesquisa no município (anexo 2).

Todos os participantes consentiram sobre a realização da pesquisa, assinando e recebendo uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3), que informa o tipo de pesquisa, seus objetivos e esclarece que a participação será voluntária, não prevendo qualquer ressarcimento aos voluntários, além de garantir que tanto sua participação, quanto a não-concordância em participar do projeto não lhes acarretará prejuízo de qualquer natureza. No termo, também se estabelece um compromisso com a privacidade de cada participante e a utilização confidencial e sigilosa dos dados colhidos.

Todo o processo de coleta de dados foi feito em horário de trabalho e conforme as possibilidades da equipe, reduzindo eventuais deslocamentos e extensão das horas trabalhadas. Os resultados serão divulgados em meios públicos, respeitando os critérios relatados acima e com honestidade científica.

Os questionários, respostas e Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados pelos participantes encontram-se arquivados no Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

4 RESULTADOS

4.1 Dados quantitativos

Na primeira parte desta seção serão descritos os resultados do questionário (incluindo as questões fechadas e abertas) respondido pelos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte, que representam o foco do presente trabalho.

Foram entrevistados todos os 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Lima Duarte, dos quais 4 (13,3%) eram do sexo masculino e 26 (86,7%) eram do sexo feminino. A média de idade dos participantes foi de 33,3 anos.

No que diz respeito ao estado civil, 15 (50%) agentes declararam-se casados; 12 (40%) solteiros; 2 (6,7%) viúvos e 1 (3,3%) divorciado.

Em relação ao nível de escolaridade, 27 (90%) agentes possuem o 2º grau completo; 2 (6,7%) têm o 1º grau completo e apenas 1 (3,3%) possui curso superior.

De todos os respondentes, 64,3% declararam ter filhos. Destes, 26,7% tem apenas um filho; 16,7% tem 2 filhos; 13,3% tem 3 filhos e 3,3% tem 5 filhos. Foi possível observar certo equilíbrio em relação à área de atuação dos ACS, visto que 56,7% deles atuam na área urbana e 43,3% atuam na área rural.

A maioria dos entrevistados (63,3%) tem de 1 a 5 anos de profissão, 30% tem de 6 a 10 anos, 3,3% tem menos de 1 ano e 3,3% tem mais de 10 anos. O tempo médio de atuação na instituição é também de 1 a 5 anos para 63% dos agentes, de 6 a 10 anos para 33,3% deles e de menos de 1 ano para 3,7%. (Tabela 1)

Tabela 1. Características gerais dos participantes (ACS de Lima Duarte)

Variável	n	%
Gênero		
Feminino	26	86,7
Masculino	4	13,3
Estado Civil		
Casado(a)	15	50,0
Solteiro(a)	12	40,0
Viúvo(a)	2	6,7
Divorciado(a)	1	3,3
Escolaridade		
2º Grau Completo	27	90,0
1º Grau Completo	2	6,7
Curso Superior Completo	1	3,3
Você tem filhos?		
Não	12	35,7
Sim	18	64,3
Área de atuação?		
Urbana	17	56,7
Rural	13	43,3
Tempo de profissão?		
1 a 5 anos	19	63,3
6 a 10 anos	9	30,0
Menos de 1 ano	1	3,3
Mais de 10 anos	1	3,3
Tempo de atuação nesta unidade?		
1 a 5 anos	17	63,0
6 a 10 anos	9	33,3
Menos de 1 ano	1	3,7

Apenas 11 agentes (36,7%) afirmaram já ter detectado algum tipo de violência contra crianças e adolescentes atendidos ou visitados, ao passo em que 18 agentes (62,1%) acreditam que essa violência se caracteriza, na maioria das vezes, como violência doméstica. (Tabela 2)

Tabela 2. Crenças dos ACS do município de Lima Duarte a respeito da detecção, caracterização e conhecimento da VD contra crianças/adolescentes.

Pergunta	Sim		Não		Sem condições para responder	
	n	%	n	%	n	%
Detectou algum tipo de violência contra criança ou adolescente?	11	36,7	19	63,3	-	-
A violência detectada se caracteriza como Violência Doméstica (VD)?	18	62,1%	8	27,6	3	10,3
Conhece os diferentes tipos de VD contra crianças e adolescentes?	22	75,9	4	13,8	3	10,3

Dos entrevistados, 75,9% afirmaram ter conhecimento claro sobre os diferentes tipos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Dentre as ocorrências mais frequentes, o “Abuso Psicológico” foi citado por 60%, seguido do “Abuso Físico”(43,3%) e da “Negligência” (33,3%). O “Abandono” foi mencionado por 30 % dos agentes, o “Abuso/Exploração sexual”, por 23,3% e o “Trabalho forçado”, por 20%. Um único agente (3,3%) assinalou a opção “Outro tipo”, porém sem especificar, e três pessoas (10%) afirmaram não ter condições para responder a questão(Tabela 3).

Tabela 3. Tipos de violência doméstica contra crianças e adolescentes que os ACS acreditam ocorrer com maior frequência.

Tipos de violência	Sim		Não	
	n	%	n	%
Abuso Físico	13	43,3	17	56,7
Negligência	10	33,3	20	66,7
Abuso Sexual	7	23,3	23	76,7
Abandono	9	30,0	21	70,0
Abuso Psicológico	18	60,0	12	40,0
Trabalho Forçado	6	20,0	24	80,0
Outro	1	3,3	29	96,7
Sem condições para responder	3	10,0	27	90,0

A mãe foi indicada por 63,3% dos respondentes como sendo o principal agressor, seguida pelo pai (60%) e pelo padrasto e madrasta (30% cada). Os irmãos foram apontados por 13,3% dos agentes, a categoria “Outros” foi citada por 3,3% e a opção “Sem condições para responder” foi escolhida por 16,7% dos respondentes(Tabela 4).

Tabela 4. Crenças dos ACS sobre o grau de parentesco dos principais agressores das crianças/adolescentes vítimas de violência doméstica.

Principal agressor	Sim		Não	
	n	%	n	%
Mãe	19	63,3	11	36,7
Pai	18	60,0	12	40,0
Padrasto	9	30,0	21	70,0
Madrasta	9	30,0	21	70,0
Irmã	4	13,3	26	86,7
Irmão	4	13,3	26	86,7
Outro	1	3,3	29	96,7
Sem condições para responder	5	16,7	25	83,3

Dentre as principais providências tomadas diante da suspeita ou confirmação de violência doméstica contra crianças e adolescentes, o “Encaminhamento ao Conselho Tutelar”

foi apontado por 27 (90%) dos agentes, a “Conversa com pais ou responsáveis” por 14 (46,7%), o “Encaminhamento ao Serviço Social” por 13 (43,3%), o “Encaminhamento à Gerência da equipe” por 12 (40%), o “Encaminhamento à Delegacia”, por 3 (10%) e o “Encaminhamento da criança/adolescente a abrigos”, por 2 (6,7%) entrevistados (Tabela 5).

Tabela 5: Providências tomadas pelos ACS diante da suspeita ou confirmação de violência doméstica

Providências	Sim		Não	
	n	%	n	%
Encaminhamento à Delegacia	3	10,0	27	90,0
Encaminhamento da criança/adolescente a abrigos	2	6,7	28	93,3
Encaminhamento ao Conselho Tutelar	27	90,0	3	10,0
Encaminhamento ao Serviço Social (CRAS)	13	43,3	17	56,7
Conversa com pais ou responsáveis	14	46,7	16	53,3
Encaminhamento à Gerência da Equipe	12	40,0	18	60,0

No que diz respeito à relação entre a violência doméstica contra crianças/adolescentes e o consumo de substâncias psicoativas, 56,7% dos respondentes acreditam que o consumo de álcool torna, em geral, a pessoa violenta no ambiente doméstico, enquanto 43,3% acreditam que o consumo só estimula comportamentos violentos no ambiente doméstico em pessoas que já tenham tendência a serem agressivas.

Já em relação às drogas ilícitas, 70% dos agentes acreditam que o consumo torna, em geral, a pessoa violenta no ambiente doméstico, ao passo em que 30% acreditam que o consumo só estimula comportamentos violentos no ambiente doméstico em pessoas que já tenham tendência a serem agressivas (Tabela 6)

Tabela 6: Crenças dos ACS a respeito da relação entre violência doméstica contra crianças/adolescentes e o consumo de álcool / drogas.

Crença	Álcool		Drogas	
	n	%	n	%
O consumo torna, em geral, a pessoa violenta no ambiente doméstico	17	56,7	21	70,0
O consumo só estimula comportamentos violentos no ambiente doméstico em pessoas que já tenham tendência a serem agressivas.	13	43,3	9	30,0

Para analisar as questões abertas (da 1^a à 6^a), relativas à segunda parte do questionário, realizou-se uma primeira leitura flutuante dos dados, com posterior categorização (a partir da frequência com que as respostas foram citadas). (Tabela 7)

Tabela 7: Respostas dos ACS às questões abertas do questionário

Perguntas	Sim		Não	
	n	%	n	%
Na sua opinião, a violência contra crianças e adolescentes vem aumentando nos últimos tempos?	27	90,0	3	10,0
Você poderia apontar características comuns às famílias com histórico de violência doméstica?	16	53,3	14	46,7
Você poderia apontar a existência de alguma solução eficaz para essa questão?	24	80,0	6	20,0
Você acredita que o turismo local afeta os índices de violência doméstica na cidade?	7	23,3	23	76,7
Você já recebeu alguma informação ou treinamento para identificar ou intervir em casos de VD crianças e adolescentes?	21	70,0	9	30,0

A questão de número um dizia respeito à opinião dos entrevistados sobre o aumento da violência doméstica contra crianças e adolescentes nos últimos tempos. Dos 30 respondentes, 27 (90%) acreditam que este tipo de violência vem crescendo e, dentre as principais justificativas para esse aumento, encontram-se os “Problemas Relacionais e Intrafamiliares” (apontados por 15 agentes), dentre os quais estão a “Falta de Diálogo” e a “Falta de respeito” (6 cada uma), a “Negligência” (2) e o “Liberalismo dos pais” (1). O “Uso de Álcool e Drogas” foi citado por 9 agentes, sendo que ninguém destacou o álcool ou as drogas separadamente. Outras categorias citadas foram: “Questões Sócio-Econômicas” (5); “Planejamento Familiar Inadequado”(4), como gravidez precoce e/ou indesejada, pais despreparados e número excessivo de filhos; “Planejamento Sócio-Educacional Inadequado” (4); “Maior exposição da Violência na Mídia” (2); e “Questionamento de Valores Ético-Religiosos” (2).

Na questão de número quatorze foi pedido aos agentes que apontassem o que, na sua opinião, motiva (gera) a violência doméstica. A partir de todas as respostas, foi possível identificar algumas categorias e subcategorias. Os “Problemas Relacionais e Intrafamiliares” foram citados 17 vezes, com destaque para a “Falta de diálogo” , “Falta de afeto” e “Falta de Respeito” entre os familiares. O “Uso/abuso de álcool e drogas” foi destacado como fator

gerador de violência por 15 respondentes, sendo que 1 deles apontou apenas as drogas, 4 apontaram apenas o álcool e 10 apontaram tanto o álcool quanto as drogas. As “Questões Sócio-econômicas” foram citadas por 8 agentes, 6 dos quais apontaram o “Desemprego”. Outras categorias apontadas foram: “Planejamento familiar inadequado”(3); “Questões sócio-educacionais” (2); “Aspectos Psicológicos e/ou Psiquiátricos”(3); “Questões Religiosas/Espirituais”(2); “História pregressa de violência dos agressores”(1).

Na terceira questão, observou-se a crença dos entrevistados quanto à existência ou não de características comuns às famílias com histórico de violência doméstica. Para aqueles 53,3% que responderam afirmativamente (16 respondentes), foi pedido que tais características fossem especificadas. As respostas mais frequentes relacionavam-se ao “Uso/Abuso de Álcool e Drogas” (9), sendo que 6 agentes destacaram o consumo apenas de álcool, enquanto 3 deram destaque ao uso/abuso tanto de álcool quanto de drogas. As “Questões Sócio-econômicas” foram apontadas por 7 agentes, com destaque para as “Dificuldades Financeiras” (4) e para o “Desemprego”(3). A categoria “Problemas Relacionais e Intrafamiliares” apareceu 6 vezes, sendo que, em 4 delas foi mencionada a “falta de diálogo”. Os “Aspectos Psicossociais” foram citados por 5 dos entrevistados, que enfatizaram o “Histórico de Violência Doméstica na Infância”(2) e os “Ambientes domésticos agitados e violentos”(2). Além disso, o “Baixo Nível Educacional” foi apontado por 3 agentes e a “Falta de Religião”, por apenas 1.

Na questão de número quatro, foi perguntado aos agentes se eles poderiam apontar a existência de alguma solução eficaz para a questão da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Dentre as 24 pessoas que responderam positivamente, as principais soluções apontadas foram: “Orientação e conscientização sócio-familiar”(12), através de “Palestras”(6), “Grupos comunitários”(3) e “Campanhas informativas”(3). A “Melhora nas Relações Intrafamiliares” foi citada por 7 agentes, sendo que a principal mudança necessária, na opinião deles, seria “Mais diálogo”(4). A “Melhora das condições sócio-econômicas” foi apontada por 5 agentes e o “Maior investimento educacional” foi citado por 3 participantes. A “Melhor atuação do Conselho Tutelar e instituições responsáveis” também foi citada por 3 respondentes. Finalmente, foram apontadas as categorias: “Tratamento individual do Agressor” (1) e “Atenção ao uso de álcool e drogas” (2), através do “Combate ao consumo” (1) e do “Trabalho com usuários”(1).

A questão de número cinco pretendia avaliar as crenças dos agentes comunitários de saúde a respeito da correlação entre o turismo local e os índices de violência doméstica no município de Lima Duarte. Dos 7 respondentes que relacionaram positivamente essas duas

variáveis, 3 citaram a categoria “Turismo e drogas”, sendo que os 3 apontaram o “Turismo influenciando o consumo/tráfico de drogas”. A “Perda/mudança de valores e identidade cultural” foi mencionada por 1 entrevistado. Um respondente deixou a questão em branco (marcando apenas “sim”) e outras duas respostas não foram categorizadas, pois não apresentaram coerência no que diz respeito à relação entre o turismo local e a violência doméstica.

A última questão tinha como objetivo averiguar se os agentes comunitários de saúde de Lima Duarte já haviam recebido alguma informação ou treinamento para identificar ou intervir em casos de violência doméstica. A maioria dos entrevistados (70%) afirmou já ter recebido algum tipo de capacitação, que foi entendida por eles como “Palestras/Reuniões com o Conselho Tutelar” (10); “Palestras/Reuniões com Profissionais de Nível Superior” (5), com destaque para o médico da equipe(3); “Palestras/Reuniões com o Serviço Social-CRAS” (4) e “Palestras/Reuniões com a Pastoral da Criança”(3). Um único agente apontou o “Curso de Agente de Saúde” como fonte de informações a respeito da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

4.1.1 Aspectos comparativos

Neste tópico, serão apresentadas as comparações entre as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte com as crenças dos demais profissionais de saúde do mesmo município (investigadas em 2007), e também com as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora (pesquisadas em 2007). Para a primeira comparação, serão também analisadas as respostas das questões abertas do questionário, já que o instrumento utilizado nas duas pesquisas foi exatamente o mesmo. Já para a segunda comparação, utilizou-se apenas as questões equivalentes, relativas à primeira parte do questionário (questões fechadas).

4.1.1.a) Agentes Comunitários de Saúde X Outros Profissionais de Saúde de Lima Duarte

Em relação ao município de Lima Duarte, foram comparadas as respostas dos 30 Agentes Comunitários de Saúde com as dos 41 profissionais de saúde (pesquisados em 2007), incluindo 10 médicos, 6 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem, 2 odontologistas, 2 farmacêuticos/bioquímicos, 1 fonoaudiólogo, 2 assistentes sociais e 2 psicólogos. Os profissionais de nível técnico e superior foram agrupados para facilitar as análises estatísticas. O objetivo destas análises foi avaliar se existia diferença entre os grupos de profissionais em relação às suas crenças relatadas no questionário.

Em ambos os grupos, a maior parte dos participantes era do sexo feminino (26 ACS e 30 outros profissionais), confirmando a tendência para uma maior presença de profissionais mulheres nas instituições de saúde brasileiras (Machado, et al, 2006). No caso dos ACS, a maioria (63,3%) tem de 1 a 5 anos de profissão, enquanto 58,5% dos outros profissionais tem mais de 10 anos de profissão.

Apesar de os dados indicarem que os outros profissionais detectam mais casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes do que os Agentes Comunitários de Saúde (tabela 8), não houve diferença estatística significativa. Esses dados refutam a hipótese do presente trabalho, na qual os Agentes Comunitários de Saúde, por sua posição estratégica na comunidade onde vivem e trabalham, identificariam mais casos de violência doméstica do que os profissionais de cargos tradicionais.

A análise às respostas da pergunta: “A violência detectada contra crianças e adolescentes se caracteriza, na maioria das vezes, por violência doméstica?” apresentou resultados significativos ($p=0,04$), apontando a tendência dos outros profissionais a considerar a violência detectada contra crianças e adolescentes como violência doméstica, mais do que

os Agentes Comunitários de Saúde. De todos os participantes que responderam afirmativamente à essa questão, 63,3% eram daquele grupo (tabela 8).

Tabela 8. Comparação entre as crenças dos ACS e demais profissionais de saúde do município de Lima Duarte a respeito da detecção, caracterização e conhecimento da VD contra crianças/adolescentes.

Perguntas		Total	ACS		Outros Profissionais	
		n	n	%	n	%
Já detectou algum tipo de violência contra crianças e adolescentes atendidos ou visitados?	Sim	32	11	34,4	21	65,6
	Não	38	19	50,0	19	50,0
	Total	70	30	42,9	40	57,1
A violência detectada contra crianças e adolescentes se caracteriza, na maioria das vezes, por violência doméstica?*	Sim	49	18	36,7	31	63,3
	Não	11	8	72,7	3	27,3
	Total	60	26	43,3	34	56,7
Você tem conhecimento claro sobre os diferentes tipos de violência doméstica contra crianças e adolescentes?	Sim	56	22	39,3	34	60,7
	Não	9	4	44,4	5	55,6
	Total	65	26	40,0	39	60,0

* apresentou diferença estatística significativa com $p < 0,05$ no teste exato de Fisher

Em relação ao conhecimento dos respondentes sobre os diferentes tipos de violência doméstica, não houve diferença significativa entre as respostas dos ACS e demais profissionais. Também não foi encontrada diferença estatística nas crenças a respeito dos tipos de violência doméstica detectados com maior frequência, nem sobre os principais agressores das crianças e adolescentes.

Já no que se refere às principais providências tomadas diante da suspeita ou confirmação do ato violento (tabela 9), a medida “Conversa com pais ou responsáveis” apresentou um valor de significância de $p=0,03$ ($\chi^2= 4,538$; $gl=1$), indicando que os Agentes Comunitários de Saúde tendem a realizar esse tipo de intervenção com maior frequência do que os outros profissionais, visto que, de todos os participantes que responderam afirmativamente a esta questão, 60,9% eram Agentes Comunitários de Saúde. Tais dados coadunam com a idéia de uma abordagem comunitária de serviço, da qual os ACS participam ativamente, através das visitas domiciliares, estabelecendo um vínculo de confiança e

proximidade com os usuários dos serviços de saúde maior do que os outros profissionais (Kluthcovsky & Takayanagui, 2006; Ronzani et.al, 2008; Sobreira, 2009), o que poderia facilitar esse tipo de intervenção.

Tabela 9. Comparação entre as principais providências tomadas pelos ACS e outros profissionais de saúde do município de Lima Duarte em casos de suspeita ou confirmação de atos violentos.

Providências		Total	ACS		Outros Profissionais	
		n	n	%	n	%
Encaminhamento à delegacia	Sim	8	3	37,5	5	62,5
	Não	62	27	43,5	35	56,5
	Total	70	30	42,9	40	57,1
Encaminhamento da criança/adolescente a abrigos	Sim	3	2	66,7	1	33,3
	Não	67	28	41,8	39	58,2
	Total	70	30	42,9	40	57,1
Encaminhamento ao conselho tutelar/juizado de menores	Sim	59	27	45,8	32	54,2
	Não	11	3	27,3	8	72,7
	Total	70	30	42,9	40	57,1
Encaminhamento ao serviço social	Sim	27	13	48,1	14	51,9
	Não	43	17	39,5	26	60,5
	Total	70	30	42,9	40	57,1
Conversa com pais ou responsáveis *	Sim	23	14	60,9	9	39,1
	Não	47	16	34,0	31	66,0
	Total	70	30	42,9	40	57,1

*apresentou diferença estatística significativa com $p < 0,05$

As crenças das diferentes categorias profissionais também não demonstraram diferença significativa no que diz respeito à correlação entre o uso de álcool e drogas e a violência doméstica contra crianças e adolescentes.

As questões abertas do questionário também foram comparadas, a partir das frequências resultantes da análise de conteúdo. É importante lembrar que a análise temática foi feita a partir de cada uma das respostas emitidas e classificadas pelos participantes da pesquisa. Os dados foram analisados através de tabulações que, com base na classificação das

respostas, calcularam os percentuais relativos à quantidade de sujeitos (Base) e não ao total de idéias. Assim, normalmente a soma das porcentagens foi maior que 100% (Campos, 2007).

De uma forma geral, as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde de Lima Duarte foram bastante divergentes em relação às crenças dos demais profissionais de saúde do município, principalmente no que diz respeito aos fatores relacionados à violência doméstica contra crianças e adolescentes. Enquanto os ACSs apontaram, nas duas primeiras questões, os “Problemas Relacionais e Intrafamiliares” (falta de diálogo, falta de respeito, falta de afeto, etc) como principais causas da violência doméstica, os outros profissionais de saúde enfatizaram as “Questões sócio-econômicas” (dificuldades financeiras, desemprego, etc.) como as mais responsáveis pelo aumento e motivação dessa violência.

Na primeira questão (tabela 10), 90% dos ACSs e 70% dos demais profissionais concordaram que a violência doméstica contra crianças e adolescentes vem aumentando nos últimos tempos. Entretanto, enquanto o primeiro grupo justificou este aumento pelos “Problemas relacionais e intrafamiliares”, “Uso/abuso de álcool e drogas” e “Questões sócio-econômicas”, respectivamente, o segundo grupo apresentou, em primeiro lugar, as “Questões sócio-econômicas”, seguidas dos “Problemas relacionais e intrafamiliares”, do “Uso/abuso de álcool e drogas” e do “Planejamento sócio-educacional inadequado”, como a baixa escolaridade, a falta de educação, orientação e instrução dos pais.

Tabela 10. Na sua opinião, a violência contra crianças e adolescentes vem aumentando nos últimos tempos? Em caso afirmativo, a que você atribui esse aumento?

Respostas	ACS		Outros Profissionais	
	n	%	n	%
Problemas Relacionais e Intrafamiliares	15	55,5	11	38
Uso/abuso de Álcool e Drogas	9	33,3	6	20,7
Questões Socioeconômicas	5	18,5	14	48,3
Planejamento Familiar Inadequado	4	14,8	5	17,3
Planejamento Sócio-Educacional Inadequado	4	14,8	6	20,7
Questionamento de valores Ético/religiosos	2	7,4	5	17,2
Maior Exposição de Violência na Mídia	2	7,4	-	-
Políticas Públicas Ineficazes	-	-	7	24,1
Base*	27	90	29	70,7

* Pessoas que responderam SIM à questão.

Obs: Houve casos de frequência a mais de uma resposta pelo mesmo participante

Em relação às crenças dos dois grupos sobre o que motiva (gera) a violência doméstica (tabela 11), novamente receberam destaque, de um lado, as “Questões sócio-econômicas”, visto que 68,3% dos profissionais de saúde citaram esta categoria, e de outro lado os “Problemas relacionais e intrafamiliares”, apontados por 56,7% dos ACS. O “Uso/abuso de álcool e drogas” foi citado em segundo lugar por ambos os grupos. Cabe ressaltar que os profissionais de saúde se mostraram bem mais preocupados do que os ACS com as “questões sócio-educacionais”, já que 39% deles mencionou esta categoria, que foi citada por apenas 2 ACS. Algumas categorias, contudo, foram exclusivas de um ou outro grupo. Enquanto os ACS apontaram o “Planejamento familiar inadequado” (p.ex: gravidez precoce, número excessivo de filhos) e a “História pregressa de violência doméstica dos agressores”, os demais profissionais citaram a categoria “Políticas públicas ineficazes” como causa da violência doméstica.

Tabela 11. O que motiva (gera) a violência doméstica?

Respostas	ACS		Outros Profissionais	
	n	%	n	%
Problemas relacionais e intrafamiliares	17	56,7	17	41,5
Uso/abuso de Álcool e Drogas	15	50,0	22	53,7
Questões sócio-econômicas	8	26,7	28	68,3
Aspectos psicológicos e/ou psiquiátricos	3	10	8	19,5
Questões religiosas/ espirituais	2	6,7	6	14,6
História pregressa de violência doméstica dos Agressores	1	3,3	-	-
Questões sócio-educacionais	2	6,7	16	39
Políticas públicas ineficazes	-	-	4	9,8
Planejamento familiar inadequado	3	10	-	-
Base*	30	100	41	100

* Todos responderam.

Obs: Houve casos de frequência a mais de uma resposta pelo mesmo participante

Em relação às características comuns às famílias com histórico de violência doméstica contra crianças e adolescentes (tabela 12), o “Uso/abuso de álcool e drogas” foi apontado como mais forte por 56,2% dos ACS que responderam à essa questão, enquanto 74,1% dos

outros profissionais respondentes citaram as “Questões sócio-econômicas”, como dificuldade financeira e desemprego.

Tabela 12. Você poderia apontar características comuns às famílias com histórico de violência doméstica? Em caso afirmativo, quais?

Respostas	ACS		Outros Profissionais	
	n	%	n	%
Uso/abuso de Álcool e Drogas	9	56,2	20	64,5
Problemas relacionais e intrafamiliares	6	37,5	6	19,3
Questões sócio-econômicas	7	43,7	23	74,1
Aspectos psicossociais	5	31,2	9	29,0
Baixo nível educacional	3	18,7	8	25,8
Falta de religião	1	6,2	-	-
Base*	16	53,3	31	75,6

* Pessoas que responderam SIM à questão.

Obs: Houve casos de frequência a mais de uma resposta pelo mesmo participante

Quanto às soluções apresentadas pelos grupos para o problema da violência doméstica contra crianças e adolescentes, o “Planejamento sócio-educacional” (através de uma melhora na educação da população como um todo) foi o mais sugerido pelos profissionais (58,1%), ao passo em que a “Conscientização e orientação familiar” (através de palestras e grupos comunitários) foi a principal medida sugerida pelos ACS(50%). Apenas 7 ACS (23,3%) e 14 profissionais (34,1%) acreditam que o turismo local estaria associado aos índices de violência doméstica no município. As crenças mais frequentes, de ambos os grupos, sugeriam o turismo influenciando o consumo/tráfego de drogas na região, que, por sua vez, estaria ligado à violência doméstica contra crianças e adolescentes.

A última questão foi uma das que chamou mais atenção, pois as respostas dos dois grupos foram completamente diferentes no que concerne ao recebimento, pelos respondentes, de algum treinamento ou capacitação para identificar ou intervir em casos de violência doméstica (tabela 13). Enquanto 21 ACS (70%) afirmaram já ter recebido algum tipo de treinamento, apenas 7 profissionais (17,1%) responderam positivamente à esta questão, sendo que, destes, 4 (57,1% dos respondentes) afirmaram que a informação recebida provinha dos “livros de pediatria”, por exemplo, através de iniciativas próprias e os outros 3 respondentes

não apresentaram uma compreensão razoável da questão, na medida em que suas respostas foram bastante incoerentes em relação à pergunta proposta (Ex: “Orientar a família, procurar o Conselho Tutelar e, em último caso, a polícia”; “Os conselheiros sempre deixam telefone para contato, se preciso”). Já os ACS apontaram reuniões ou palestras (especialmente com o Conselho Tutelar, mas também com outros profissionais de cargo superior – os mesmos descritos acima) como as principais fonte de conhecimento sobre o assunto.

Tabela 13. Você já recebeu alguma informação ou treinamento para identificar ou intervir em casos de violência contra crianças e adolescentes? Em caso afirmativo, qual?

Respostas	ACS		Outros Profissionais	
	n	%	n	%
Palestras/ reuniões com o Conselho Tutelar	10	47,6	-	-
Palestras/ reuniões com profissionais de nível superior	5	23,8	-	-
Palestras/ reuniões com o Serviço Social – CRAS	4	19,0	-	-
Palestras/ reuniões com a Pastoral Da Criança	3	14,3	-	-
Curso de agente de saúde	1	4,8	-	-
Iniciativa própria	-	-	4	57,1
Outros**	-	-	3	42,9
Base*	21	70	7	17,1

* Pessoas que responderam SIM à questão.

Obs: Houve casos de frequência a mais de uma resposta pelo mesmo participante

** As respostas não apresentavam coerência no que diz respeito aos cursos recebidos.

4.1.1.b) Agentes Comunitários de Saúde de Lima Duarte X Agentes Comunitários de Saúde de Juiz de Fora.

As respostas dos 30 Agentes Comunitários de Saúde de Lima Duarte foram comparadas com a de 138 Agentes Comunitários de Saúde de Juiz de Fora (pesquisados em 2007). Pretendeu-se avaliar se as crenças dos Agentes seriam diferentes quando avaliadas em comparação através das cidades de Lima Duarte e Juiz de Fora, pressupondo que poderia

existir algum tipo de influência, fruto dos diferentes contextos socio-culturais dos quais provém estes profissionais e nos quais trabalham e residem.

Considerando as duas cidades, 86% dos participantes era do sexo feminino, sendo que, destes, 81,7% pertencia a Juiz de Fora. Enquanto a maioria (63,3%) dos Agentes de Lima Duarte tem de 1 a 5 anos de profissão, a maior parte (48,9%) dos Agentes juizforanos tem de 6 a 10 anos.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos grupos para as seguintes questões: “Já detectou algum tipo de violência contra crianças e adolescentes atendidos ou visitados?”; “A violência detectada contra crianças e adolescentes se caracteriza, na maioria das vezes, por violência doméstica?”; “Você tem conhecimento claro sobre os diferentes tipos de violência doméstica contra crianças e adolescentes?”.

Em relação aos tipos de violência detectados com maior frequência, houve uma diferença estatística significativa ($\chi^2= 4,853$; $gl=1$; $p= 0,028$) em relação ao item “Abandono”, sendo que os ACS de Juiz de Fora apresentaram uma maior tendência do que os ACS de Lima Duarte a considerar esse tipo como frequente, visto que, de todos os participantes que assinalaram essa alternativa, 88,9% eram da cidade de Juiz de Fora. Pela tabela 14 é possível observar que, enquanto a maioria dos ACS de Juiz de Fora consideram o “Abandono” como um dos tipos mais frequentes de violência doméstica contra crianças e adolescentes, a maior parte dos ACS de Lima Duarte não considerou esse tipo. Existem evidentes diferenças de interpretação nestes dois grupos, possivelmente decorrentes das diferenças populacionais e até estruturais em relação ao significado do termo “abandono”.

Tabela 14. Comparação entre as respostas dos ACS de Juiz de Fora e dos ACS de Lima Duarte com relação aos tipos de violência doméstica detectados com mais frequência.

Tipos de Violência		Total	ACS de Juiz de Fora		ACS de Lima Duarte	
		n	n	%	n	%
Abuso Físico	Sim	87	74	85,1	13	14,9
	Não	81	64	79,0	17	21,0
	Total	168	138	82,1	30	17,9
Negligência	Sim	83	73	88,0	10	12,0
	Não	85	65	76,5	20	23,5
	Total	168	138	82,1	30	17,9
Abuso Sexual	Sim	56	49	87,5	7	12,5
	Não	112	89	79,5	23	20,5
	Total	168	138	82,1	30	17,9
Abandono*	Sim	81	72	88,9	9	11,1
	Não	87	66	75,9	21	24,1
	Total	168	138	82,1	30	17,9
Abuso Psicológico	Sim	88	70	79,5	18	20,5
	Não	80	68	85,0	12	15,0
	Total	168	138	82,1	30	17,9
Trabalho Forçado	Sim	36	30	83,3	6	16,7
	Não	132	108	81,8	24	18,2
	Total	168	138	82,1	30	17,9

*apresentou diferença estatística significativa com $p < 0,05$

As respostas da questão sobre as principais providências tomadas no caso de suspeita ou confirmação de violência doméstica (tabela 15) apresentaram diferença significativa ($\chi^2 = 6,051$; $gl=1$; $p=0,014$) quanto ao item “ Encaminhamento ao Conselho Tutelar”. De uma forma geral, 71,6% dos ACS marcaram esta alternativa e, destes, 77,3% eram de Juiz de Fora.

Tabela 15. Comparação entre as principais providências tomadas pelos ACS de Juiz de Fora e Lima Duarte em casos de suspeita ou confirmação de atos violentos.

Providências		Total	ACS de Juiz de Fora		ACS de Lima Duarte	
		n	n	%	n	%
Encaminhamento à Delegacia	Sim	18	15	83,3	3	16,7
	Não	148	121	81,8	27	18,2
	Total	166	136	81,9	30	18,1
Encaminhamento da criança/adolescente a Abrigos	Sim	12	10	83,3	2	16,7
	Não	154	126	81,8	28	18,2
	Total	166	136	81,9	30	18,1
Encaminhamento ao Conselho Tutelar*	Sim	119	92	77,3	27	22,7
	Não	47	44	93,6	3	6,4
	Total	166	136	81,9	30	18,1
Encaminhamento ao Serviço Social	Sim	83	70	84,3	13	15,7
	Não	83	66	79,5	17	20,5
	Total	166	136	81,9	30	18,1
Conversa com pais ou responsáveis	Sim	64	50	78,1	14	21,9
	Não	102	86	84,3	16	15,7
	Total	166	136	81,9	30	18,1

*apresentou diferença estatística significativa com $p < 0,05$

Não foi possível observar diferenças estatisticamente significativas nas repostas às questões sobre o grau de parentesco dos agressores, nem sobre a correlação entre o uso de álcool e drogas e a violência doméstica contra crianças e adolescentes.

O fato de apenas duas variáveis (como explicitado acima) apresentarem diferenças significativas ($p < 0,05$), no entanto, pode indicar não só que o instrumento utilizado possui boa consistência para avaliação destes profissionais, como também uma homogeneidade em relação às crenças da categoria “Agentes Comunitários de Saúde” que, independentemente da cidade onde trabalham, compartilham crenças e atitudes semelhantes no que diz respeito à violência doméstica contra crianças e adolescentes.

4.2 Dados qualitativos

Aqui serão descritos os dados encontrados através da técnica de Análise de Conteúdo empregada nas entrevistas transcritas dos quatro grupos focais realizados com os Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte.

No início de cada entrevista os ACS foram perguntados sobre o que entendem como violência doméstica (VD) contra crianças e adolescentes. As respostas refletiram tipos de violência ao invés de definições teóricas e foram dadas, sobretudo, através de exemplos, visto que os ACS fizeram uso de vários termos de seu vocabulário cotidiano e raramente deram nomes aos tipos de violência para ilustrar suas opiniões. Desta forma, termos como “falta de higiene”, “sujeira” e “deixar a criança sozinha” foram interpretados como “negligência”; expressões como “desrespeito verbalmente”, “agressão com palavras”, “batendo psicologicamente” e “xingar” foram entendidas como “violência psicológica”; “bater” e “espancar” foram os termos mais freqüentes para designar “violência física”. Em todos os grupos, houve um destaque para a violência psicológica, que foi citada juntamente com a violência física, porém com maior freqüência de exemplos. Crenças sobre a maior gravidade de um tipo em relação ao outro ficaram claras em todos os grupos, em trechos como: *“Tem tanta coisa que eu entendo por abuso, assim... a gente não precisa bater numa criança... tem tanta coisa como palavras, às vezes a gente agride mais uma criança batendo psicologicamente do que com uma chinelada né?”* (ACS 5, Grupo A); *“Esta agressão as vezes não é bater, igual eu estou falando. As vezes não é só física não! Tem a questão da palavra. (...)porque as vezes as pessoas que falam, principalmente o pai e a mãe, ela pode abençoar mas ela pode amaldiçoar também.(...)Então a palavra, às vezes é uma violência muito maior, às vezes dói mais do que outra coisa”* (ACS 4, Grupo B). A negligência foi citada nos grupos A e B e a violência sexual apareceu apenas no grupo A.

A segunda pergunta feita aos grupos pretendia verificar se os ACS acreditavam que a violência doméstica contra crianças e adolescentes vem aumentando nos últimos tempos. A resposta dada imediatamente após a pergunta foi afirmativa em todos os grupos, que citaram a mídia (em especial a televisão) como principal fonte de informação em casos de VD: *“A gente vê pela televisão, né? (ACS2, Grupo A)”*; *“É só ligar a televisão pra saber! Não tem um dia que não passa uma notícia de violência doméstica”* (ACS1, Grupo C). No entanto, após um pequeno período de debate e reflexão, quando questionados sobre as causas deste possível aumento da VD contra crianças/adolescentes, os agentes dos grupos A, B e D pareceram mudar de opinião, apresentando a crença de que a violência sempre existiu da

mesma forma, porém atualmente está sendo mais mostrada nos meios de comunicação e as vítimas, tendo mais conhecimento sobre os seus direitos, estão fazendo mais denúncias do que antigamente. As justificativas mais freqüentes apresentadas pelos ACS para o aumento da violência foram: falta de Deus (Grupo A), aumento das drogas (Grupos A e B), dificuldades financeiras (Grupos A e B), falta de diálogo e paciência (Grupo B) e gravidez na adolescência (Grupo B). O Grupo C apresentou uma forte crença de que a violência doméstica de filhos contra pais também está aumentando e curiosamente apontaram o Conselho Tutelar como responsável por este aumento: *“O filho desobedece, aí já fala com a mãe que vai no conselho tutelar! Como diz aquele ditado: ‘bicada de galinha não mata pintinho’ ! Então, se a mãe der um tapa, o filho não vai morrer por causa daquele tapa não! Hoje em dia a mãe não chama mais atenção! Eu acho que depois do Conselho Tutelar, tudo piorou!”* (ACS 5, Grupo C). Neste trecho também é possível observar uma crença na naturalização da violência doméstica contra crianças e adolescentes, refletida na idéia da “palmada educativa”. Tal aspecto será abordado com maiores detalhes ao longo do texto.

Outra questão abordada nos grupos focais foi a opinião dos ACS sobre o que gera (motiva) a violência doméstica contra crianças e adolescentes. Em todos os grupos, os problemas relacionais e intrafamiliares – como a falta de amor e carinho, a falta de diálogo, a falta de atenção e a falta de uma estrutura familiar, por exemplo – foram predominantes. As questões socioeconômicas, tais como o desemprego e as dificuldades financeiras, também apareceram nos grupos A, B e C, da mesma forma em que o uso de álcool/drogas foi citado pelos grupos A, C e D. *“Vamos imaginar..uma casa aí com cinco pessoas: a mãe não está trabalhando, o pai não está trabalhando. Se não está trabalhando, certamente alguma renda que deve ter deve ser pouco. Aí, quer dizer, o dinheiro desta família é pouco. Se eu trabalho, meu marido trabalha e tem vezes que não dá! Então imagina esta família que não tem nada, quer dizer, chega na hora de fazer arroz, feijão, vai ficar com raiva! Aí começa a brigar com o marido ou alguém por perto. Chega na hora de comer e não tem! Aí já começa, um descontar no outro! Tem tempo! Se estivessem trabalhando...”* (ACS 5, Grupo A). O baixo nível educacional dos pais foi mencionado apenas pelos agentes do grupo C como fator gerador de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Neste tópico, vale a pena ressaltar uma sutil diferença em relação às respostas dos questionários, em que o uso de álcool/drogas foi o segundo fator mais apontado pelos ACS, seguido das questões socioeconômicas, ao passo em que nos grupos focais, ambos os aspectos apareceram com a mesma intensidade.

Seguindo o roteiro das entrevistas, foi perguntado aos ACS se eles já haviam detectado algum tipo de violência doméstica contra crianças e adolescentes em seu ambiente de trabalho. Em todos os grupos, casos de VD já haviam sido detectados, porém alguns agentes fizeram questão de esclarecer que tais casos não pertenciam à sua área de cobertura. Além disso, alguns agentes não se manifestaram nesta questão, mas relataram casos de violência doméstica em outros momentos da entrevista. Os tipos mais relatados, nesta questão, foram o abuso físico (em 3 grupos), o abuso psicológico (em 2 grupos) e a negligência (1 grupo), percebidos através de manifestações explícitas, como: gritos, agressões físicas (bater), marcas deixadas nos corpos e crianças trancadas em casa. Cabe ressaltar que em um dos grupos ficou evidente o despreparo dos ACS para identificar casos de violência doméstica (*“O meu (caso) eu não sei se é violência”* – ACS2, Grupo D), apontando para a necessidade urgente de um treinamento específico nesta área.

Independente de já terem identificado ou não casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes na sua prática diária, foi pedido aos ACS que apontassem, em sua opinião, quais os tipos de violência que ocorrem com maior frequência. A violência psicológica foi citada em todos os grupos, sendo predominante no grupo C. Já a violência física teve maior destaque nos grupos B e D, aparecendo também no grupo A (na mesma intensidade em que a violência psicológica). A negligência foi apontada pelos grupos A e C. Nesta questão é interessante observar como as crenças dos ACS em relação aos tipos mais frequentes de violência contra crianças estão relacionadas aos tipos identificados de fato na sua prática profissional, visto que as respostas foram as mesmas da questão anterior e nenhum outro tipo (abuso sexual, por exemplo) foi citado por eles. Neste sentido, pode-se suspeitar que as crenças de tais agentes a respeito da violência doméstica seriam muito mais influenciadas por suas experiências diretas do que pelas informações recebidas através da mídia, já que na segunda questão, muitos apontaram a violência sexual como sendo a principal forma mostrada pela televisão.

Com relação aos principais agressores, a “Mãe” foi apontada por todos os grupos, recebendo destaque nas equipes B, C e D. O “Pai” também foi citado em todos os grupos, mas recebeu mais ênfase apenas no grupo A. Aqui, cabe esclarecer que a categoria “Pais”, quando citada, foi transformada nas subcategorias “Mãe” e “Pai”, a fim de se preservar a prioridade das respostas no sentido de apontar as mães como principais agressoras. Esta crença foi frequentemente justificada pelos ACS através de argumentos como: *“Eu acho que mais é a mãe. Ela fica com a criança o dia inteiro”* (ACS 6, Grupo B); *“A mãe, porque a maioria dos pais trabalha o dia inteiro e a mãe está mais por dentro, né?”* (ACS 5, Grupo D); *“Eu acho*

que mais a mãe, porque o homem tem pouco tempo. Está trabalhando.” (ACS 3, Grupo C). O “Padrasto” e a “Madrasta” foram identificados nos grupos A e B e os “Irmãos” citados apenas pelo grupo B.

Nos quatro grupos prevaleceu a idéia de que a violência detectada contra crianças e adolescentes, no geral, pode ser considerada como doméstica. Em relação às características comuns às famílias com histórico de violência doméstica, todos os grupos apontaram com maior ênfase os “Problemas Relacionais e Intrafamiliares”, que compreendem a “ falta de amor”, a “falta de diálogo”, a “ falta de respeito”, a “ falta de paciência” e a “fala de solidariedade”. O “Uso de Álcool/Drogas” foi a segunda categoria mais citada pelos ACS dos quatro grupos. A categoria “Questões econômicas”, como a “Falta de dinheiro” e o “Desemprego” também foi mencionada em todos os grupos, porém não obteve destaque em nenhum deles. Os grupos A, B e D citaram o “Baixo nível educacional dos pais” e os grupos A e C mencionaram o “Planejamento familiar inadequado”, exemplificado pela gravidez precoce e pelo grande número de filhos numa mesma família.

A relação entre a violência doméstica contra crianças e adolescentes com o uso de álcool e drogas foi destacada em todos os grupos, não só como resposta a uma questão específica sobre o tema, surgindo em vários momentos diferentes da entrevista, inclusive através de relatos pessoais dos ACS: “(...) *O meu pai me batia muito! E quando ele bebia, ele descontava tudo na gente*” (ACS6, Grupo D); “*Uma moça da minha área, de quarenta anos, ela batia tanto no filho, sabe?! Mas ela usava álcool, fazia uso de álcool. Ela bebia! Não sei se uma criança merece tanto, sabe?! Eu sei que quando ele fazia arte, ela batia, batia, batia e deixava aqueles vergões! E depois colocava ele de molho dentro do tanque com água de sal, pra sair aquele vermelhidão*” (ACS3, Grupo C).

Um ponto interessante a ser observado é o fato de os ACS, quando perguntados sobre qual das substâncias psicoativas (álcool ou outras drogas) estariam mais relacionadas aos casos de violência doméstica, apresentarem crenças bem divididas em cada grupo. Nos grupos A e D, a resposta predominante foi no sentido de apontar tanto o álcool quanto as drogas como igualmente envolvidos com as situações de violência. Já os grupos B e C foram unânimes ao apontar o álcool como mais fortemente relacionado aos episódios de violência doméstica.

No grupo A, chamou atenção o relato pessoal de uma única agente, que discordou com as demais ao apontar o álcool como mais relacionado: “*A bebida. A bebida influi na família inteira! Oh...meu marido era alcoólatra, eu é que tinha que trabalhar. Então meus filhos nunca tiveram pai! (...) E ele era muito agressivo! Comigo, com os filhos! Eu só não*

abandonei ele porque quando eu tentei largar, eu pensei: 'ele, eu não posso deixar, ele vai morrer à míngua!' E fui com ele até o final. Mas foi um excelente marido um ano antes de morrer! Era o que eu queria nos meus treze anos de casada.”(ACS 2, Grupo A).

Os ACS do grupo C concordaram que o uso de álcool é mais visível, enquanto o uso de drogas seria mais camuflado. Dessa forma, afirmaram que o álcool é mais percebido por eles no dia-a-dia, mas não souberam apontar se o álcool ou as drogas estariam mais relacionados à violência doméstica. Neste grupo, foi possível observar certo receio dos profissionais em manifestar sua opinião, bem como um despreparo para identificar usuários de drogas ilícitas: *“A droga a gente nunca vê. Não tem como provar! Agora, o álcool não. Bebeu alguma coisa, a gente já nota!”* (ACS1, Grupo C).

Os grupos B e D apresentaram uma forte crença de que o álcool estaria mais relacionado ao consumo dos pais, ou seja, por parte dos adultos, enquanto as drogas ilícitas seriam consumidas bem mais pelos filhos, sobretudo adolescentes. Nesses casos, o uso de álcool foi apontado como fator gerador de violência dos pais contra os filhos, enquanto as drogas ilícitas foram apontadas como responsáveis pela violência dos filhos contra os pais. Vale ressaltar que mesmo nos grupos onde as duas substâncias foram responsabilizadas igualmente, em nenhum deles foi dado destaque exclusivo às drogas ilícitas. Como o foco do presente trabalho é a violência doméstica contra crianças e adolescentes, percebe-se que nos grupos focais foi dado um enfoque maior às bebidas alcoólicas como geradoras de violência, diferentemente das respostas individuais dos questionários, em que as drogas ilícitas apareceram como mais responsáveis por estimular a agressividade nos ambientes domésticos.

A questão que apresentou maior divergência com relação às respostas do questionário foi a que dizia respeito às providências tomadas pelos ACS diante da suspeita ou confirmação de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Nos grupos focais, o discurso coletivo revelou que a principal (e na maioria das vezes, única) providência tomada pelos agentes é transmitir as informações para o (a) enfermeiro (a) chefe da equipe, que determina o melhor encaminhamento para cada caso. Os relatos a seguir ilustram bem este procedimento: *“Primeiro a gente fala com o enfermeiro. A gente passa para o enfermeiro e ele orienta a gente no que fazer. Se é pro conselho tutelar, se é para o CRAS.”* (ACS 7, Grupo B); *“Primeiro a gente procura a enfermeira. E depois ela encaminha para a equipe.”*(ACS 2, Grupo D). *“É, porque a gente vai falar e ela (enfermeira) vai encaminhar para o conselho tutelar”* (ACS5, Grupo D).

Apenas dois agentes, considerando todos os grupos, disseram acionar o Conselho Tutelar por conta própria, mesmo assim, quando não lhes resta mais nenhuma alternativa:

“*Não tendo jeito a gente entra com o Conselho.*” (ACS1, Grupo C); “*A gente discute na equipe, a enfermeira vê se pode fazer alguma coisa antes de acionar o conselho tutelar*”(ACS3, Grupo C). Aqui, cabe ressaltar a diferença em relação às respostas individuais, do questionário, em que 90% dos agentes afirmaram fazer o encaminhamento ao Conselho Tutelar como principal providência em casos de violência contra crianças e adolescentes.

A relação dos ACS com o Conselho Tutelar pareceu bastante tumultuada e ambígua, visto que muitos agentes não confiam na eficácia do Conselho, acreditam que o órgão mais atrapalha do que ajuda (falta de ética e sigilo profissional) ou já tiveram experiências desagradáveis quando tentaram acioná-lo. “*Já aconteceu comigo, eu passei para frente (para o Conselho Tutelar), e alguém foi lá na família e falou que era eu quem tinha falado!*” (ACS 3, Grupo A); “*Eu tive uma experiência no Conselho Tutelar, que tinha uma conselheira lá, que estava superprotegendo uma pessoa porque tinha uma colega que era parente desta pessoa, e ela não foi profissional hora nenhuma! Então, quer dizer! Aí eu já passei a duvidar do Conselho Tutelar!*” (ACS 5, Grupo C). Apesar disto, o Conselho Tutelar foi apontado como órgão mais apropriado para resolver e intervir nos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, de certa forma aliviando a responsabilidade dos ACS de precisarem se envolver com esta questão. “*E já tem os órgãos específicos para lidar com estas situações.*” (ACS6, Grupo D). “*Isto (casos de violência doméstica) a gente joga mais na mão do Conselho Tutelar (...)*” (ACS 2, Grupo A). No Grupo C surgiram outros tipos de encaminhamento, como a denúncia através da Pastoral da Criança, a conversa e a orientação com as famílias.

Ainda sobre as providências tomadas, os grupos A, B e D admitiram não fazer nada diretamente com as famílias e como principais dificuldades no gerenciamento dos casos apontaram a proximidade com as vítimas e agressores, já que são vizinhos dessas pessoas, pois vivem na mesma comunidade em que trabalham. Segundo os ACS, a atuação deles enquanto profissionais fica muito limitada diante dos casos de violência doméstica, porque fazem visitas mensais nas mesmas residências e precisam estabelecer vínculos de confiança com as famílias que atendem. “*Porque às vezes, a gente vê que a pessoa viu. E agente fica com medo de acionar o Conselho Tutelar, porque é aquele negócio... a gente precisa visitar aquela família*” (ACS4, Grupo C); “*(...) se eu sair daqui e ir lá no Conselho Tutelar e denunciar uma pessoa, a próxima vez que eu for lá visitar aquela casa, a pessoa já vem com tipo, você veio aqui ontem e o hoje o Conselho Tutelar veio na minha casa! Quer dizer, a gente fica muito preso! Preso pra agir!*” (ACS1, Grupo C); “*Porque a gente necessita fazer a*

visita na família, e a base do nosso trabalho é a confiança!” (ACS 3, Grupo C); “Se a gente perder a confiança da família, a gente perdeu tudo! E a gente não vai ter liberdade nem de chegar neles! A família não vai mais confiar na gente!” (ACS5, Grupo C).

Muitos agentes acreditam que não podem fazer nada para ajudar e, por isto, nem tentam colocar em prática algum tipo de intervenção. *“Diretamente com a família é meio complicado. Chegar diretamente na família e falar... (...) É difícil, né? O certo é você deixar a pessoa apropriada para fazer isto, o Conselho Tutelar (...)” (ACS3, Grupo B); “Porque também você não pode ir lá e falar, né? Você vai ter que voltar no lugar para trabalhar e, dependendo da pessoa, você não volta mais!” (ACS3, Grupo A); “A gente não pode... se a gente entrar muito, a gente perde o contato com aquela família” (ACS2, Grupo A).* Outros agentes, no entanto reconhecem como única contribuição possível, em casos de violência doméstica, a observação e identificação das famílias em que ocorrem tais situações: *“Eu acho que o interessante é a gente ver” (ACS 5, Grupo A).* Contudo, a falta de um treinamento específico nesta área foi apontada como um empecilho para a atuação dos ACS, que relataram sentirem-se inseguros e incapazes: *“Nós tivemos uma palestra do Conselho Tutelar. Eles falaram um pouco. Mas a gente ter o treinamento para enxergar, específico, não! (...) A gente já até abordou uma família, mas não sabia como chegar nela... Graças a Deus eles (Conselho Tutelar) chegaram antes que a gente. Aí fica mais fácil, né?” (ACS1, Grupo C); “Aí você não sabe o que você faz (...). Porque isto desorienta a gente” (ACS3, Grupo A).*

Nenhum grupo acredita que a questão da violência doméstica contra crianças e adolescentes seja passível de solução. Entretanto, os agentes foram solicitados a apresentar soluções para a diminuição dos níveis de violência e, no discurso de cada grupo, foi possível observar algumas peculiaridades, sendo que, no primeiro, as soluções propostas foram mais voltadas para as vítimas, no segundo, para as famílias, no terceiro, para os agressores e no último para o nível político e social.

O grupo A sugeriu a criação de ocupações para a criança como forma de melhorar a violência doméstica, apresentando crenças de que a falta do que fazer das crianças (respaldada, na opinião deles, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente) seria uma das causas dessa violência, ou seja, responsabilizando, de certa forma, as próprias crianças pelos maus-tratos a que são submetidas. *“Hoje, eu acho também, que as crianças não querem fazer mais nada! Não gostam de ter trabalho! As crianças chegam da escola no ônibus, lá no asfalto, meio dia e dez. De meio dia até seis horas da tarde tem muita coisa. Se estas crianças não fizerem nada, o que é que vai acontecer? (...) E os pais não dão conta porque são muitos filhos, né? Aquela quantidade... não dão conta! Então, se tivesse cada um alguma coisa pra*

fazer! Eu acho que deveria, por exemplo, plantar uma hortinha, vai capinar lá. Hoje a gente vê menina de 14 anos que não sabe lavar a roupa, né?” (ACS5, Grupo A); “Eu acho que esta lei que saiu aí, do Estatuto da Criança e do Adolescente, criança que não pode ajudar, criança que não pode trabalhar. Eu acho que trabalhar pode, você não pode é matar a criança de trabalhar! Ela pode ajudar sim. Porque senão, minha filha, esta criança vai aprontar mesmo!”(ACS 4, Grupo A).

O Grupo B apresentou crenças de que seria possível diminuir a violência doméstica na medida em que se criasse um ambiente de mais harmonia nas casas das famílias, através de mais diálogo e mais fé. Além disso, reforçaram que um trabalho de reabilitação com usuários de álcool e drogas reduziria a grande maioria (“*iria diminuir uns 99%! ” ACS4, Grupo B*) dos casos de violência doméstica no município.

Os agentes do grupo C sugeriram medidas voltadas para os pais, como fornecer mais empregos e, principalmente, maiores informações para eles, através de palestras e reuniões na escola. Um exemplo que causou bastante comoção no grupo foi contado para ilustrar a importância do relacionamento entre pais e escola (muitas vezes, inexistente e mediado pelo serviço de saúde) na detecção e resolução dos casos de violência doméstica: “*Eu tive um caso assim na minha área. A diretora da escola procurou a enfermeira, em vez de procurar a mãe do menino, e falou que o menino (6 anos) estava dormindo muito dentro de sala. E que era pra gente procurar a família. Aí a enfermeira, com muito jeitinho, foi conversando com a mãe... aí ficou sabendo que o pai carregava o menino pra rua. E foi aí, com muita dificuldade, que ela falou que o pai levava ele pra rua e dava bebida pra ele.*”(ACS2, Grupo C).

Já o grupo D apresentou como solução para atenuar a violência doméstica contra crianças e adolescentes, a necessidade de se criarem políticas públicas (a nível nacional) voltadas para a geração de emprego e renda, bem como para a melhora da educação no país. “*Eu acho que tem que começar lá em cima, né? Tipo, no homem da marolinha (Presidente da República), né? É... começa lá, porque é falta de dinheiro que gera a violência, é o bolsa família pra ajudar porque o pai não dá nada dentro de casa! (...) Acho que dar uma educação melhor. Arranjar algo para as pessoas fazerem, porque mente vazia é casa do diabo!*” (ACS2, Grupo D).

Logo em seguida a essa questão, considerando a vocação turística de Lima Duarte, foi perguntado aos ACS se, na opinião deles, o turismo local afeta de alguma forma os índices de violência doméstica na cidade. Todos os grupos apresentaram a crença de que esses fatores não estariam relacionados, visto que a totalidade dos agentes respondeu de forma negativa a

pergunta direcionada a eles. O grupo C, no entanto, levantou a possibilidade de o turismo influenciar os moradores de Ibitipoca, especificamente, na medida em que os turistas seriam responsáveis pela inserção das drogas no município. *“Pode afetar quem mora lá! Vem muito turista de fora! Traz drogas diferentes!”* (ACS2, Grupo C); *“Pode ser que os turistas tragam drogas.”*(ACS5, Grupo C); *“Mas na nossa área, não afeta não!”*(ACS3, Grupo C). O Grupo A apresentou crenças divergentes em relação a este aspecto: *“Sobre drogas eu acho que não é o turismo que trás.”* (ACS1, Grupo A); *“Pensando assim nas drogas, eu acho que não tem nada a ver não.”*(ACS5, Grupo A). Apesar da suspeita dos ACS do Grupo C de que o turismo influenciaria os índices de violência doméstica dos moradores de Ibitipoca, o Grupo D - único localizado nesta região - foi unânime quanto à crença de que um fator não estaria, de forma alguma, relacionado ao outro.

A última questão direcionada aos agentes pretendia averiguar se eles já haviam recebido algum tipo de treinamento para identificar e/ou intervir em casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Os discursos de todos os grupos foram compatíveis, apontando para a inexistência de um treinamento específico nesta área. Os grupos A e C citaram uma palestra do Conselho Tutelar, realizada em uma das reuniões gerais mensais do PSF e o Grupo B mencionou uma abordagem geral no curso de agentes de saúde (que ocorreu no ano de 2008), ministrado por outros profissionais do PSF, como médicos e enfermeiros. Uma observação importante é que estes profissionais, que estariam “capacitando” os ACS, são exatamente os mesmos que afirmaram (na pesquisa realizada em 2007) nunca ter tido nenhum tipo de treinamento ou capacitação em relação à violência doméstica. Todos os grupos acreditam que um treinamento específico seria de extrema importância, considerando as dificuldades encontradas pelos agentes na sua prática diária não só para perceber os casos de violência doméstica, mas principalmente para realizar alguma intervenção direta com as famílias.

Além disso, outros obstáculos para a prática efetiva dos ACS no sentido de prevenir ou intervir nos casos de violência doméstica foram identificados, tais como as crenças na “palmada educativa”, que surgiram em todos os grupos. Tais crenças estariam baseadas na idéia de que bater nas crianças seria uma forma (necessária e positiva) de educá-las em relação às regras e limites domésticos. Foram bastante freqüentes os relatos dos agentes sobre experiências pessoais com violência doméstica, tanto como vítimas, quanto como agressores. *“O meu pai me batia muito! E, quando ele bebia, ele descontava tudo na gente!”* (ACS6, Grupo D); *“Quantas vezes eu apanhei sem entender nada! (...) Meu pai bebia cachaça e descontava na gente! (...) O pai batia na gente, mas não era espancar. Hoje você tem mãe*

que queima os dedos dos filhos no fogão. (...) Você pode pegar o chinelo e bater, mas assim não, né?!)”(ACS6, Grupo B); *“Eu acho que espancar não. Mas dar um tapa bem dado na hora que precisa, resolve sim! Mas não é espancar, igual meu pai fazia com a gente. Ele batia até meus irmãos desmaiar. Ai é uma coisa totalmente diferente! Agora na hora que faz coisa errada, um bom tapa na bunda, bem dado, resolve sim!”* (ACS1, Grupo D). Talvez por isto, muitos agentes relataram não se sentir confortáveis para orientar as famílias sobre esta questão, já que muitas vezes a violência doméstica está presente nas suas próprias vidas.

Foi possível observar outros aspectos interessantes nos discursos dos grupos, como, por exemplo, as crenças sobre as conseqüências da violência doméstica para o desenvolvimento das crianças e adolescentes. A opinião mais freqüente, que surgiu em todos os grupos, foi de que as crianças ou adolescentes que são vítimas de violência doméstica aprendem o comportamento agressivo com os pais e tendem a reproduzi-lo futuramente, seja como agressores dos próprios pais ou dos próprios filhos, no ambiente doméstico, seja com outras pessoas, em outros lugares (agredindo professores, por exemplo). *“(...) E eles agredem o professor com as mesmas palavras que receberam em casa”* (ACS5, GrupoA); *“Porque hoje o pai bate no filho mas quando ele estiver com 15, 16 anos ele é que vai bater no pai!”*(ACS1, Grupo D). Aqui, vale a pena ressaltar a crença dos ACS no aspecto multigeracional da violência doméstica, na medida em que, nos quatro grupos focais, foi apontada a relação entre a violência sofrida na infância/adolescência e a sua reprodução na fase adulta, sendo a violência doméstica um comportamento transmitido de geração para geração.

Além disto, dificuldades na escola, depressão e traumas psicológicos foram percebidos pelos ACS como outros tipos de conseqüências da violência doméstica para a criança e o adolescente. Contudo, a observação que mais chamou atenção foi a dos agentes do Grupo C, que apontaram a gravidez na adolescência como uma forma de violência contra a criança que está sendo gerada, mas também como um reflexo da negligência e do abuso sofridos pelas adolescentes: *“Porque na realidade, a gente está vendo muitas adolescentes grávidas! E eu acho que isto também é um tipo de violência doméstica, porque se os pais orientassem melhor, em vez de bater, em vez de brigar, conversassem melhor com seus filhos, a gente não tinha isto pra pensar”* (ACS1, Grupo C); *“Porque a adolescente está violentando não só o direito dela, mas o da criança também, né? Já começa a violência doméstica pela criança que está sendo gerada ali, naquela barriga. Porque muitas vezes gera, a mãe era adolescente, não queria aquele filho, e vão fazer besteira! Ai vão xingar! Vão apertar a*

barriga, né? Vão culpar os pais,né? Quer dizer... a violência doméstica, eu acho que começa na barriga!” (ACS 3, Grupo C).

A tabela 16 resume os resultados apresentados acima, destacando os principais pontos que foram convergentes entre as respostas dos quatro grupos focais:

Tabela 16. Principais temas convergentes entre os quatro grupos focais.

Roteiro	Resposta
O que entendem como violência doméstica?	Violência física Violência psicológica
A violência doméstica tem aumentado?	Sim
O que gera violência doméstica?	Problemas relacionais e intrafamiliares
Já detectaram violência doméstica?	Sim
Tipo mais frequente de violência doméstica?	Violência psicológica
Principais agressores?	Mãe Pai
No geral, a violência é doméstica?	Sim
Características comuns às famílias com violência doméstica?	Problemas relacionais e intrafamiliares Uso de álcool e drogas
Álcool ou as drogas estariam mais relacionados à violência doméstica?	Álcool
Providências tomadas?	Levam o caso para o enfermeiro chefe
Já receberam treinamento específico?	Não
Acreditam que a violência doméstica tem solução?	Não

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base nos resultados apresentados anteriormente percebe-se que, tanto nas repostas dos questionários quanto nas discussões dos grupos focais, as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde foram persistentes no sentido de apontar as mães como principais agressoras das crianças e adolescentes. Os resultados de pesquisas nacionais (ABRAPIA, 2005; Brasil, 2005; Brito et.al, 2005; Costa et.al, 2007) apontam para a mesma tendência, sugerindo que a proximidade física e o tempo de permanência da mãe junto aos filhos, somados à sua maior responsabilidade - culturalmente atribuída - no processo educativo, parecem influenciar, de fato, o seu comportamento para com eles, favorecendo a ocorrência de situações de violência no ambiente doméstico. Além disso, é possível que a tendência das mães aparecerem como principais agressoras dos filhos seja justificada também em função do aumento do número de famílias monoparentais (Wall, 2003; Brandão & Heilborn, 2006), em que, na maioria das vezes, os filhos acabam ficando sob os cuidados da genitora. Segundo estimativas (Brasil, 2002b), crianças que vivem com apenas um dos pais têm cerca de 80% a mais de riscos de sofrerem maus-tratos e 2,2 vezes mais chances de terem sua educação negligenciada.

Em relação aos tipos de violência doméstica que ocorrem com maior frequência, os ACS apontaram em primeiro lugar o abuso psicológico, seguido do abuso físico e da negligência. A pesquisa conduzida por Costa et.al. (2007) nos Conselhos Tutelares de Feira de Santana-BA (já citada anteriormente no item 1.4.2), encontrou como formas de violência mais prevalentes – naquela região - a negligência, seguida da violência física e da violência psicológica. Outro estudo (também comentado no item 1.4.2), realizado no Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI), em São José do Rio Preto-SP, encontrou como forma de violência mais frequentemente notificada a violência física, seguida da negligência e da violência psicológica (Brito et.al, 2005). Apesar de serem os mesmos tipos, a diferença quanto à ordem em que foram apontados nas três pesquisas pode refletir a realidade sociocultural de cada contexto.

Não foi possível comparar as crenças dos ACS com os dados epidemiológicos dos Conselhos Tutelares de Lima Duarte ou Juiz de Fora, pois estas instituições não apresentam um banco de dados estruturado sobre as ocorrências de violência doméstica contra crianças e adolescentes. A escassez de dados confiáveis sobre esta temática é um sério problema no Brasil e no mundo, tornando-se urgente a necessidade de maiores pesquisas na área, assim como a detecção e notificação de casos pelos serviços e profissionais de saúde. Todavia, tendo em vista a falta de dados estatísticos nesta área, a presente pesquisa mostra-se relevante, considerando as crenças dos profissionais de saúde, que lidam diretamente com a questão da violência doméstica em seu cotidiano. Uma vez que tais crenças são construídas com base na experiência direta (Rockeach, 1989; Krüger, 1995; Cavazza, 2008), acredita-se que o seu conhecimento permita uma maior aproximação da realidade (pelo menos no universo pesquisado) no que diz respeito à violência doméstica contra crianças e adolescentes.

A violência doméstica contra crianças e adolescentes é um importante problema social e de saúde pública, em virtude das graves conseqüências e de sua estimada alta magnitude. O seu dimensionamento fidedigno é um desafio a ser enfrentado, constituindo-se na primeira etapa para o desenvolvimento de programas para o seu enfrentamento. Nesse campo, colocam-se questões relativas à identificação e à notificação dos casos (Faleiros, Matias & Bazon, 2009). Apesar da relevância da violência familiar no País e da obrigatoriedade de notificação de casos confirmados ou suspeitos por parte de profissionais de saúde e de educação, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, 13/7/90), as formas de registro sistemático ainda são escassas (Cavalcanti, 1999; Deslandes, 1999; Gomes et.al, 2002; Gonçalves & Ferreira, 2002; Brito et.al, 2005; Lourenço et.al, 2006; Costa et.al, 2007; Bazon, 2008; Faleiros et.al, 2009). Contudo, na medida em que não há estudos atualizados de base nacional, é sempre importante distinguir entre notificar o fato e a realidade dos fatos. O debate sobre a importância da notificação e a necessidade de tomá-la como ação desencadeadora de apoio institucional para as famílias ainda constitui uma grande tarefa de substituir a arraigada concepção de notificação como denúncia policial (Brasil, 2005).

Entretanto, a baixa notificação nos serviços de saúde pode ser conseqüência do despreparo dos profissionais em lidar com as situações de violência e os encaminhamentos, seja pelos aspectos culturais que consideram a violência contra crianças e adolescentes como um problema de nível familiar, como pela falta de conhecimento das leis (ECA), quanto pela obrigatoriedade de denúncias dos casos suspeitos (Costa et.al, 2007; Bazon, 2008; Faleiros et.al, 2009).

Na presente pesquisa ficou claro que os Agentes Comunitários de Saúde não se sentem preparados para identificar casos de violência doméstica, talvez porque nunca tenham recebido um treinamento específico nesta área. Além disso, nos grupos focais, a inexistência de qualquer atuação dos ACS diante de situações de violência doméstica (seja pela notificação dos casos ou por algum tipo de intervenção) foi evidenciada. Esses profissionais relataram ter medo de fazer a denúncia, principalmente em função do provável comprometimento na comunidade onde vivem e trabalham. Foi possível observar crenças (individuais e coletivas) em relação à ineficácia e/ou incompetência dos órgãos jurídicos (especialmente o Conselho Tutelar), que também podem contribuir para a falta de denúncias, notificações ou encaminhamentos por parte dos ACS.

Por outro lado, eles também relataram não saber o que fazer em casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Este dado é bastante preocupante, considerando a posição estratégica dos ACS, cuja profissão vem na tentativa de aproximar a saúde a questões mais amplas, comunitárias, podendo ser ainda mais importante na questão da violência doméstica. Considera-se que tais profissionais, inseridos na equipe do PSF, tomem a família, e não o indivíduo, como a referência para as práticas de saúde, intervindo ativa e preventivamente num enfoque comunitário (Ronzani et.al, 2008; Sobreira, 2009). Porém, embora a equipe, composta por médicos, enfermeiros e agentes comunitários, esteja em contato muito próximo com as famílias, há ainda muitas dificuldades para lidar com a questão da violência nesse âmbito, exigindo-se uma formação orientada para esse problema (Cavalcanti, 2004). Este aspecto também pôde ser constatado no presente estudo. Sendo assim, torna-se fundamental que os gestores elaborem políticas públicas de prevenção e combate à violência doméstica, assumindo a capacitação profissional como forma de promover uma atenção especializada e adequada à população (Brasil, 2002b, 2005).

O tema da violência tem sido desde a última década, vinculado à área da saúde, apontando a necessidade de envolvimento e preparo dos profissionais e dos serviços de saúde, dada a conjuntura complexa e desafiante desse fenômeno. Diante desta inter-relação, torna-se necessário que os serviços (postos, centros de saúde, hospitais, resgates) e os profissionais de todos os níveis e categorias reconheçam que devem se inserir no processo de prevenção da violência, na identificação de condições de risco e na atenção às vítimas. Para tanto, é preciso que questionem o conhecimento que têm do problema, assim como o preparo e a capacidade de intervenção frente aos comportamentos observados. A presente pesquisa permitiu constatar que, pelo menos em cidades do porte de Lima Duarte, não existe uma política voltada para a capacitação dos profissionais de saúde no que concerne à violência doméstica infanto-juvenil.

Outro aspecto importante, observado no presente trabalho, refere-se ao peso dado pelos ACS aos fatores relacionais e intrafamiliares como geradores de violência doméstica, em detrimento das questões sócio-econômicas, muito mais apontadas pelos demais profissionais de saúde do município de Lima Duarte. Foi interessante observar a crença dos ACS, que na sua maioria apresentam menor nível de escolaridade e renda (comparativamente aos outros profissionais de saúde), de que o nível educacional e a situação financeira não estariam tão relacionados à violência doméstica quanto os aspectos afetivos e relacionais, ou o uso de álcool e drogas. De certa forma, a associação entre pobreza e violência doméstica encontra-se respaldada por alguns estudos cujos resultados demonstram uma prevalência de maus-tratos infanto-juvenis 50% maior em famílias com pais desempregados (Reichenheim, Dias & Moraes, 2006).

De fato, pesquisas têm mostrado que as más condições socioeconômicas constituem risco para violência doméstica, ainda que de forma moderada ou não linear (WHO 2002, 2004; Freisthler, 2004; Berger, 2005; Reichenheim, Dias & Moraes, 2006; Aberle et.al, 2007; d'Oliveira et.al, 2008, Dossi et al, 2008). Sugere-se que o stress relacionado às más condições de vida e a não-garantia de acesso a bens e serviços constituiria a base dessa associação. No entanto, tal associação indiscriminada pode levar a uma criminalização da pobreza, colocando alguns segmentos sociais na mira de julgamentos prévios. É preciso considerar que a maior prevalência de violência nas classes sociais menos favorecidas pode estar relacionada ao fato de que as pessoas mais pobres tendem a denunciar mais, dando visibilidade ao problema geralmente ocultado entre os mais abastados economicamente (Dossi et.al, 2008).

Já em um estudo transversal, financiado pela OMS e realizado com uma amostra representativa de mulheres nas cidades de São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco, a fim de se estimar a prevalência e os fatores associados à violência doméstica em diferentes contextos socioculturais, os fatores socioeconômicos (assim como na presente pesquisa), foram relativizados, apresentando menor importância em comparação com outros, como: escolaridade até oito anos, violência física conjugal entre os pais da mulher, abuso sexual na infância, cinco ou mais gestações e problemas com a bebida (d'Oliveira et.al, 2008). A escolaridade também mostra associação com violência doméstica em outros estudos, com proteção nos níveis mais altos e maior risco associado aos níveis mais baixos (Brasil, 2005; Reichenheim, Dias & Moraes, 2006; d'Oliveira et.al, 2008, Dossi et.al, 2008). Por outro lado, coadunando com as crenças dos ACS, pesquisas apontam os laços afetivos e as relações familiares sadias como importantes fatores de proteção contra a violência doméstica infanto-juvenil (Gomes et.al, 2002; Brito et.al, 2005).

No presente estudo, também chamaram atenção as crenças dos ACS a respeito das possíveis conseqüências da violência doméstica para o desenvolvimento das crianças e adolescentes. Apesar de não ter sido feita a eles nenhuma pergunta especificamente sobre isso, foi possível observar tais crenças nos discursos apresentados (em resposta a outras questões) nos grupos focais. No geral, as conseqüências mais percebidas foram a futura agressividade das crianças/adolescentes vítimas, além de problemas psiquiátricos (como a depressão) e problemas na escola. As crenças dos ACS vão de encontro aos achados de outros estudos, que sugerem um padrão multigeracional da violência doméstica (Meneghel et.al, 1998; Knaul e Ramírez, 2005; Tondowski, 2008; White et.al, 2008).

Existem evidências de que a exposição infantil à violência doméstica (seja como testemunhas ou como vítimas diretas), além do sofrimento associado, pode ser um fator de risco importante para a perpetuação do comportamento violento na vida adulta (Schewe et.al., 2006; Tondowski, 2008; Vatnar & Bjorkly, 2008; Zanoti-Jeronymo et.al., 2008; Fonseca et.al, 2009). Além disso, mais uma vez respaldando as crenças dos ACS, pesquisas apontam uma série de conseqüências sociais e emocionais negativas da violência doméstica para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, dentre elas: transtornos de ansiedade, depressão, distúrbios do sono, delinqüência, gravidez precoce e uso de álcool e drogas (Aberle et.al, 2007; Anda et.al, 2007; Harris, Lieberman & Marans, 2007; Littleton, Breitkopf & Berenson, 2007; Bradley et.al, 2008; Handa et.al, 2008; White et.al, 2008; Zanoti-Jeronymo et.al., 2008). Vale ressaltar que todos esses fatores foram citados pelos ACS ao longo dos grupos focais.

Outra temática que obteve destaque nos grupos focais, apesar de não ter sido abordada diretamente pelos pesquisadores, foi a questão da “palmada educativa”. Os ACS apresentaram crenças de que o castigo físico representa um método aceitável e eficiente na educação e disciplina de crianças e muitos deles reconheceram fazer uso deste artifício para colocar limites nos próprios filhos. No entanto, diferentes pesquisas elaboradas com o objetivo de relacionar o recebimento da punição corporal com alguma variável comportamental da criança encontraram prejuízos para o desenvolvimento infantil: as crianças que apanhavam (comparadas com as que não apanhavam) apresentavam auto-estima mais baixa, comportamento mais agressivo, maior freqüência de sintomas psiquiátricos e menor bem-estar geral (Biscegli et.al, 2008; Berlin et.al, 2009; Lansford et.al, 2009).

Ficou claro que muitos ACS não consideram essa prática como uma forma de violência, na medida em que a recomendam como estratégia educativa. Sendo assim, é evidente que a capacidade de intervenção e atuação dos ACS frente à comunidade fica

bastante limitada em função das próprias crenças que eles têm a respeito da naturalização da violência doméstica. Diante disso, torna-se fundamental um trabalho educativo e informativo com esses profissionais, no sentido de tentar uma reconstrução cognitiva, sensibilizando-os para a questão da violência familiar.

Os resultados da presente pesquisa indicaram uma forte tendência de inserção do álcool e da droga no universo da violência doméstica, segundo as crenças dos respondentes, assim como nos estudos desenvolvidos anteriormente pelo Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (Lourenço et. al., 2006, 2007; Gebara & Lourenço, 2007, 2008). Porém, enquanto as crenças individuais dos sujeitos (resposta ao questionário) apontaram uma maior presença de drogas como aspecto causal da violência intrafamiliar, nas crenças coletivas (grupos focais) ocorreu uma inversão das respostas, na medida em que os ACS apontaram as bebidas alcoólicas como mais envolvidas, demonstrando uma interessante conscientização no que concerne à correlação entre álcool e violência doméstica. Vale ressaltar que tanto nos questionários (nas questões abertas e fechadas) como nos grupos focais, os ACS destacaram o uso de álcool e drogas como uma das principais características das famílias com histórico de violência doméstica.

Como explorado anteriormente (no item 1.4.3), pesquisas têm demonstrado que o uso de substâncias psicoativas está relacionado a situações de violência, tanto como causa quanto como consequência (UNO, 2004; WHO, 2002, 2004, 2009). No Brasil, um levantamento domiciliar mostrou que os agressores estavam embriagados em 52% dos domicílios com histórico de violência (Noto et.al, 2004). Em recente levantamento domiciliar, foram pesquisados 7.939 domicílios, verificando-se que em 2.661 (33,5%) houve casos de violência doméstica, sendo que em 51% desses casos o agressor estava alcoolizado no momento da violência (Fonseca et.al, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em documento recentemente publicado (WHO, 2009), o álcool causa um efeito direto no funcionamento físico e cognitivo, contribuindo para a violência através da redução do autocontrole e da capacidade de reconhecer sinais de perigo, por exemplo. Além disso, crenças individuais e culturais de que o álcool causa agressão podem levar ao uso como um preparo ou desculpa/justificativa para atos violentos. E, ainda, o uso problemático de álcool pode ser desenvolvido como uma estratégia de coping entre as vítimas de violência doméstica (WHO, 2009). Neste documento, intitulado “Violence prevention: the evidence”, afirma-se que a questão da violência é passível de prevenção, com base em rigorosas revisões de literatura e de evidências científicas que atestam a efetividade de algumas intervenções. Diante da forte ligação entre álcool e

violência, medidas para reduzir a disponibilidade e o uso danoso de álcool são apresentadas como importantes estratégias para prevenir a violência. As intervenções breves e tratamentos específicos para bebedores de risco (através, por exemplo, da terapia cognitivo comportamental) são sugeridas, já que têm demonstrado bons resultados no sentido de reduzir várias formas de violência, dentre elas, a violência doméstica contra crianças e adolescentes. (WHO, 2009).

Embora existam fortes associações entre violência domiciliar e abuso de álcool, há poucos estudos sobre as peculiaridades dessa associação, principalmente nos países ainda em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Pesquisas recorrentes sobre o tema se mostram necessárias, tendo em vista a importância das crenças dos profissionais de saúde, observadas na presente pesquisa e a carência de uma literatura mais qualificada, ligada às especificidades do tema.

Considerando a complexidade do tema da violência doméstica e as dificuldades (pessoais e/ou institucionais) encontradas pelos ACS/profissionais de saúde para atuar diretamente com essa questão, acredita-se que um trabalho com usuários de álcool e drogas no universo pesquisado seja viável, no sentido de diminuir, indiretamente, os índices de violência doméstica no município. Na tentativa de primeiro capacitar os profissionais de saúde para implementarem práticas de prevenção ao uso de álcool e drogas na sua rotina de trabalho, o Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva colocou em prática (em meados de 2009), na cidade de Lima Duarte, o projeto “Avaliação de Processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde” (Ronzani et.al, no prelo), para a elaboração do qual acredita-se que a presente pesquisa tenha contribuído com importantes subsídios.

Nesse projeto, o tema da violência doméstica foi incluído (como um dos módulos da capacitação) através de uma abordagem puramente informativa, sem propor intervenções, como um primeiro passo para colocar o assunto em pauta com os profissionais de saúde. Entretanto, as crenças, atitudes e práticas dos profissionais a respeito da violência doméstica foram avaliadas antes da capacitação e serão reavaliadas, três meses após (em dezembro de 2009). Estudos futuros poderão apontar uma possível mudança de crenças, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em função do treinamento, bem como a melhoria dos indicadores de saúde da população (dentre eles, os índices de violência doméstica) devido à prevenção do uso de álcool e outras drogas, além de uma avaliação de como a metodologia de implementação das práticas de prevenção pode ser aperfeiçoada, principalmente no que diz respeito à questão da violência doméstica.

Apesar desta primeira tentativa de responder às demandas encontradas no município, o estudo das crenças dos ACS de Lima Duarte deixou clara a necessidade de se pensar em intervenções eficazes no plano institucional ressaltando que, no espaço pesquisado, de acordo com os resultados encontrados, não se desenvolve um projeto específico em relação à violência familiar. Esses resultados sugerem a elaboração e implantação de políticas públicas de prevenção e combate à violência doméstica infanto-juvenil, beneficiando não só as instituições de apoio às vítimas do município de Lima Duarte, mas também a sociedade e o poder público em geral, supostamente interessados em conhecer e estabelecer estratégias eficazes para lidar com esta problemática.

REFERÊNCIAS

- Aberle, N., Ratković-Blažević, V., Mitrović-Dittrich, D., Coha, R., Stoić, A., Bublic, J., et.al. (2007). Emotional and Physical Abuse in Family: Survey among High School Adolescents. *Croatian Medical Journal*; 48:240-248.
- Ahmed, S., Koenig, M.A., & Stephenson, R. (2006). Effects of Domestic Violence on Perinatal and Early-Childhood Mortality: Evidence From North India. *American Journal of Public Health*; Vol 96, No. 8.
- Algeri S., & Souza L.M. (2006). Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*; 14(4).
- Anda, R.F., Brown, D.W., Felitti, V.J., Bremner, J.D, Dube, S.R., & Giles, W.H. (2007). Adverse Childhood Experiences and Prescribed Psychotropic Medications in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*; 32(5):389–394.
- Aronson, E; Wilson, T.D; Akert, R.M (2002). *Psicologia Social*. 3.ed. Rio de Janeiro, RJ: LTC.
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Crianças e Adolescentes (ABRAPIA). (2005). *Alguns dados sobre violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes*. Disponível em: www.abrapia.org.br/homepage/dados_sobre_violencia/dados_sobre_violencia_domestica.html
- Azevedo, M. A., & Guerra, V.N.A. (1995). Como se conceitua? Em: *A violência doméstica na infância e na adolescência*. (p 31-6) São Paulo: Robe.
- Babor, T.F., Caetano, R., Caswell, S., Edwards, G., Giesbrech, N., Grahan, K., et.al. (2003). *The global burden of alcohol consumption*. In: Babor, T.F., Caetano, R., Caswell, S., Edwards, G., Giesbrech, N., Grahan, K., et.al. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press. p.57-92.
- Bandura, A. (1979). *Modificação do Comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S.A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. Vol.66, n.1, 3-11.
- Bandura, A., Azzi, R.G., & Polydoro, S (2008). *Teoria Social Cognitiva. Conceitos básicos*. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Bardin, L.(1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70.
- Bauer, M.W. (2007). *Análise de conteúdo clássica: uma revisão*. In: Bauer, M.W & Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bazon, M.R. (2008). Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(2):323-332.
- Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. *Advances in Experimental Social Psychology*. (Vol.6, p.1-62). New York:Academic Press.
- Berger, M., Wagner, T.H., & Baker, L.C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social Science and Medicine*, v. 61, p. 1821- 27.
- Berger, L.M. (2005). Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse & Neglect*; 29; 107–133.
- Berkowitz, L. (1970). Aggressive humor as a stimulus to aggressive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*. 16(4), p.710-717.
- Berlin, L.J., Malone, P.S., Ayoub, C., Ispa, J.M., Fine, M,A., Brooks-Gun, J. et.al. (2009). Correlates and Consequences of Spanking and Verbal Punishment for Low-Income White, African American, and Mexican American Toddlers. *Child Development*, Volume 80, Number 5, Pages 1403–1420
- Biscegli, T.S., Arroyo, H.H., Halley, N.S. & Dotoli, G.N. (2008). Violência doméstica contra crianças: nível de conhecimento dos pais de crianças em escolas pública e privada. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(4):365-71.
- Bradley, R.G., Binder, E.B., Epstein, M.P., Tang, Y., Nair, H.P., Liu, W., et.al. (2008). Influence of Child Abuse on Adult Depression: Moderation by the Corticotropin-Releasing Hormone Receptor Gene. *Archives of General Psychiatry*; 65(2): 190–200.
- Brandão, E.R & Heilborn, M.L. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(7):1421-143.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. (1990). Lei 8.069/90, de 13 de Julho de 1990. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (1993). *Violência contra a criança e o adolescente. Proposta preliminar de assistência e prevenção à violência doméstica*. Brasília: Ministério da Saúde: p7-22.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01. (2001). *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Diário Oficial da União, Brasília, n. 96, Seção 1E.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (2002a). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2002b). *Violência Intrafamiliar: Orientações para a Prática em Serviço*. Cadernos de Atenção Básica Nº 8. Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2005). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006. Brasília: Senado Federal.
- Briceño-León, R. (Org.) (2002). *Violencia, sociedad y justicia en América Latina*. Buenos Aires: Clacso.
- Brito, A. M., Zanetta, D. M. T., Mendonça, R. C. V., Barison, S. Z. P., & Andrade, V. A. G. (2005). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n.1.
- Campos, D.C. (2007). *A análise de conteúdo na pesquisa qualitativa*. In: Baptista, M.N. & Campos, D.C. Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa. Rio de Janeiro: LCT.
- Cavalcanti, M.L.T. (1999). Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1):193-200.
- Cavalcanti, M.L.T. (2004). Abordagem da violência intrafamiliar no Programa de Saúde da Família. In: Lima, C. A. (Org.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 205-217.
- Cavazza, N. (2008). *Psicologia das atitudes e das opiniões*. São Paulo: Edições Loyola.
- Chaves, A.M. (1999). *Violência contra crianças e adolescentes*. Em: I Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, Bahia.
- Costa, M.C.O., Carvalho, R.C., Santa Bárbara, J.F.R., Santos, C.A.S.T., Gomes, W.A., & Sousa, H.L. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1129-1141.
- Dancey, C.P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Deslandes, S.F. (1999). O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1):81-94.
- Dollard, J., Doob, L.W., Miller N.E., Mowrer, O.H. E Sears, R.R. (1939). Frustration and aggression. New Haven, CT: Yale University Press. In: Rodrigues, A., Assmar, E.M.L., & Jablonski, B. (2003). *Psicologia Social*. 22. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

- D'Oliveira, A.F.P.L., Schraiber, L.B., França-Junior, I., Ludermir, A.B., Portela, A.P., Diniz, C.S., et.al (2009). Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista de Saúde Pública*; 43(2):299-310.
- Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williamson, D.F., Thompson, T.J., et.al. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*; 28; 771–784.
- Dossi, A.P., Saliba, O., Garbin, C.A.S. & Garbin, A.J.I. (2008). Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8):1939-1952.
- Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., & Anda, R.F. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*; Vol. 111 No. 3.
- Dunn, M.G., Tarter, R.E., Mezzic, A.C., Vanyukov, M., Kirisci, L., & Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*. Volume 22, Number 7, p.1063-1090.
- Faleiros, J.M., Matias, A.S.A. & Bazon, M.R. (2009). Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(2):337-348.
- Ferreira, A.L., & Schramm, F.R. (2000). Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34 (6): 659-65.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, A.M., Galduróz, J.F.C., Tondowski, C.S, & Noto, A.R. (2009). Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. *Revista de Saúde Pública*[online]. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009005000049&lng=pt&nrm=iso>
- Freisthler, B. (2004). A spatial analysis of social disorganization, alcohol access, and rates of child maltreatment in neighborhoods. *Children and Youth Services Review*; 26, 803–819.
- Freud, S. (1930). *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro, Imago, 1980 (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas v.9).
- Gebara, C.F.P., & Lourenço, L.M. (2007). *Estudo das Crenças (Sistema de crenças) dos Profissionais de Saúde do município de Lima Duarte em relação à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes*. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

- Gebara, C.F.P & Lourenço, L.M (2008). Crenças de Profissionais da Saúde sobre Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. *Psicologia em Pesquisa*, 2(01), 27-39.
- Goldstein, J. (1983). *Psicologia Social*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Dois.
- Gomes, R., Deslandes, S.F., Veiga, M.M., Bhering, C., & Santos, J.F.C. (2002). Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(3):707-714.
- Gonçalves, H.S., & Ferreira, A.L. (2002). A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(1):315-319.
- Handa, M., Nukina, H., Hosoi, M., & Kubo, C. (2008). Childhood physical abuse in outpatients with psychosomatic symptoms. *BioPsychoSocial Medicine*, 2:8.
- Harris, W.W., Lieberman, A.F., & Marans, S. (2007). In the best interests of society. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 48:3/4, pp 392–411.
- Hewstone, M.; Stroebe, W.; Codol, J.P.; & Stephenson, G.M (1993). *Introducción a la psicología social: Una perspectiva europea*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2007). Disponível em: www.ibge.gov.br
- Kaysen, D., Dillworth, T.M., Tracy Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M.E., & Resick, P.A. (2007). Domestic violence and alcohol use: Trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behaviors* , 32; 1272–1283.
- Kluthcovsky, A.C.G., & Takayanagui, A.M.M. (2006). O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*; v.2, nº 5, Rio de Janeiro.
- Knaul, F., & Ramírez, M.A. (2005). *Family violence and child abuse in Latin America and the Caribbean : the cases of Colombia and Mexico*. Inter-American Development Bank, Washington.
- Krüger, H.R. (1995). *Psicologia das crenças: Perspectivas teóricas*. Tese (Concurso para professor titular de Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ.
- Krüger, H.R. (2004). Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In: Lima MEO, Pereira ME (orgs). *Estereótipos, preconceitos e discriminação: Perspectivas teóricas e metodológicas*. Salvador: EDUFBA. p. 7-25.
- Lang, A.J., Aarons, G.A., Gearity, J., Laffaye, C., Satz, L., Dresselhaus, T.R., et.al. (2008). Direct and Indirect Links Between Childhood Maltreatment, Posttraumatic Stress Disorder, and Women’s Health. *Journal of Behavioral Medicine*; 33(4): 125–135.

- Lansford, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S., Criss, M.M., Shaw, D.S. & Bates, J.E. (2009). Trajectories of Physical Discipline: Early Childhood Antecedents and Developmental Outcomes. *Child Development*, Volume 80, Number 5, Pages 1385–1402.
- Laranjeira, R. (2004). *Racionalização de drogas no Brasil: em busca da racionalidade perdida*. Disponível em <http://www.abead.com.br/asp/políticas.asp>.
- Laranjeira, R., Duailibi, S.M., & Pinsky, I. (2005). Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 27(3):176-7.
- Littleton, H., Breitkopf, C.R., & Berenson, A. (2007). Sexual and physical abuse history and adult sexual risk behaviors: Relationships among women and potential mediators. *Child Abuse & Neglect*; 31; 757–768.
- Lorenz, K. (1966). *On aggression*. New York: Harcourt, Brace and World. 306p.
- Lourenço, L. M. (1993) Crenças e credices sexuais. In: XI World congress of sexology, 1993, Rio de Janeiro. *Livro de resumos do XI congresso mundial de sexologia*. Rio de Janeiro RJ / BR : Editora Brasil América(EBAL), v. 1. p. 01.
- Lourenço, L. M., Ronzani, T. M., Fernandes, A. G. B., Gebara, C.F.P., Cruvinel, E., Silva, G. R., et.al. (2006). Estudo do perfil da violência doméstica contra crianças e adolescentes em Juiz de Fora, MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro.
- Lourenço, L.M., Gebara, C.F.P., Souza, A.D., Itaborahy, C.Z., Marcellos, C.F., Mota, D.C.B., et.al. (2007). *Estudo das crenças dos profissionais de atenção primária a saúde e Juiz de Fora em relação à violência doméstica contra crianças, adolescentes e idosos*. In: XXXVII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, 2007, Florianópolis. Anais da XXXVII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia.
- Machado, M.H; Wermelinger, M; Tavares, M.L.S; Moysés, N.M.N; Teixeira, M; & Oliveira, E.S. (2006). *Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil: focalizando a feminilização*. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro.
- Maldonado, M. T. (2004). *Os construtores da paz: caminhos da prevenção da violência*. São Paulo. Editora Moderna.
- Maldonado, D.P.A., & Williams, L.C.A. (2005). O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 353-362.
- Mello Jorge, M.H.P. (2002). Violência como problema de saúde pública. *Ciencia & Cultura*., vol.54, no.1, p.52-53. ISSN 0009-6725.
- Meneghel, S.N., Giugliani, E.J., & Falceto, O. (1998) Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Caderno de Saúde Pública*, v.14, n.2, p.327-335.
- Michaud, Y. (1989). *A violência*. São Paulo, Editora Ática.

- Minayo, M.C.S. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro.v. 10, suppl. 1.
- Minayo, M. C. S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP, Ed. Hucitec.
- Minayo, M.C.S.(2006). *Violência e Saúde*; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S., & Souza, E. R. (Org.). (2003). *Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moreira, T.C., Belmonte, E.L., Vieira, F.R., Noto, A.R., Ferigolo, M., & Barros, H.M.T. (2008). Community violence and alcohol abuse among adolescents: a sex comparison. *Jornal de Pediatria*, Vol. 84, Nº 3.
- Morier-Genoud, C., Bodenmann, P., Favrat, B., & Vannotti, M. (2006). Violence in primary care: Prevalence and follow-up of victims. *BMC Family Practice*, 7:15.
- Moyer, K.E (1976). The psychobiology of aggression. New York: Harper & Row. In: Goldstein, J. (1983). *Psicologia Social*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Dois.
- Myers, D.G. (2000). *Psicologia Social*. 6.ed. Rio de Janeiro, RJ: LTC.
- Noto, A.R., Fonseca, A.M., Silva, E.A., & Galduròz, J.C.F. (2004). Violência Domiciliar Associada ao Consumo de Bebidas Alcoólicas e de Outras Drogas: Um Levantamento No Estado De São Paulo. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 5(1):9-17.São Paulo.
- Organização Panamericana da Saúde (OPAS) (1994). *Violência y salud: resolución no XIX*. Washington.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 3.ed. London: SAGE.
- Reichenheim, M.E., Dias, A.S., & Moraes, C.L. (2006). Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*; 40(4):595-603.
- Rodrigues, A. (2007). *Psicologia social para principiantes: Estudo da interação humana*. 11.ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rodrigues, A., Assmar, E.M.L., & Jablonski, B. (2003). *Psicologia Social*. 22. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rokeach, M (1981). *Crenças, Atitudes e Valores. Teoria de Organização e Mudança*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Ronzani, T.M, Castro, P.M & Formigoni, M.LO. (2008). Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agentes comunitários de saúde. *HU Revista*, Juiz de Fora, v.34, n.1, p. 9-18.

- Ronzani, T.M, Mota, D.C.B & Souza, I.C.W. (2009). Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista Saúde Pública*; 43(Supl. 1):51-61.
- Ronzani, T.M., Cruvinel, E., Mota, D.C.B., Gebara, C.F.P., & Martins, L.F. (no prelo). *Avaliação de uma metodologia para implantação de estratégias de prevenção ao uso de drogas e violência doméstica em serviços de atenção primária à saúde (APS)*. Trabalho aprovado para ser apresentado no 4º Congresso Multidisciplinar de Saúde na Comunidade do Mercosul, Gramado, Brasil, outubro de 2009.
- Sanchez, R.N. (2003). *O enfrentamento da violência no campo dos direitos de crianças e adolescentes*. In: Pacto pela paz: uma construção possível. São Paulo: Fundação Petrópolis, p.39-46.
- Sanchez, R.N., & Minayo, M.C.S. (2004). Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. In: Lima, C. A. (Org). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Santos, L.E.S & Ferriani, M.G.C. (2007). A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília; 60(5): 524-9.
- Schewe, P., Riger, S., Howard, A., Staggs, S.L., & Mason, G.E. (2006). Factors Associated with Domestic Violence and Sexual Assault Victimization. *Journal of Family Violence*; 21:469–475.
- Sears, R.R. (1941). Non aggressive reactions to frustration. *Psychological Review*, 48, 343-346.
- Silva, M.A.I., & Ferriani, M.G.C. (2007). Domestic violence: from the visible to the invisible. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 15(2):275-81.
- Simpson, T.L., & Miller, W.R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*. Volume 22. Number 1, pp. 27-77(51).
- Shrader, E., & Sagot, M. (2000). *Domestic violence: women's way out*. Pan American Health Organization. Washinton: States Unites of America.
- Sobreira, E.S.T.(2009). *Agentes Comunitários de Saúde: Expectativas e Crenças acerca do uso de álcool*. Tese (mestrado) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Programa de Pós Graduação em Saúde Mental. Ribeirão Preto.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Taylor, C.A., & Sorenson, S.B. (2007). Intervention on behalf of children exposed to intimate partner violence: Assessment of support in a diverse community-based sample. *Child Abuse & Neglect*; 31, 1155–1168.

- Trad, L.A.B. (2003). A utilização de grupos focais no estudo de avaliação de satisfação do usuário: limites e possibilidades. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília - DF. *Ciência & Saúde Coletiva*. Brasília : ABRASCO, v. 8. p. 65-65.
- Tondowski, C.S (2008). *Padrões multigeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: Um estudo com genograma*. Tese (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. São Paulo.
- United Nations Organization (UNO) (2004). *Drugs, Crime and Violence: the microlevel impact*. New York: UNO. p.11.
- Vatnar, S.K.B., & Bjorkly, S. (2008). An Interactional Perspective of Intimate Partner Violence: An In-depth Semi-structured Interview of a Representative Sample of Help-seeking Women. *Journal of Family Violence*; 23:265–279.
- Wall, K. (2003). Famílias monoparentais. *Sociologia, Problemas e Práticas*; no.43, p.51-66.
- White, J.W., McMullin, D., Swartout, K., Sechrist, S., & Gollehon, A. (2008). Violence in intimate relationships: A conceptual and empirical examination of sexual and physical aggression. *Children and Youth Services Review*; 30; 338–351.
- World Health Organization (WHO). (2002). *World report on violence and health*. Geneve: WHO. 372p.
- World Health Organization (WHO). (2004). *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. Geneve: WHO. 60p.
- World Health Organization (WHO). (2008). *Progress in preventing injuries in the WHO european region*. Rome: WHO. 53p.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Violence prevention: the evidence: Preventing violence by reducing the availability and harmful use of alcohol*. Geneve: WHO. 18p.
- Zanoti-Jeronymo, D.V., Laranjeira, R., & Figlie, N.B. (2008). Efeitos do abuso do álcool relacionados à violência doméstica nos filhos: um levantamento bibliográfico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 30(2):168-76.
- Zilberman, M.L., & Blume, S.B. (2005). Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol.27 suppl.2. São Paulo.
- Zillman, D. (1971). Excitation Transfer in communication-mediated aggressive behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, Vol.7, Issue 4; 419-434.

ANEXOS

ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 001/2008

Protocolo CEP-UFJF: 1605.295.2008 **FR:** 225472 (Projeto 07440.0160.000-08)

Projeto de Pesquisa: Estudo das Crenças dos Agentes Comunitários de Saúde e do município de Lima Duarte em relação a violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Area Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Lélcio Moura Lourenço

Pesquisadores Participantes: Carla Ferreira de Paula, Maria de Fátima

Instituição: ICH - Departamento de Psicologia/UFJF

Sumário/comentários do protocolo:

- Justificativa: O projeto justifica-se ao propor avaliar as crenças dos agentes comunitários de saúde do município de Lima Duarte a respeito da violência doméstica contra crianças e adolescentes.
- Objetivos:

Objetivo Geral: Delinear o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte, bem como analisar suas crenças a respeito da violência doméstica contra crianças e adolescentes, relacionada ou não ao uso de álcool e drogas ilícitas.

Objetivos específicos: Especificamente, os objetivos a serem perseguidos serão: percepção a respeito da violência doméstica; tipo de violência doméstica mais frequentemente detectado; conhecimento sobre o assunto; grau de parentesco dos agressores; responsabiliza a respeito de intervenções; providências tomadas diante de suspeita ou confirmação da violência doméstica entre a violência doméstica contra crianças/adolescentes e o consumo de álcool; percepção sobre a violência doméstica contra crianças/adolescentes e o consumo de drogas ilícitas; relação entre a violência doméstica contra crianças/adolescentes e o turismo local.

Os resultados obtidos serão posteriormente comparados com os resultados de pesquisa anterior, realizada com os profissionais de saúde do município de Lima Duarte e com os dados do estudo VIOCRUID-UBS, realizado em Juiz de Fora.

- Metodologia:

Participantes:

Serão convidados a participar voluntariamente da pesquisa os Agentes Comunitários de Saúde que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Referência da Família do município de Lima Duarte.

Desenho:

A presente pesquisa utilizará uma metodologia quantitativa, não experimental, recortadamente, de acordo com os objetivos de cada investigação. Acrescentando a natureza da amostra, será possível obter uma maior riqueza de informações, o que contribuirá para dar maior credibilidade aos resultados.

Inicialmente será realizada a investigação qualitativa. Os agentes comunitários de saúde serão convidados voluntariamente a responder um questionário não-estruturado, individual e sigiloso, utilizado na pesquisa realizada anteriormente com os profissionais de saúde do município.

Os agentes comunitários de saúde serão convidados a participar de um grupo focal em que serão discutidos temas relacionados à violência e respeito da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Segundo Tran (2001), os grupos focais podem ser compreendidos como a reunião de pessoas convidadas a discutir um determinado tema sob a coordenação de um moderador, o qual promove a interação entre os participantes, que devem concentrar-se no foco de interesse.

Instrumentos:

Para a coleta dos dados quantitativos, será utilizado um questionário não-estruturado, individual e sigiloso, já utilizado na pesquisa intitulada "Estudo das Crenças dos Profissionais de Saúde do município de Lima Duarte em relação a violência doméstica contra crianças e adolescentes". Tal questionário visa averiguar as crenças dos Agentes Comunitários de Saúde de Lima Duarte a respeito da violência doméstica contra a criança e o adolescente, relacionado ou não ao uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas. Os dados serão analisados estatisticamente utilizando o programa estatístico SPSS - Statistical Package for the Social Science (Packagem de Estatística Social).

Para complementar as informações quantitativas, serão realizadas entrevistas com grupos focais. Os

1
Prof.ª Dr.ª Izilda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora do CEP/UFJF


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 36935900 - JUREP (RUA MARQUÊS DE SÃO CARLOS, 89)

dados obtidos serão avaliados através de análise de conteúdo (Bardin, 1977). A escolha deste instrumento decorre do fato de o grupo focal ser comumente utilizado em metodologias qualitativas de pesquisa para obter informações em profundidade, em pouco tempo e com o custo mais baixo (2008), o que vai de encontro aos objetivos da presente pesquisa.

Uma vez realizado este projeto, os resultados qualitativos serão comparados com os dados da pesquisa anterior, feita com os profissionais de saúde do município de Lima Duarte, e também com os que foram coletados no estudo VIOCRIID-UBS, em Juiz de Fora, visando à mesma metodologia.

- Revisão e referências bibliográficas: De acordo com os objetivos do estudo.
- Características da população a estudar: 30 agentes comunitários de saúde.
- Critérios de participação: Agentes Comunitários de Saúde do Município de Lima Duarte.
- Orçamento detalhado: No valor de R\$ 200,00, a ser pago pelo pesquisador.
- Instrumento de coleta de dados: Entrevista estruturada de questionário, no qual verificamos a inexistência de questões que levam ao questionamento para o sujeito da pesquisa, estando as mesmas coerentes com os objetivos propostos.
- Cronograma: Início da coleta de dados de trabalho de campo da pesquisa dezembro/2009.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, descrição detalhada dos procedimentos, excitação de riscos e desconfortos esperados, ressarcimento de despesas, indenização diante de eventual dano decorrente da pesquisa, informa o sujeito da pesquisa sobre reações adversas, forma de contato com o pesquisador, estando de acordo com a Res. 196/96 CNS.
- Qualificação do pesquisador: De acordo com a legislação e compatível com o projeto de pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá enviar o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) UFRJ se manifesta de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 20 de novembro de 2008


 Prof. Dra. Inês de Jesus Pereira
 Coordenadora do Comitê de Ética

RECEBI
DATA: ____ / ____ / 2008
ASS: _____

ANEXO 2: Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Lima Duarte



Universidade Federal de Juiz de Fora
 Instituto de Ciências Humanas
 Departamento de Psicologia
 Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS)

Juiz de Fora, 17 de Outubro de 2008

OFÍCIO 01/2008

De: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço
 Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora

Para: Dr. Sebastião Antenor Delgado Campos
 Secretário Municipal de Saúde de Lima Duarte

Assunto: Pedido de autorização para a realização da pesquisa "Estudo das Crenças dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte em relação à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes".


Prezado Dr. Sebastião Antenor Delgado Campos,

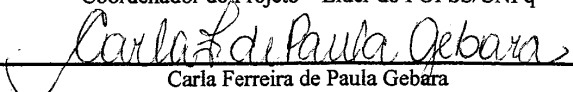
Venho por meio deste, solicitar autorização para a realização da pesquisa: "Estudo das Crenças dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte em relação à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes", junto aos Agentes Comunitários de Saúde que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde e nas Equipes do Programa Saúde da Família do município de Lima Duarte. Tal pesquisa será realizada com o objetivo de delinear o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte, bem como analisar suas crenças a respeito da violência doméstica contra crianças e adolescentes, relacionada ou não ao uso de álcool e drogas ilícitas.

A coleta de dados será feita através de um questionário (auto-aplicável, semi-estruturado e sigiloso) e através da técnica qualitativa dos grupos focais. Todo o processo de coleta de dados será feito em horário de trabalho e conforme as possibilidades da equipe, reduzindo eventuais deslocamentos e extensão das horas trabalhadas. Os resultados serão divulgados em meios públicos, respeitando-se os critérios éticos e com honestidade científica.

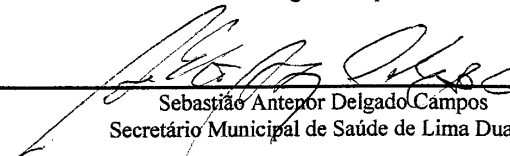
A presente pesquisa é uma continuação de um projeto em violência doméstica, iniciado em 2005 na cidade de Juiz de Fora, tendo continuidade em 2007 no município de Lima Duarte (aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF em 02/08/2007, sob parecer 206/2007) e compõe uma das ações do Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS) para as políticas de prevenção de violência doméstica na região da Zona da Mata e vertentes.

Atenciosamente,


 Lélío Moura Lourenço
 Coordenador do Projeto – Líder do POPSS/CNPq


 Carla Ferreira de Paula Gebara
 Mestranda em Psicologia - Pesquisadora do POPSS

Ciente e de acordo:


 Sebastião Antenor Delgado Campos
 Secretário Municipal de Saúde de Lima Duarte

Dr. Sebastião Antenor D. Campos
 SECRETÁRIO MUNICIPAL
 DE SAÚDE
 CRM - MG 71027


 Priscila de Fátima A. Vargas Dias
 Coordenadora do CEP/UFJF

ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade Federal de Juiz de Fora
Departamento de Psicologia



Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS-UFJF)

Pesquisador Responsável:

Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

End.: Instituto de Ciências Humanas, sala 1703C, UFJF. Bairro Martelos, Juiz de Fora, MG.
CEP:36036330

Telefone: 3229-3117 E-mail: leliomlourenco@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário a participar da pesquisa “Estudo das Crenças dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte em relação à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes”. Neste estudo pretendemos delinear o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte, bem como analisar suas crenças a respeito da violência doméstica contra crianças e adolescentes, relacionada ou não ao uso de álcool e drogas ilícitas.

Ao participar desse estudo, você estará contribuindo para o conhecimento na área da violência doméstica no município de Lima Duarte e para possíveis intervenções futuras, sendo que a sua participação implicará em risco mínimo à sua integridade. Você irá responder a um questionário anônimo, ciente de que as informações serão tratadas sob caráter absolutamente confidencial.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma copia será arquivada pelo pesquisador responsável no Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva-Popss (Universidade Federal de Juiz de Fora) e a outra será fornecida a você.

Eu _____ portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Estudo das Crenças dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lima Duarte em relação à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Lima Duarte, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do participante

Lélio Moura Lourenço
(responsável pela pesquisa)

Carla Ferreira de Paula Gebara
(pesquisadora participante)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF. Campus Universitário da UFJF – Pró-reitoria de pesquisa. CEP: 36036-900. Fone: (32) 3220-3788.

ANEXO 4: Questionário estruturado



Estudo das Crenças dos Agentes Comunitários de Saúde do município de
Lima Duarte em relação à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes



INSTRUÇÕES:

Por favor, leia e responda a cada questão de forma sincera e objetiva. Sua participação é muito importante!

PARTE 1:

1. Gênero <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino		2. Idade <input type="text"/> <input type="text"/> Anos	3. Estado Civil <input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 3. Divorciado(a) / Separado(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado(a) <input type="checkbox"/> 4. Viúvo(a)	
4. Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> Curso Técnico. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Curso Superior incompleto. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Curso Superior completo. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Pós-graduação. Qual? _____			5. Você tem filhos? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quantos? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não	
			6. Área de atuação? <input type="checkbox"/> 1. Rural <input type="checkbox"/> 2. Urbana	
			7. Tempo de profissão (ACS): _____ anos e _____ meses	
			8. Tempo de atuação nesta unidade: _____ anos e _____ meses	
9. Já detectou algum tipo de violência contra crianças e adolescentes atendidos ou visitados? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Sem condições para responder				
10 A violência detectada contra crianças e adolescentes se caracteriza, na maioria das vezes, por violência doméstica? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Sem condições para responder				
11. Você tem conhecimento claro sobre os diferentes tipos de violência doméstica contra crianças e adolescentes? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Sem condições para responder				
12. Que tipo(s) de violência doméstica contra crianças e adolescentes você acredita ocorrer com maior frequência? <input type="checkbox"/> 1. Abuso físico <input type="checkbox"/> 3. Abuso/Exploração Sexual <input type="checkbox"/> 5. Abuso Psicológico <input type="checkbox"/> 7. Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 2. Negligência <input type="checkbox"/> 4. Abandono <input type="checkbox"/> 6. Trabalho forçado <input type="checkbox"/> 8. Sem condição para responder				
13. Qual o grau de parentesco do(s) agressor(es) da criança/adolescente vítima de violência doméstica? <input type="checkbox"/> 1. Pai <input type="checkbox"/> 3. Mãe <input type="checkbox"/> 5. Irmão <input type="checkbox"/> 7. Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 2. Padrasto <input type="checkbox"/> 4. Madrasta <input type="checkbox"/> 6. Irmã <input type="checkbox"/> 8. Sem condição para responder				
14. Normalmente quais são/seriam as providências tomadas diante de suspeita ou confirmação deste tipo de violência? <input type="checkbox"/> 1. Encaminhamento à Delegacia <input type="checkbox"/> 4. Encaminhamento ao Serviço Social (CRAS) <input type="checkbox"/> 2. Encaminhamento da criança/adolescente a abrigos <input type="checkbox"/> 5. Conversa com os pais ou responsáveis <input type="checkbox"/> 3. Encaminhamento ao Conselho Tutelar/ Juizado de menores <input type="checkbox"/> 6. Encaminhamento à Gerência da Equipe <input type="checkbox"/> 7. Outras. Qual? _____				

15. No que diz respeito à correlação entre a violência doméstica contra crianças/adolescentes e o consumo de álcool, assinale o enunciado com o qual você mais concorda (somente um):

1. O consumo de álcool torna, em geral, a pessoa violenta no ambiente doméstico.
2. O consumo de álcool só estimula comportamentos violentos no ambiente doméstico em pessoas que já tenham tendência a serem agressivas.
3. O consumo de álcool não tem relação com comportamentos violentos no ambiente doméstico
4. Nenhuma das alternativas anteriores / Não sei responder

16. No que diz respeito à correlação entre a violência doméstica contra crianças/adolescentes e o consumo de drogas ilícitas, assinale o enunciado com o qual você mais concorda (somente um):

1. O consumo de drogas ilícitas torna, em geral, a pessoa violenta no ambiente doméstico.
2. O consumo de drogas ilícitas só estimula comportamentos violentos no ambiente doméstico em pessoas que já tenham tendência a serem agressivas.
3. O consumo de drogas ilícitas não tem relação com comportamentos violentos no ambiente doméstico.
4. Nenhuma das alternativas anteriores / Não sei responder

PARTE 2:

13- Na sua opinião, a violência contra crianças e adolescentes vem aumentando nos últimos tempos?

- (1) SIM (2) NÃO Em caso afirmativo, a que você atribui esse aumento?

14- Na sua opinião, o que motiva (gera) a violência doméstica?

15- Você poderia apontar características comuns às famílias com histórico de violência doméstica?

- (1) SIM (2) NÃO Em caso afirmativo, quais?

16- Você poderia apontar a existência de alguma solução eficaz para essa questão?

- (1) SIM (2) NÃO Em caso afirmativo, qual?

17- Você acredita que o turismo local afeta de alguma forma os índices de violência doméstica na cidade?

- (1) SIM (2) NÃO Em caso afirmativo, como?

18- Você já recebeu alguma informação ou treinamento para identificar ou intervir em casos de violência contra crianças e adolescentes?

- (1) SIM (2) NÃO Em caso afirmativo, qual?

ANEXO 5: Roteiro dos grupos focais

1. O que vocês entendem como violência doméstica contra crianças e adolescentes?
2. Na opinião de vocês, o que motiva (gera) a violência doméstica contra crianças e adolescentes?
3. Na opinião de vocês, a violência contra crianças e adolescentes vem aumentando nos últimos tempos? Em caso afirmativo, a que vocês atribuem esse aumento?
4. Já detectaram algum tipo de violência contra crianças e adolescentes no trabalho de vocês?
 - 4.1. Quais tipos de violência vocês acreditam que ocorrem com maior frequência?
 - 4.2. Quais seriam os principais agressores (grau de parentesco)?
 - 4.3. Em geral, a violência detectada contra crianças e adolescentes pode ser considerada como doméstica?
5. Vocês poderiam apontar características comuns às famílias com histórico de violência doméstica? Em caso afirmativo, quais?
6. Existe relação entre violência contra criança e adolescentes e:
 - 6.1. Álcool?
 - 6.2. Drogas ilícitas?
 - 6.3. Alguma dessas substâncias estaria mais relacionada à VD do que outra?
7. Vocês acreditam que a violência doméstica tem solução? Poderiam apontar a existência de alguma solução eficaz para acabar ou diminuir com essa questão?
Em caso afirmativo, qual?
8. Quais são as principais providências tomadas nos casos de suspeita ou detecção de violência doméstica? Quais são as principais dificuldades encontradas nos gerenciamentos dos casos?
9. Vocês acreditam que o turismo local afeta de alguma forma os índices de violência doméstica na cidade? Em caso afirmativo, como?
10. Já receberam algum treinamento ou informação para identificar ou intervir em casos de violência contra crianças e adolescentes ?

ANEXO 6: Transcrições das entrevistas em grupo focal

6.1. Transcrição do Grupo A

Agentes: 1,2,3,4 e 5

Entrevistador: Eu queria saber primeiro de vocês, o que vocês entendem como violência doméstica contra crianças e adolescentes?

2: Hun...Abuso sexual, trabalho escravo.Quê mais...

5: Tem tanta coisa que eu entendo por abuso, assim, a gente não precisa bater numa criança,tem tanta coisa como palavras, às vezes a gente agride mais uma criança batendo psicologicamente do que com uma chinelada, né? Eu acho que a chinelada faz parte, não é espancar, eu falo com ver de mãe. Eu tenho dois filhos também e a gente não vai espancar uma criança, claro. Mas tem coisa que a gente tem que saber o que fala, de repente a gente - já pensou?!- xinga uma criança e depois ele vai te xingar depois. A gente agride eles...

2: Então na área que a gente trabalha, a gente vê casos assim, agressividade envolvendo a criança...as vezes a mãe não faz por mal,mas não tem aquela alegria, não tem estrutura nenhuma! Batem, é mãe alcoólatra, é pai...ah! Fica difícil né...

4: Acho que falta de tempo também!

1: Falta de higiene também.

Entrevistador: A falta de higiene seria um tipo de violência contra criança?

1: Ah! Eu acho que sim! Já pensou?! Uma criança depende de tudo!

3: Tenho horror de imaginar uma criança que ainda não consegue tomar banho. Vc vê aquela criança suja perto da gente, sapecada...de sujeira mesmo!Sujeira mesmo!

5: Sujeira também é um violência, eles não pediram pra nascer...

2: Ah, é mesmo! Tem coisa que eu fico tão revoltada! Nossa senhora!

3: Uma coisa que eu vejo muito lá na minha área é assim, pais separados, tipo assim, a mãe casou, não deu certo, os filhos do primeiro casamento. Aí une com o marido, o segundo é melhor que os primeiros.. é...parece que ela não quer aquelas crianças, então elas são sempre encostadas! São sempre deixadas de lado! E a gente vê que estas crianças são diferentes das outras. Elas fazem de tudo pra deixar bem, elas fazem de tudo pra ter atenção , só que não tem! Depois arranja um outro marido e já fica assim com os segundos também! A mãe já larga tudo pra la! Num quer mais! Parece que fica com raiva da criança por causa daquela situação!

Entrevistador: E vocês acham que a violência contra crianças e adolescentes vem aumentando?

2: Pela televisão a gente vê, né? Abuso sexual,...

1: Num precisa nem ser pela televisão, né?

3: Eu acho que vem!

2: A gente vê pela televisão, né?

1: A gente percebe que tá aumentando...

Entrevistador: Então vocês percebem que está aumentado... e por que vocês acham que está aumentando?

2: Ah... falta de Deus!

3: Ah! Eu ia falar isto!

4: Falta de Deus! Se tivesse Deus no coração minha filha, nada disso aconteceria!

2: Parece que a pessoa, ela vai indo, vai se desprendendo sabe. Ela não pensa nas coisas boas. Ela só quer aquelas coisas ruins..então..

5: Engraçado que a gente vê muitas coisas erradas como se fosse normal...Faz as coisas erradas, tudo parece banal,sabe. Eu não consigo entender! Eu fui criada num jeito muito diferente!Tá muito diferente! Muita coisa errada tá sendo muito natural!

4: Na minha área tem um padrasto que...eh... abusou da enteada. Então você vê...caso de saúde...tô chocada!...

2: Antigamente tinha casos, mas muito bem reservado...a gente era tão assim...mulher nenhuma cumprimentava homem, nem o próprio marido...

Entrevistador: Vocês acham assim...igual ela falou, que antigamente tinha também, e vocês acham que hoje está igual antigamente e que o pessoal está falando mais ?

2: Hoje você tem muita denúncias, né? Você vê aí.. é padre...hun..padre...tem um lá do Santa Catarina...

1: Nossa, até padre?!

Entrevistador: Então na verdade o que acontece é que as pessoas estão falando mais? Vocês acham?

3: Eu acho que sim!

2: Acho que denunciando mesmo, né?

1: Eu acho que..também.. com o aumento de droga, eu acho é mais do que antes!

4: Eu acho também que igual o desemprego,...leva muita pessoa a ficar desesperada!

Entrevistador: E o que vocês acham, então? Vocês acham que estes são fatores que geram a violência? O que causa essa Violência Doméstica?

2: O que a gente já falou... O desemprego... a falta de oportunidade, né?...Se bem que hoje o povo não quer trabalhar.

5: Num trabalha, né? Quer emprego! Que é diferente! Trabalho e emprego...

2: Tem gente que quer trabalhar só “um cadin” e ganhar muito!

5: Porque na verdade...trabalho tem, né? A gente vê...eu passo muito na zona rural, é uma dificuldade enorme o produtor lá arrumar uma pessoa pra trabalhar pra ele. A gente vê uma quantidade de jovem é...que não estuda mais, não trabalha. Tá à toa! Se tivesse lá na roça trabalhando levantando pasto, ou capinando... , fazendo qualquer outro ofício né, não tinha tanta droga não. Eles viram e falam assim “Ah eu não tô trabalhando porque não tem emprego!” Não... Eu, ontem mesmo, um senhor que está em tempo de perder o feijão todo porque não tem ninguém pra capinar! E ele não pode.. Ele está pagando o dia vinte, trinta reais a mais do que o salário...entendeu?!

Entrevistador: Então vocês acham que é a falta do que fazer que gera esta violência?

5: A falta de ocupação, né? A pessoa quando ta trabalhando ela não tem tempo não!

Entrevistador: Mas aí neste caso de violência doméstica especificamente contra crianças e adolescentes, vocês falam da falta do que fazer dos pais? Que acabam descontando nos filhos?

3: É...geral, né?

5: Você já pensou...a gente...vamos imaginar..uma casa aí com cinco pessoas, a mãe não está trabalhando, o pai não está trabalhando,se não tá trabalhando certamente, alguma renda que deve ter deve ser pouco. Aí quer dizer, o dinheiro desta família é pouco. Se eu trabalho, meu marido trabalha e tem vezes que não dá! Então imagina esta família que não tem nada, quer dizer, chega na hora de fazer arroz, feijão, vai ficar com raiva! Aí começa a brigar com o marido ou alguém por perto. Chega na hora de comer e não tem! Aí já começa, um descontar no outro! Tem tempo, se tivesse trabalhando...

1: E os filhos revoltam, né? Parte para as drogas!

Entrevistador: Então você falou da drogas... vocês acham que as drogas também geram violência?

1: Ah! Com certeza! Tem dias que eu vou almoçar tem gente no meio da rua fumando!

3: Mas ai eu acho que é cabeça fraca! Porque eu sou filha de pais separados. Meu pai separou da minha mãe eu era pequenininha, então quer dizer, minha mãe teve uma vida que eu não tive. Então se eu quisesse ter seguido a vida dela, poderia ter seguido baseado no que ela faz. Então quer dizer, como eu tive consciência eu não segui. Eu optei ter uma vida melhor que a dela. Que eu acho que é melhor.

5: Eu acho assim, que vai da consciência da pessoa. A pessoa vai para o caminho errado porque ela quer. Ela tá ciente do que ela ta fazendo.

2: É cabeça fraca, né?

5: É cabeça fraca! Não adianta!

Entrevistador: Vocês acham que a droga acaba tornando a pessoa violenta?

2: Drogas, alcoolismo! Eu já vivi...

3: A droga pra entrar no mundo é muito fácil, mas é muito difícil sair...só...

Entrevistador: E vocês acham que o álcool ou as drogas estariam mais relacionados? Ou os dois da mesma forma?

1: Os dois...

3: Os dois...

5: Tudo é a mesma coisa, cigarro é a mesma coisa que droga.

2: Mas o cigarro... A bebida. A bebida influi na família inteira! Oh...meu marido era alcoólatra, eu é que tinha que trabalhar. Então meus filhos nunca tiveram pai! Então a pouco tempo o meu filho disse : “ Mãe, eu tinha raiva do meu pai! Meu pai nunca foi um pai de verdade!”

Entrevistador: E ele era agressivo?

2: Muito agressivo! Comigo, com os filhos! Eu só não abandonei ele porque quando eu tentei largar, eu pensei: “ele eu não posso deixar, ele vai morrer à míngua!” E fui com ele até o final. Mas foi um excelente marido um ano antes de morrer! Era o que eu queria nos meus treze anos de casado. Mas é o que eu falo, tudo é criação! Eu vivo aqui em Lima Duarte, tive a minha família aí. Sabe, minha família me ajudou demais! Minhas irmãs...nossa! Meu cunhado! Sempre deu muito conselhos aos meus meninos...meus meninos eram muito levados!

5: Não...Todo menino é!

2: Então hoje eles falam: “Mãe se a gente tivesse continuado em Juiz de Fora, nós não tinha virado nada!”. Que a escola da época deles tudo tinha marginal...entendeu...filhinho de papai ...entendeu?! Aí passamos pra cá. Aí é a estrutura familiar, não adianta!

Entrevistador: Queria perguntar pra vocês... você falou que eles nunca tiveram um carinho, atenção... No questionário eu percebi que muitas pessoas colocaram que uma das causas, o que gera a violência doméstica, seria a falta de diálogo, falta de respeito. Eu queria entender um pouquinho como assim falta de diálogo? Como a falta de diálogo gera violência?

5: Oh..que gera a violência que eu acho falta de diálogo é que às vezes a criança chega pra fazer uma pergunta... sabe, de repente você fala, agride a criança : “ Cala a boca menino! Tô querendo ver aquele negócio na televisão!” Entendeu?! Isto pra mim é falta de diálogo.

2: Se ele não faz uma pergunta pra mãe, pro pai...pra quem ele vai perguntar? Eu penso assim. Igual por exemplo, hoje em dia as pessoas não almoçam, a vida da gente ta muito tumultuada, a gente não tem tempo mais pra família né. Às vezes nem no almoço tem tempo pra família. Mas no jantar, um vai jantar fora, outro bater papo na rua. Não tem mais aquele encontro com a família, jantar junto... Sabe?! Eu penso assim, num sei... igual lá em casa a gente gosta muito de jogar baralho, então quando a gente joga buraco, junto assim os amigos dos meninos, então é o tempo que a gente tem pra se encontrar...é isso que falta, eu acho, na família, é aquela união da família . Não está tendo mais!

4: Não senta mais na mesa, vai ver televisão,quer ficar na sala, vai pro vídeo-game! Pra lan house!

5: Uma das coisas que eu falo de experiência própria. Eu sinto muita falta. Porque quando a gente era menor, passava muita dificuldade, mas a gente era feliz né! A gente era feliz e não sabia! É verdade, eu fui criada em uma época que a gente num tinha nem agasalho direito... porque eu lembro que de noite, acendia a bubina d'água, muinha d'água que chama né,aquela luz de lamparina, então meu pai e minha mãe sentava a gente, ali que a gente aprendia a rezar. Ninguém dormia sem rezar o terço. Ali contava os casos...é este que eu acho falta do diálogo. Assim, a gente sentava...todo dia ficava esperando anoitecer pra...sabe,era assim todo dia! Hoje em dia não tem mais isso!

2: Vai ver televisão!

4: Agora apareceu o tal do computador! O tal pen drive!!

3: Eu acho que a mãe e o pai hoje não tem mais aquele amor. Sabe?! Não tem mais aquela dedicação. Eu lembro que a minha mãe saía pra trabalhar, a gente ficava sozinho, ela chegava do serviço punha a gente na mesa tinha que fazer dever, prestar contas...o que a gente tinha feito durante o dia. Ninguém lá em casa fuma, bebe...nada! Sabe, hoje...pelo menos o que eu vejo ...as mães não tem mais aquele amor com os filhos. Simplesmente gera, ganhou, tá no mundo! Não tem mais aquela dedicação! Aquele carinho. Parece que ela não gosta nem dela e não gosta dos filhos. Parece um...tipo assim...

2: Um peso!

3: Um peso mesmo! Parece que quando tem mais filhos fica pensando...se meu marido vai continuar comigo...Acho que hoje a vida hoje...nem sei se a palavra é esta, acho que a vida não vale nada!A vida hoje ta muito depressa, muito corrida!Acho que é isto que está

acontecendo hoje, a gente vê muito isto nas crianças. Isto reflete nas crianças! Porque outro dia eu tava passando lá perto da escola, tem umas crianças que falta pouco dá na gente! Pequeninha de dez anos!! E tem umas crianças que é um amor! E aí eu falei porque que estes meninos são assim? Daí a fulana fala porque na casa deles, o pai e a mãe deles são assim! São carinhosos, dá atenção sabe?! Isso assim, uma eterna lua de mel! São quinze anos de casados. E os outros não são assim! Agora é o marido e a mulher, aquela confusão! Aquela brigaiada toda! Isto reflete nas crianças! Ontem mesmo aconteceu, eu fui numa casa e lá está passando conflitos domésticos. O marido, a mulher, aquela brigaiada, confusão! A criança ta tendo dificuldade... ela foi pra escola e teve que voltar, porque não queria ficar!

Entrevistador: No trabalho de vocês, vocês já detectaram algum caso de violência doméstica contra crianças e adolescentes?

5: Já! Nossa senhora! A mãe gritando palavrão! Sem roupa!

Entrevistador: A mãe saindo sem roupa?

5: É sem roupa! Estas pessoas que tem doença mental!

2: Precisa de ajuda né?

5: É a filha que responde e sai correndo pra casa do vizinho! É ...pra se esconder lá né! Isto pra mim também é uma forma de violência!

Entrevistador: Tem mais alguém?

2: Ah! É isto mesmo né! Não muda muito não né!

1: Na minha área é mais tranqüila...

3: Na minha teve uma criança que se escondeu dentro de casa. Ele bateu e a criança se escondeu! Era meia noite e acharam ele! Escondeu num lugar tão escuro sabe, numa garagem perto da moita de bambu! É um absurdo isto! Eu não consigo acreditar!

5: Outra coisa que eu acho que é violência é os pais saírem, deixar as crianças pequenas, trancadas em casa para ir pro bar, sendo que o mais velho tem oito anos! E estas crianças ficavam sozinhas desde que tinham três meses.

Entrevistador: E que tipo de violência vocês acham que acontece com maior frequência?

2: Palavras!

1: A psicológica!

5: Porque aí o quê que acontece?! A criança recebe a pancada e sai na manhã seguinte... e pensa: “ a próxima pessoa que aparecer na minha frente”...e é o professor, né? E eles agridem o professor com as mesmas palavras que receberam em casa.

Entrevistador: Então na verdade eles aprendem a fazer isto?

5: Claro! E aí começa a bater nos filho... A mãe começa a bater nos filhos.

2: Humilhar, né?

3: Aí você não sabe o que você faz. Eu já tive que juntar as minhas coisas e ir embora e depois num outro dia eu voltar pra continuar minha pesquisa. Porque isto desorienta a gente.

5: Eu já vi violência assim dentro de casa. Eu chamo a pessoa, eu vejo pelo jeito dela se eu posso chegar pra conversar. Dependendo da maneira que ela me responder eu vejo que eu posso chegar pra conversar. Agora se ela estiver agressiva eu nem vou lá. Se eu for lá minha filha, não sei não!...

Entrevistador: Mas além do abuso psicológico, xingamentos, com as palavras, depois disso o que vocês acham que acontece mais?

4: Agressão.

Entrevistador: Agressão física?

4: É. Tem demais! Igual o casal Nardone, o pai e a madrasta que matou a menina. Jogou a menina pela janela.

5: Tem uma outra coisa também que eu acho assim, muito complicada. É esta vida da instrução, sem estudo nenhum. É um caso real que aconteceu. O menino de quarta série chegou em casa e contou que xingou o professor e o diretor levou o menino em casa. Chegou na casa o professor queria conversar com o pai e a mãe do menino. Aí a resposta da mãe foi esta: “Ah! Já tirou a quarta série mesmo! Não faz diferença não”. Então, isto também é violência. A família não tem estrutura, e acha que quarta série ele já fez o máximo! Já chegou lá no topo do morro. Se estudar bem, se não!...

3: E aí já é cabeça fraca também. Por quê?! Eu sou filha de minha mãe não tem estudo nenhum.

5: nem a minha!

Entrevistador: Mas igual vocês colocaram, isto é o que a gente chama de negligência.

3: Pois é minha mãe não tem estudo nenhum!

Entrevistador: mas o que vocês entendem por negligência, abandono? Tem diferença pra vocês?

2: Negligência, acho que pra mim, é fazer vista grossa! E o abandono é deixar pra lá mesmo, é abandonar!

1: É ver e não fazer nada!

5: E tem coisa né, que a gente se sente tão, tão sem rumo. A gente se sente um lixo!

3: Eu acho que é falta de amor mesmo! Porque quando você ama uma pessoa você quer fazer tudo de bom pra ela né. Você quer fazer o melhor! Mas quando não tem aquele amor pra você passar, o que que a pessoa vai aprender? Eu sou cabeça aberta. Se eu amo meu filho eu vou

querer que ele seja muito melhor que eu! Mas se eu não me amo nem amo meu filho, tanto faz!

5: É o que eu vivo falando, falta de Deus!

Entrevistador: Vocês colocaram assim, o que acontece com mais frequência. E quem que vocês acham que é o principal agressor? Vocês falaram algumas vezes na mãe.

3: Na minha área são as mães. Porque igual eu estou te falando, a mulher tem os filhos do marido, aí aquele amor acaba, aí vem o segundo. Aí trata o segundo igual um rei, e o primeiro, depois arruma um terceiro e fica. Eu já vi isto acontecer várias vezes, eu chegando pra fazer visita e isto acontecendo!

1: eu acho assim, que hoje em dia tem muita separação. Eu acho que contribui também, vai ser criado com padrasto, madrasta.

Entrevistador: E você acha que o padrasto e a madrasta também podem contribuir para a agressão?

1: Muito. Porque igual lá em casa, por experiência própria. O meu marido tem um filho de 10 anos, e tem uma menina comigo de 2 anos, ele não olha o menino! Eu é que tenho que ficar atrás do menino. Ele não dá nada, quem tem que ficar dando as coisas pro menino sou eu!

Entrevistador: Mas aí ele é o pai do menino mesmo?

1: Ele é o pai! Agora eu acho que ele não gosta pelo o que a mãe fez com ele. A mulher traiu, aprontou e ele quer descontar no menino! E eu acho que é uma violência, o menino não tem culpa. E ele não se dedica, por mais que eu falo, ele não muda!

2: Aí o menino vai crescer e vai ficar revoltado né. Vai revoltar com ele.

Entrevistador: Então é a mãe, o pai, o padrasto, a madrasta... tem mais alguém? Mas vocês concordam com a (agente)? É principalmente a mãe?

2: Talvez a mãe não tenha tanta culpa. O principal mesmo é a falta de estrutura, falta de amor, falta de religião.

4: Em geral eu acho que tudo ajuda!

5: É. Quando o pai bebe! Pelo amor de Deus!

Entrevistador: E vocês acham que o alcoolismo é mais por parte dos pais?

2: É.

1: Eu acho que tem muita gente que bebe também.

4: É o que eu falo, não é o que bebe que é mais culpado. Tá no geral.

Entrevistador: Mas então vocês estão falando no alcoolismo... vocês acham que o fato da pessoa beber faz ela ficar mais violenta? Ou ela já é violenta e bebe?

1: Não. Eu acho que ajuda né! Porque eu acho que a pessoa que é violenta já é mesmo! Mas eu acho que a pessoa que bebe fica pior!

4: Eu acho que tudo é uma desculpa.

5: Tem pessoa que não. Tem pessoa que não lembra de nada que ele fez. Pode perguntar mas não lembra.

Entrevistador: E esta violência, contra crianças e adolescente, vocês acham que na maioria das vezes, ela é domestica mesmo? Ou que ela não é dentro de casa, é na rua, nas escolas?

5: Eu acho que não é só dentro de casa não.

Entrevistador: Mas quando vocês pensam em violência contra crianças e adolescentes, você acham que é mais domestica ou não?

5: É doméstica. Sabe por que eu acho que é doméstica?! Pelo seguinte, o que eu percebo também, criança de 12, 13 anos que o pai e a mãe sabe que não vai pra casa. A quantidade de crianças que estão na rua, não é brincadeira. Então o pai sabe, pela criança que não esta dentro de casa, sabe?!

Entrevistador: E vocês poderiam apontar algumas características que são comuns nestas famílias que têm violência doméstica?

5: Ahn! Eu acho que, Nossa Senhora, eu acho que depende da família mesmo. Igual eu falei, tem pessoas que acham que tem a quarta serie, chegou, sabe, parou lá em mil novecentos e antigamente. E antigamente a quarta série era muito, mas hoje em dia não. Hoje em dia nem o segundo grau, sabe. Então, igual este menino que eu falei “ ele já fez a quarta serie mesmo!”. Sabe?!

Entrevistador: E vocês, o que vocês acham, quais as características que seriam comuns nas famílias que têm violência domestica?

3: Eu acho que não tem característica, porque olha só, O Nardoni, uma pessoa muito em informada, um pai muito bem informado e o que que seria isto? Falta de quê que faltou ali?

4: É excesso demais!

3: Pois é. Tudo que o dinheiro compra, esta pessoa tem!

Entrevistador: Mas você acha que estaria ligado a quê?

3: falta de estrutura.

5: Falta de amor!

2: Eu acho assim, mãe cuida do seu filho, mas tem mãe que fica doida pra chegar as aulas. Pra não ter o filho dentro de casa.

5: É igual um dia, eu estava na igreja, as crianças na hora da óstia estavam numa maior falação e a mãe, na hora da óstia, o menino pegou um chocolate e comeu. O padre chamou a

atenção. Aí tinha uma senhora assim, falou “ah isto aí é porque a escola não ensinou!”. Aí eu falei, “Olha, 50% é dentro de casa e a escola vai completar os 50% que está faltando.” Igual no projeto, as crianças chegam seis e meia da manhã e seis e meia da tarde aquelas crianças vão chegar em casa. Se os pais não entrarem junto com a escola, fica complicado.

Entrevistador: Então mais uma vez é aquela falta de dialogo, né?! Que vocês falaram.

4: É. É falta de diálogo!

1: Mas eu acho que cuidado demais também atrapalha!

3: Você não vê naquela novela das oito! O pai acha lindo o que o filho faz!

Entrevistador: E vocês falaram do alcoolismo, do uso de drogas, agora mais cedo. E vocês acham que isto também seriam características destas famílias ou não?

2: O alcoolismo mesmo, drogas!

5: Hoje, eu acho também, que as crianças não querem fazer mais nada! Não gostam de ter trabalho! As crianças chegam da escola no ônibus, lá no asfalto, meio dia e dez. De meio dia até seis horas da tarde tem muita coisa. Se estas crianças não fizerem nada o que é que vai acontecer, ele vai pra soca nadar! Vai deitar no asfalto! Na frente da carreta, sabe! E os pais não estão nem aí! Eles não dão conta porque são muitos filhos! Né, aquela quantidade, não dá conta! Então, se tivesse cada um alguma coisa pra fazer! Eu acho que deveria, por exemplo, plantar uma hortinha, vai capinar lá. Hoje a gente vê menina de 14 anos que não sabe lavar a roupa né!

Entrevistador: Entendi. E agora você está colocando que uma das causas da violência seria a falta do que fazer das crianças?

5: como que eu interpreto isto, as crianças volta da escola, aí vai lá pro asfalto, depois do almoço. Aí o que é que tem lá, drogas, álcool.

4: Eu acho que esta lei que saiu aí, do estatuto da criança e do adolescente, criança que não pode ajudar, criança que não pode trabalhar. Eu acho que trabalhar pode, você não pode é matar a criança de trabalhar! Ela pode ajudar sim. Porque se não, minha filha, esta criança vai aprontar mesmo! Porque eu desde os nove anos eu trabalho fora. Porque se eu quisesse dinheiro eu tinha que trabalhar! Então quer dizer, se quiser ter alguma coisa, tem que trabalhar! Se eu não trabalhasse eu estaria na rua!

Entrevistador: E vocês acham que isto também favorece a violência doméstica? Dos pais com a criança?

5: eu acho que hoje em dia você não tem aquele trabalho com a criança. Pra ela estar fazendo alguma atividade, que aí ajuda!

Entrevistador: E vocês acham - pensando mais na violência doméstica contra crianças e contra adolescentes - vocês acham que existe solução?

5: Tá difícil!

2: De mal a pior!

4: Só depois que Jesus descer do céu!

5: Tá tão difícil!

3: mas tem famílias que têm situações diferentes né!

2: eu acho que é de berço!

5: E é isto que eu falo, a criança em que ter ocupação desde cedo. Porque é o seguinte, se esta criança chegou em casa e tem alguma coisa pra fazer. As crianças chegaram em casa e cada um tem uma ocupação.

Entrevistador: Então vocês acham que se criassem ocupações talvez melhorasse?

1: seria uma solução!

5: eu digo isto gente, porque tenho um filho de nove anos e eu moro na beira da rua, e ninguém nunca viu meus meninos na rua! Eu nunca proibi ninguém de brincar com as outras crianças não! Pode brincar! Na hora que eu estiver lá! Por quê?! Se eu não estiver lá, eles vão ficar fora de casa o dia inteiro! O meu marido vai trabalhar e chega em casa só de noite! E se eles não respeitarem meu pai e minha mãe, que são os avós, eu não vou dar conta!

Entrevistador: Agora eu queria ver com vocês, no trabalho de vocês como agentes mesmo, quando vocês identificam, suspeitam que tem caso de violência doméstica, o que vocês fazem?

2: A gente passa para o conselho.

5: Passa para a enfermeira chefe.

3: Porque também você não pode ir lá e falar né! Você vai ter que voltar no lugar para trabalhar e dependendo da pessoa você não volta mais!

1: A gente não fala por causa da falta de ética!

3: Já aconteceu comigo, eu passei para frente, e alguém foi lá na família e falou que era eu quem tinha falado!

1: E eles não vão aceitar nunca que a gente fale!

2: Igual a pouco tempo atrás eles pediram pra gente fazer um relatório sobre o quanto ganhavam, o que tem dentro de casa, se tem bolsa família, aí teve gente que falou “Não vem aqui não! Eu vou perder o bolsa família!”

3: É porque tem coisa que a pessoa só conta pra gente! Aí você tem que chegar naquela pessoa mas de uma outra forma. Se não você perde tudo!

4: Eu já chego e já falo “Olha o que eu estou fazendo aqui é sigiloso!”. Eu não vou sair falando por aí!

5: Então, eu também digo isso!

4: Você tem que ir lá no CRAS, procurar o CRAS.

Entrevistador: Mas aí no caso de violência doméstica, como fica a situação de vocês?

3: Comigo aconteceu assim, eu vi a violência, fui falar com a chefe, aí ela foi lá com o conselho tutelar. Eles foram lá como uma visita de rotina, como se estivesse passando lá na rua e resolveu chegar, entendeu?! Aí conversando e conversando, aí a própria pessoa fala do que está se tratando naquele momento. Foi isto que aconteceu entendeu. Como se fosse uma visita daí deu tudo certo! Mas tem gente que já aconteceu de eu falar e a pessoa ir lá e falar que foi eu que falei!

Entrevistador: E aí vocês não costumam conversar direto com a família, não?

2: Não. A gente nota, mas assim tem que ser tudo fechado. Fica difícil. Aí a gente tem que procurar ajuda.

Entrevistador: Chamar o Conselho Tutelar?

3: Muitas vezes você escuta, vê a mãe fazendo aquelas coisas, aí você vai lá e fala.

Entrevistador: E vocês já receberam algum treinamento para identificar esta violência doméstica? Pra intervir, fazer alguma coisa?

2: Teve o pessoal do conselho.

Entrevistador: E vocês acham que isto teria importância? Ajudaria no trabalho de vocês?

4: Ajuda.

5: Ah! Eu acho que tudo é válido!

2: mas isto a gente joga mais na mão do conselho tutelar. A gente não pode...se a gente entrar muito, a gente perde o contato com aquela família.

5: É assim, a gente observa, vê se a criança falou alguma coisa. Eu procuro a enfermeira, até o médico. A gente pode marcar uma consulta né, sem eles acharem que a gente tá denunciando. Eu acho que o interessante é a gente ver.

4: neste caso pode acontecer também o seguinte, o conselho tutelar vai conversar com os pais.

5: A criança vai passar por uma avaliação e aí se for o caso, se a criança estiver passando por uma violência mesmo eu acredito que o conselho tutelar já vai agir né.

3: Porque é muito difícil né. A criança tinha caído e falou que o pai é que tinha batido! Aí até provar isto tudo! Aí depois que descobriram que não era o pai que tinha batido! A criança tinha simplesmente caído e machucado. Então nestes casos tem que ir muito devagar.

4: porque as vezes nem é culpa dos pais!

5: Mas numa situação de violência, hoje em dia os próprios vizinhos falam.

3: Fala que está acontecendo isto e aquilo.

Entrevistador: E vocês acham que por Ibitipoca estar perto, será que o turismo influencia de alguma forma esta violência doméstica?

1: Eu acho que não.

3: Eu acho que não tem nada a ver não!

2: Ah! Eu acho que facilita, ajuda né. Qualquer turismo ajuda é bem vindo!

Entrevistador: Mas você acha que afeta o índice de violência?

2: Não. Aqui não!

1: Sobre drogas eu acho que não é o turismo que trás.

5: Pensando assim nas drogas, eu acho que não tem nada a ver não.

2: Mesmo sem turismo já tem. Você acredita que tem mulher casada fumando na estrada!

5: Gente mas isto é muito interessante. Mas graças a Deus, vocês acreditam que eu nunca vi!?

3: Eu acho que isto ta em todo lado!

Entrevistador: Então o turismo não influencia?

2: Eu acho que não!

4: Eu acho que não, porque isto ta em todo o lugar!

2: E a pessoa tem que ter vontade de sair do vício!

6.2. Transcrição do Grupo B

Agentes : 1,2,3,4,5,6 e 7

Entrevistador: Eu queria saber primeiro de vocês, o que vocês entendem como violência doméstica contra crianças e adolescentes?

3: Hun, maus tratos dos pais.

6: Mas não é só física não!

4: É não é só física!

6: A psicológica Tb!

5: O que mais a gente está vendo é a violência contra crianças. A gente liga a televisão e é o que está passando!

2: É batendo. Colocando o menino de castigo! Igual outro dia passou na reportagem, tinha crianças presas em correntes. A mãe saiu e a criança estava sozinha. Um menino de seis anos! Isto pra mim é violência também!

1: E mesmo estas adolescentes que estão tendo filhos agora, as vezes deixa a criança até sozinha para sair para baile. Entendeu?! A Criança vai...não é uma violência, ela não ta batendo nela, mas a criança vai crescendo com a falta da mãe. Ela vê que todo dia a mãe não está em casa. Chega final de semana a mãe não está em casa! A criança mesmo não sendo agredida fisicamente, ela vai sentindo aquilo. “Por quê que a minha mãe não fica comigo? Por quê que a minha mãe está indo na rua?” É uma agressão né?! Psicológica. E isto está tendo muito!

4: Não, e esta agressão as vezes não é bater, igual eu estou falando. As vezes não é só física não! Tem a questão da palavra. Que chama..porque as vezes as pessoas que falam, principalmente o pai e a mãe, ela pode abençoar mas ela pode amaldiçoar tb. A palavra mal falada, muitos jovens e adolescentes, as vezes fazem coisas que é maldição mesmo! Então a palavras, às vezes é uma violência muito maior, às vezes dói mais do que outra coisa.

Entrevistador: E pra vocês, o que gera esta violência, o que motiva?

6: Briga de casal! Que aí desconta nos filhos!

1: Muitas vezes pais separados! Porque a mãe muitas vezes arruma um padrasto. Ou vice e versa e o filho acaba sendo prejudicado. A família começa a passar dificuldade também. O pai ou a mãe acabam descontando na criança né.

4: Aí é falta de amor mesmo né. Porque isto faz muita falta...

1: (interrompe a 4)Pra criança né.

4: Aí desconta na criança.

Entrevistador: Vocês concordam?

Entrevistador: Estão concordando com tudo! (Rs)

Entrevistador: E vocês acham que esta violência contra crianças e adolescentes está aumentando nos últimos tempos?

5: Nestes últimos anos agora, nossa senhora!

4: Mas eu acho que antigamente não se falava né, não aparecia.

5: E aí acaba parecendo que tem mais agora.

4: Mas a violência é antiga mesmo! Eu acho que agora está mostrando mais.

1: E não só dos pais contra os filhos! Porque os filhos também estão bem difíceis com os pais.

Entrevistador: E a quê que vocês atribuem este aumento? Se está aumentando, por quê que está aumentando?

6: Drogas, a situação financeira!

3: Falta de paciência dos pais.

2: Falta de diálogo.

3: É o que eu falei da falta de paciência dos pais.

1: Outra coisa também, hoje em dia você menina de 12 e 13 anos namorando!

2: E a mãe e o pai acha normal.

1: Tem pai e mãe que acha natural a filha engravidar com 13 anos.

Entrevistador: Mas como que isto afeta a violência contra esta criança e contra o adolescente?

Todos: Silêncio

Entrevistador: As drogas, a situação financeira... você falou que os pais acabam descontando na criança....

5: Ah eu acho que têm um pouco de tudo.

Entrevistador: e no trabalho aqui de vocês, já detectaram algum tipo de violência doméstica contra crianças e adolescentes?

6: Eu já.

2: Eu não, na minha área...

3: Na minha área também não.

6: Eu já, 2 vezes! Só que um a mulher já mudou daqui, está lá em Juiz de Fora. E a outra a mulher mudou para Volta Redonda. Só que neste caso era o padrasto. Estava batendo no menino sabe?!

Entrevistador: E, mesmo vocês não tendo detectado, quais vocês acham que seriam os tipos de violência que acontece com maior frequência?

1: Agressão.

Entrevistador: Física?

1: Muito!

5: Espancamento!

6: Neste caso deste menino, era os dois. Física e psicológica. O padrasto batia e depois fazia chantagem com ele.

4: Mas aqui em Lima Duarte tem muitos casos assim. Deve ter uma média de no mínimo por semana que você acha de jovens tomando. Por causa de depressão.

6: Tudo por causa de depressão.

Entrevistador: e será que esta depressão está relacionada com a situação de dentro de casa?

2: Com certeza!

6: Ah! Sempre está, né?!

1: A psicológica.

6: Igual eu estou te falando, este menino teve muita perda. Ele perdeu a mãe, ele não conheceu o pai, o pai dele abandonou ele com nove meses! Teve um senhor que era como avô dele que sofreu um acidente de carro. Essas perdas é que acham que causou a depressão dele.

Entrevistador: E na opinião de você, quem vocês acham que seriam os principais agressores?

3: Pais, padrasto, Madrasta.

5: Mãe.

1: Tem muito irmão.

Entrevistador: Então vocês acham que tem muita mãe?

1: Pai também!

6: Eu acho que mais é a mãe. Ela fica com a criança o dia inteiro.

5: E ainda coloca um monte de filho no mundo!

6: Eu acho que é mais mãe do que pai. Na minha opinião.

Entrevistador: E vocês?

4: Eu acho que aqui em Lima Duarte a realidade é mãe.

6: A gente vê mãe gritando, passa na rua gritando com a criança. As vezes a criança cai um tombo e a mãe “bhueeaarrrr!!!” É normal cair ué?!

Entrevistador: E pra vocês?

1,2 e3: Também!

Entrevistador: E vocês acham que esta violência, contra crianças e adolescentes, em geral ela é doméstica?

2: Ela é dentro de casa.

6: É mais em casa.

Entrevistador: E vocês conseguem apontar algumas características comuns às famílias que tem casos de violência doméstica?

6: O que leva a ter a violência?

Entrevistador: É. Quais as características das famílias em que acontece a violência doméstica?

6: Dinheiro.

1: Ignorância.

6: Pobreza, falta de dinheiro, ignorância com o marido.

3: Pais também que não têm estudo direito e não conseguem educar o filho.

1: As vezes uma pessoa que não tem estudo vai conseguir educar bem melhor que a que tem.

2: Tem gente que tem dinheiro também e maltrata o filho!

Entrevistador: Esta ignorância que você falou, não no sentido de não ter estudo?

Todos: Não.

1: Eu tenho em casa, a minha mãe é analfabeta, ela não sabe ler nem escrever, e o meu pai mais ou menos, e me criaram muito bem! Meu avô e minha avó também não sabem ler. Eu acho que estudo de escola não interfere em nada na educação dos filhos.

2: Concordo!

4: Mas tem muita gente que acha que bater no filho é um meio de corrigir né?! Você já viu aquela propaganda que passa no rádio que a violência começa em casa, antes de ir para a rua e qualquer coisa?!

6: Lá em casa quando eu era criança, uma irmã minha que já morreu, ela era igual um moleque! Pra ela não tinha nem o certo e no errado, ela era um homem! E ela fazia arte até não querer mais. Aí todo mundo apanhava! Colocava a gente numa roda. Os pais de primeiro eram assim né?!

2: Batia em todo mundo né?!

6: Todo mundo apanhava! Quantas vezes eu apanhei sem entender nada!

1: E antigamente eu acho que não era considerado, sei lá, um espancamento!

6: A gente apanhou, mas não era espancamento não!

1: E o filho tinha mais respeito pelo pai e pela mãe.

6: É!

1: E hoje não está tendo mais respeito, nem do pai com o filho nem do filho com o pai.

6: É, o pai batia na gente mas não era espancar. Hoje você tem mais que queima os dedos dos filios no fogão.

1: É ué. Aquela menina do fulano, pelo amor de Deus! Colocava os dedos da menina na porta! Que isso!? Isso não é! Tá doido! E a criança não pode falar nada!

6: Você pode pegar o chinelo e bater, mas assim não né?!

5: Uma que passou agora foi que machucou a cabeça do menino, tadinho! Queimou ele. E ê!

2: Passou aonde?

5: Não sei onde que foi não. Passou na televisão. Um menino novinho, que a mãe passava o serviço para a criança. Queimou o menino, raspou a cabeça da criança. Tadinho! **2** aninhos de idade! Todo momento estava passando na televisão. Muito é em São Paulo, estes lugares assim.

2: Igual o menino que ficou preso dentro de casa.

6: Tem aquele cara que jogou a filha pela janela, aquele caso Nardoni lá.

5: Ontem teve um caso que o pai matou o filho e suicidou depois. E largou uma carta.

6: Ah que horror!

Entrevistador: E então, vocês colocaram das famílias, que a situação financeira não estaria relacionada à violência, mas que a ignorância, influencia. O quê mais, pra vocês, estaria relacionado?

4: Ah! Os vícios também né?! Bebidas, essas coisas, o vício também contribui.

6: Igual o menino que estava drogado e matou a mãe dele. Daí quando eles estava preso e sem drogas ele disse que nem se lembrava e que nunca faria um negocio destes!

2: Até a bebida mesmo!

5: Teve um menino drogado que batia na mãe, teve um dia que ela não agüentou mais e matou o menino.

Entrevistador: E vocês acham então que tem relação entre a violência contra crianças e adolescentes e o uso de álcool?

Todos: Tem! Tem muito!

3: O pai chega embriagado em casa e começa a espancar o filho.

6: A pior droga pra mim é o álcool, porque ela mexe com o seu psicológico, né? O álcool é que deveria ser proibido e não a maconha! Entendeu?! Na minha opinião! Você já viu algum usuário de maconha ficar doidão? Ele ta calminho ali.

Entrevistador: Você estava falando que o pai chega embriagado em casa...

3: E aí bate no filho! Quebra tudo né!

1: Aqui em Lima Duarte, tem situações destas de álcool, né?! A pessoa chega, bate nos filhos, na mulher.

2: Ou as vezes é o contrário. Os filhos é que chegam embriagados dentro de casa e vão bater nos pais.

Entrevistador: Então no caso das crianças e dos adolescentes...

3: Na maioria das vezes já cresce vendo isto dentro de casa! É porque vendo aquilo ali já cresce traumatizado. Cresce, vai pra rua, aí vai fazer igual o pai e a mãe.

5: E aí não tem nem como corrigir. Ta tudo dentro de casa.

Entrevistador: E aqui, vocês percebem também, vocês falaram do pai. Vocês percebem também que as vezes a mãe está embriagada?

1: Ah! O que mais a mãe faz é beber junto!

5: Costuma de a mãe beber e o pai não!

1: Ou os dois né!

Entrevistador: E as drogas? Também estariam relacionadas com esta violência?

4: Muitão!

Entrevistador: Mas vocês acham que é o álcool ou as drogas?

6: O álcool!

2: O álcool.

1: O álcool porque eu acho que as drogas está muito mais com os adolescentes.

4: É isto que eu ia falar! O álcool é mais adulto e as drogas é mais adolescente. O que eu percebo é que a gente está com muita quantidade de drogas!

Entrevistador: E vocês acham que existe alguma solução para esta questão? Da violência doméstica contra crianças e adolescentes?

4: Eu acho que tanto das drogas quanto do álcool, não ta fácil não! É caso de recuperação! Ninguém fala de beber. Agora caso de tabagismo, a gente numa reunião, um incentivo para as pessoas. Eu acho que enquanto não existir um acompanhamento, uma clinica mesmo, não vai resolver. Cadeia não resolve isso não boba!

6: Só piora! A cadeia está piorando! Você chega lá dentro e fica todo mundo sabendo do comercio lá dentro. Então cadeia não é lugar de drogas, de usuário de vicio nenhum. Eu acho que a cadeia não regenera ninguém não. Você sai de lá pior do que entrou, mais revoltado, entendeu?!

4: Tem que ter casas de recuperação. Em todos os sentidos né! Você vê aquelas pessoas gritando. Eu acho que nesta área, nossa aqui, está precisando.

6: E tem muita gente de fora que vem pedindo ajuda, assim, lá na igreja do Rosário. Um usuário de drogas pedindo informação para uma casa de recuperação. Então assim, eles vêm, procuram a assistente social, ou procura alguém, se não conseguir, passam para outra cidade,

vão andando. Tudo dos olhos vermelhos pedindo ajuda! Tem que ter uma casa de recuperação gente! Se não tiver, sozinho ninguém recupera de drogas!

1: nem do álcool né?!

6: O AA tem né! Mas a drogas mesmo aqui, não tem nada não!

4: Só tá dando a droga mesmo. Tá precisando de recuperação né.

Entrevistador: E vocês acham que tratando o uso de álcool e drogas talvez diminuísse os índices de violência?

4: Nossa! Iria diminuir uns 99%! Iria diminuir muito! Porque a maior parte é isto mesmo. Tem a rejeição. Aí eles vão crescer naquela revolta. Depois eles vão usar porque começou a conhecer em casa! Então aí só uma coisa de recuperação mesmo, sozinho eles não vão sair não!

Entrevistador: E quando vocês identificam casos de violência doméstica, contra crianças e adolescentes, o que vocês fazem? Quais as providências que vocês tomam?

4: Os casos da minha área, de drogas e não sei mais o que tem lá, a gente tem que contar para o enfermeiro, né? A gente passa para o enfermeiro, é o primeiro passo, aí ele manda a gente ir lá no Conselho ou no CRASS pedir uma ajuda para o caso. A moça do CAPS teve aqui e pediu para a gente olhar também alguns casos e mandar pra lá (parece que ela está falando do CAPS AD). Aí a gente conversa e depois encaminha. Todas as vezes que aconteceu isto, a minha parte foi esta.

Entrevistador: E teve algum caso específico de violência doméstica?

4: Ah! Tem uma senhora que bebe muito, aí a gente identificou e pediu nas reuniões, algum tipo de ajuda né.

Entrevistador: E vocês?

7: Ah! Primeiro a gente fala com o Edilson. A gente passa para o enfermeiro e ele orienta a gente no que fazer. Se é pro conselho tutelar, se é para o CRASS.

3: A orientação vem dele.

7: Mas eu gosto também de estar observando. Porque já teve casos da pessoa dizer “ Ah! Acontece isto!” E quando eu fui ver não tinha nada daquilo. Então antes de falar a gente procura ficar investigando, observando. Igual eu tenho um caso que eu tenho que ficar olhando, porque eu ainda não vi para poder falar que é verdadeiro né.

Entrevistador: E vocês têm algum receio de fazer alguma coisa diretamente com as famílias?

7: De falar.

3: Diretamente com a família é meio complicado. Chegar diretamente na família e falar “Está acontecendo isto ,isto e isto.” É difícil né.

4: Eu acho que...Aí no outro mês a gente não consegue voltar lá.

3: O certo é você deixar a pessoa apropriada para fazer isto, o Conselho Tutelar, ou até mesmo ...sabe?! Como chegar na família né?

1: Se a gente falar direto, a gente não entra mais naquela família. Vai piorar mais ainda a situação. Porque aí você não vai conseguir ajudar de forma nenhuma!

6: na minha área aconteceu que os vizinhos denunciaram. Agora o menino está com a avó. A mãe sabia e ela vai acabar perdendo a guarda dele. Por causa do padrasto.

Entrevistador: E no caso não foi você que denunciou não, né?

6: Não. Ela sabe! Porque eu não peguei, cheguei e peguei no flagrante. A própria mãe me contava, mas eu ver o padrasto fazendo eu nunca vi. Ela que chegava pra mim e contava que o cara estava batendo muito. E eu perguntava se ela deixava ele fazer isto, porque eu não gosto de bater no meu filho. Não existi ex filho né?! Existe ex namorado, ex marido!

Entrevistador: E vocês acham que é uma questão difícil de lidar com ela?

6: Muito! Muita dificuldade!

1: é delicado para a gente investigar, igual você falou a gente passa para o enfermeiro chefe para tomar uma providencia né?! Mas é complicado! A gente entra na casa da pessoa todo mês né?!

3: Quem mesmo que é apropriado para resolver estas coisas não consegue resolver o problema entendeu?

Entrevistador: É isto que eu ia perguntar... vocês acham que este encaminhamento resolve o problema?

3: Ajuda muito! Mas nunca resolve por completo!

6: E o Conselho tutelar, ele atrapalha também sabia?! Você escuta muitos filhos falando assim “Você me bate pra você ver se eu não vou lá no Conselho te denunciar!” E o pai fica com medo. Entendeu?! Se deixar marca, eles sabem que a lei protege também. Mulequinho falando para o pai e a mãe “Eu vou lá no Conselho te denunciar!” Quer dizer, o pai e a mãe deve bater, então.

3: Mas tem caso que resolve por um tempo, depois volta tudo de novo! O pai começa a agredir o filho novamente! Então acaba...

Entrevistador: Vocês acham então que muitas vezes não resolve a questão, encaminhar...

6: Eu acho que tem que ter mais é harmonia nesta casa. Sem harmonia não adianta nada!

4: Ah! O conselho tutelar resolve, não sei se resolve...

3: Igual eu falei, sem Conselho Tutelar era muito pior, mas ainda não resolveu tudo!

6: E se depender da criança, do adolescente o pai vai preso. Eles falam mesmo “Eu vou te denunciar!” Entendeu?! É complicado!

3: Porque na verdade tem adolescente que só entregando para Deus! Porque oh! É rebelde demais! Tem adolescente que pai e mãe não dão conta não uai!

4: Teve um juiz que disse, na palestra, ele falou que não é bem assim não! Quando o filho fizer isto, pode o pai ir lá no juiz e falar que ele bateu, porque se não o pai vai começar a ficar com medo! Aí o pai vai falar com o filho” Já que eu não te posso por a mão, então eu vou te entregar para o juiz criar!” O Quê que vai fazer?!

1: Se fala antigamente que vai denunciando, a mesma situação, se eu levasse lá a minha mãe ela ia me bater mais ainda!

7: Eu acho que depende do pai e da mãe que está criando o adolescente,. Eu acho que o filho ameaçou, o pai deve falar assim, “ Vamos lá de uma vez resolver a sua situação, porque eu estou perdendo o seu controle!”. Só que fica aquele impasse, um com medo de ser demasiado e o outro com medo do conselho entrar para corrigir.

Eu também acho que se foi feita a ameaça, eu acho que a mãe ou o pai: “Então vamos lá resolver!” Conversar, bater um papo, resolver aonde vai os seus deveres aonde começam os seus direitos. Aí começa a harmonia. Agora se um ficar com medo do outro vai ficar igual aquela história do cabrito e da dona onça. Um com medo do outro engolir o outro e...

Entrevistador: Você colocou que uma das formas de se diminuir a violência seria mais a harmonia em casa. Mas esta harmonia depende da intervenção do Conselho? Como que a gente cria esta harmonia?

6: Bater não resolve!

2: Diálogo!

7: Fé.

6: Se é uma família com harmonia, não precisa de nada disso. Eu vou te falar a verdade, eu não bato no meu filho não. Ele tem os chilikos lá, mas quem manda sou eu! Ele tem **15** anos mas lá quem fala grosso sou eu!

2: Que nem eu , eu nunca bati, sempre respeitei! Mas é o quê?! O diálogo...

6: Igual eu te falei, meu pai batia na gente sem a gente até saber o por quê.

2: Eles batem e a gente nem sabe por quê que está apanhando!

6: Meu pai era assim! Bebia cachaça e descontava na gente!

7: É porque também eles não tiveram um diálogo na vida deles né?!

Entrevistador: É interessante... você falou que você não bate porque já apanhou. Vocês acham que geralmente acontece isto? Geralmente quem apanha não bate?

2: Não bate mais!

Entrevistador: Não bate mais?

6: No meu caso eu não bato.

3: Por exemplo, eu que sou mãe, algumas coisas que eu não achava certo que a minha mãe fazia comigo, eu não faço. Por quê que eu vou fazer o mesmo com meu filho?! Então eu vou procurar não fazer isto, vou procurar fazer coisas diferentes! Tipo assim, minha mãe nunca foi de dar liberdade pra mim para eu contar as coisas para ela, então eu vou fazer o contrário. O meu menino chega assim, “Ah mãe, hoje eu fiquei com aquela menina assim.” Então eu vou dar esta liberdade pra eles. Então eu acho que eu vou procurar fazer diferente!

6: Igual eu e a S., ela separou e eu não casei, teve uns anos de casada e depois separou. Eu acho que isto influencia também, porque geralmente o pai fala uma coisa e a mãe fala outra! Entendeu?! No caso lá de casa sou eu que falou e acabou!

Entrevistador: Você colocou que quem agride mais geralmente é a mãe, e é porque ela fica mais tempo com a criança...

6: Geralmente! A maioria!

Entrevistador: Você acha que nem tem o pai em casa?

1: Existem casos também que o pai fica em casa, bate...

3: E a mãe apóia!

1: Eu sei lá, na minha família mesmo teve uma pessoa que foi muito espancada quando criança, muito mesmo! Muito mesmo! E o pai espancava! De forma assim, de bater na cabeça, de deixar marcas de cinto! Isto antigamente! E a mãe apoiava! Costumava até bater mais um pouquinho! E as vezes porque simplesmente ele entornou uma água no chão!

6: Ah! Eu acho que é criação mesmo! Na minha opinião é o jeito que cria!

1: E eu acho que o Conselho Tutelar até ajuda! Porque antigamente, se tivesse informação. Igual lá em casa, se a gente tivesse conhecimento do Conselho Tutelar a gente leva isto para o Conselho! Até mesmo o filho poderia falar eu tenho direito! Aí hoje o filho dá trabalho para op pai. Eu acho que é porque ele apanhou muito sem necessidade! Tá dando muito trabalho para os pais! Ele ficou sem a mãe, cresceu. Aí eu falei se você tivesse batido agora que está precisando, talvez isto não estivesse acontecendo! Teria consertado! Hoje em dia ele está dando trabalho à ver navios! E tem um filho de dois anos e ta dando trabalho...é complicado! E hoje em dia se este pai for bater nele está arriscado ele bater no pai! Eles está com 23 anos e não vai aceitar mais apanhar do pai! Acho que ele bateu na hora errada! Então sei lá! E acho que na minha família o que acontece é devido às agressões que ele sofreu antigamente!

Entrevistador: E vocês acham que bater às vezes corrige mesmo?

2: Eu acho que não!

3: Eu acho que ao!

1: Porque esta pessoa que eu estou te falando, ele teve um outro filho, mais novo, e ele não bate neste menino. Ele compensou, acho que por ele ter batido muito no mais velho! E este mais novo não está dando trabalho. Ele tem uma cabeça melhor do que o mais velho!

5: Eu acho que só revolta a pessoa!

6: Ah! Eu sou a favor do castigo!

Entrevistador: E vocês acham que o turismo daqui influencia de alguma maneira nos índices de violência?

2: Eu acho que não!

1: Eu acho que não tem nada à ver não!

3: Eu não sei! Acho que só de passagem mesmo. Porque dentro de casa não influencia não.

5: Acho que não.

Entrevistador: E vocês já receberam algum tipo de treinamento? Capacitação, para identificar, intervir em casos de violência doméstica?

1: Teve o curso de agente. É... no curso de agente teve.

2: Mas foi geral, não foi específico não!

6: Alguma coisa.

3: Assim, uma orientaçãozinha né! Como a gente vai abordar a família né, e tal. Porque a gente abordando a família a gente vai conhecer a realidade dela né. Mas, nada muito.

Entrevistador: Pontual, né?! E vocês sentem falta disto?

Todos: Muito!

Entrevistador: Vocês acham que isto ajudaria no trabalho de vocês?

Todos: Muito! Ajudaria muito!

6: Com certeza!

6.3. Transcrição do Grupo C

Agentes: 1, 2, 3, 4 e 5

Entrevistador: A primeira coisa que eu queria ver com vocês é o que vocês entendem como violência doméstica contra crianças e adolescentes? O que é isso pra vocês?

1: Ah! Igual, maus tratos.

Entrevistador: Físico?

1: Também e psicológico!

2: A psicológica também.

1: Eu acho que não só a física, mas a psicológica, a verbal, muitas crianças trabalhando em vez de estar na escola. Eu acho que a psicológica ainda é mais tranqüila, por pior que seja.

Entrevistador: E vocês meninas, o que vocês acham? O que é violência doméstica pra vocês?

4: Ah! Pra mim, eu acho que violência doméstica é qualquer ato verbal ou físico. Porque têm pessoas que acham que violência doméstica é só agressão, fisicamente, mas eu acho que verbal também chega a ser.

Entrevistador: E, na opinião de vocês, o que gera esta violência? O que causa esta violência doméstica? Contra crianças, contra adolescentes?

1: A partir dos pais? Ah! Alcoolismo.

2: Tempo ocioso.

3: A criação. A criação também. Eu acho que o álcool.

4: Tempo ocioso.

3: E lá a gente vê também muito da criação. Por exemplo, os pais mais velhos apanhavam muito dos pais. Então eles querem fazer com os filhos a mesma coisa! Eles não têm em mente que o mundo é outro, que a criação é outra. Então eu acho que a criação de antigamente com o hoje envolve muito.

5: Eu acho que a educação assim, faz um grande reforço, porque eu acho que no momento em que eles estudam um pouco mais, tem um intelecto mais avançado o seu modo de tratar o seu filho vai ser diferente.

Entrevistador: Então educação seria assim, o nível de instrução mesmo?

5: Isso! Vai contribuir para a estrutura de cada família né!

Entrevistador: Você falou de tempo ocioso, como assim?

4: tempo ocioso porque tem muitos pais que não trabalham, não tem o que fazer, as vezes vão para o crime, vai pro buteco beber. Aí tem um lá que usa drogas, aí ele vê e acha legal. Entendeu?!

5 : e tem aquele ditado né, cabeça vazia casa do diabo né!

1: E tem muito a questão de ficar comparando uma família com a outra. “Ah o filho de fulano é assim!”. Aí começa aquela guerra psicológica. “ Por quê que você não é bonzinho igual ao filho de fulano?!”

Entrevistador: E, na opinião de vocês, essa violência contra crianças e adolescentes, ela vem aumentando?

5: Vem!

1: É só ligar a televisão pra saber! Não tem um dia que não passa uma notícia de violência doméstica.

5: É pai jogando filho pela janela!

3: E esta violência com os filhos nem é tanto com os filhos apanharem,

5: São os pais também apanharem!

3: É porque os filhos hoje estão também batendo nos pais! Uma senhora de idade, um senhor de idade, pais mais velhos, os filhos vão pra rua e voltam drogados e alcoolizados. Pegam dinheiro e depois batem nos pais! Por pouca coisa ou por nada mesmo!

1: Eu acho que não é nem tanto a família, porque estes dia passou na televisão uma reportagem que uma moça estava cuidando de uma senhora, então a família filmou ela batendo. Então quer dizer, a violência doméstica também é daquela empregada que estava batendo na senhora né.

Entrevistador: Mas voltando no caso das crianças, a violência contra crianças e adolescentes, vocês falaram que acham que Ela está aumentando sim nos últimos tempos, e a quê que vocês atribuem este aumento? Por quê vocês acham que está aumentando?

3: O mundo! Muita informação!

2: Eu acho que eles estão tendo muita informação através do computador, internet. Então eles estão cada dia querendo ficar mais modernos! Então se o filho do vizinho bate no filho, ou se a mãe e o pai vão pra rua, bebe, e bate, a outra mãe do vizinho quer fazer a mesma coisa!

3: Eu acho que é muita informação! O mundo está deixando as pessoas muito...

5: É muita criança! Muita lan house! Muito tempo vazio!

3: E este negocio de Conselho Tutelar, os filhos não podem trabalhar!

5: O filho desobedece aí já fala com a mãe que vai no conselho tutelar!

2: É! As próprias crianças!!

3: Os pais dos meninos não podem chamar a atenção!

5: Como diz aquele ditado “Bicada de galinha não mata pintinho!” Então se a mãe der um tapa, o filho não vai morrer por causa daquele tapa não! Hoje em dia a mãe não chama mais atenção! Eu acho que depois do conselho tutelar tudo piorou!

3: Agora não tem como você chamar atenção, e lá fora ele vai fazer o que faz aqui dentro! Só que os lá de fora não ouvem, eles batem lá fora e depois voltam revoltado pra aqui dentro! E desconta nos pais! Está acontecendo muito isto!

Entrevistador: Bom, vocês já detectaram algum tipo de violência contra crianças e adolescentes na área de vocês?

2: Mais verbalmente! Gritando com o filho, xingando! A gente vê muito isto hoje em dia, agora bater...

5: Negligência! Deixar o filho na rua.

4: Eu, tem uns dois meses, que estou percebendo do filho com a mãe. Todas as vezes que eu vou lá eu estou pegando a mãe suja. Aí a mãe diz que vai pro albergue, ta um horror! Só que o filho vira e fala, não leva isto pro seu trabalho não hein!

Entrevistador: E vocês já viram contra criança?

3: Já!Já!! Uma moça da minha área, de quarenta anos, ela batia tanto no filho sabe?! Mas ela usava álcool, fazia uso de álcool. Ela bebia! Não sei se uma criança merece tanto sabe?! Eu sei que quando ele fazia arte, ela batia, batia, batia e deixava aqueles vergões! E depois colocava ele de molho dentro do tanque com água de sal, pra sair aquele vermelhidão. Aí eu chamei o Conselho Tutelar. E o conselho tutelar foi lá, fez o que tinha que fazer.

Entrevistador: E você? Falou que a violência é mais verbal, não é?

2: É! Xinga os filhos!

Entrevistador: E quais os tipos de violência doméstica que vocês acham que acontecem com maior frequência?

1: Eu acho que é a psicológica.

5: É! O que mais a gente vê é a psicológica. Agora, a gente não sabe o que acontece lá dentro.

1: Até porque hoje em dia, por causa do conselho tutelar, eles estão muito precavidos!

5: Eles não deixam mais a gente ficar assim muito tempo dentro da casa deles.

1: Eu acho que a gente percebe a violência doméstica no olhar deles! O domínio que vivencia a mãe!

Entrevistador: Você falou de negligência... e vocês acham que isto acontece muito?

3: De mais da conta!

Entrevistador: E quem vocês acham que são os principais agressores? No caso de violência contra crianças e adolescentes?

5: O pai e a mãe! Mais a mãe!

Entrevistador: Um mais do que o outro ou igual?

3: Eu acho que mais a mãe, porque o homem tem pouco tempo. Está trabalhando.

1: O pai tem pouco tempo né! Agora a mãe, solta a criança na rua e deixa! É o que mais acontece!

5: Tem muita criança aí na rua sem os pais!

Entrevistador: Você falou também que a mãe fica mais tempo com a criança?

2: É. Aí desconta na criança!

Entrevistador: e vocês acham que a violência, contra crianças e adolescentes, ela é doméstica?

2: Neste caso é né. A mãe larga a criança na rua, não quer nem saber dela.

Entrevistador: E vocês conseguem apontar algumas características que são comuns em famílias que têm a violência doméstica?

1: O álcool.

2: Acho que a frustração dos pais. A mãe fica em casa, não sai, aí o filho chega da escola e a mãe continua em casa! Ai os filhos chegam da escola! Aí tem a frustração dos pais.

3: Eu acho que é a vida que está começando muito cedo! As mulheres estão tendo filho muito cedo! A paciência também está acabando muito cedo! Porque tem mulheres, tem mães que já estão com dois filhos! E é muito comum o marido não estar nem aí! É da casa pro serviço, aí chega em casa troca a roupa vai para o barzinho, e só dez horas é que estão chegando! As vezes é uma mãe de **25** anos que perdeu a adolescência toda, com dois filhos, já está cansada! Daí para ela descontar aquela raiva toda, agressão, bater nos filhos, e ela acha que com aquilo ela está agredindo ele (o marido). Mas na verdade ele não está nem aí, ele bota o pijama dele e vai dormir!

2: E o inocente que paga!

1: Porque na realidade, igual, a gente está vendo muitas adolescentes grávidas! E eu acho que isto também é um tipo de violência doméstica, porque se os pais orientassem melhor, em vez de bater, em vez de brigar, conversasse melhor com seus filhos, a gente não tinha isto pra pensar.

3: Porque a adolescente está violentando não só o direito dela mas o da criança também. Né! Já começa a violência doméstica pela criança que está sendo gerada ali naquela barriga. Porque muitas vezes gera, a mãe era adolescente, não queria aquele filho, e vão fazer besteira! Aí vão xingar! Vão apertar a barriga né! Vão culpar os pais né! Quer dizer, a violência doméstica, eu acho que começa na barriga!

2: Com o neném né!

3: Começa quando está gerando né!

2: Antigamente, minha mãe foi deixar eu sair de casa eu estava com quase dezoito anos! E pra sair eu tinha que ir com a minha irmã de quase trinta! Agora, hoje em dia não! Hoje em dia com onze anos a pessoa já ta na rua!

3: Onze horas você vai na rua e vê menino de onze anos bebendo, fumando!

2: Você vê menino de treze já tendo relação sexual como se já fosse casado, entendeu!? Quer dizer, já tem compromisso!

Entrevistador: e, voltando nas características das famílias, você tinha falado também da falta do trabalho?

4: É. É assim, às vezes né, o pai e a mãe, não estão trabalhando e o filho vai e pede, “pai eu quero isto!”, às vezes não tem dinheiro pra comprar!

Entrevistador: E você falou do uso de álcool, vocês acham que tem relação? A violência com o uso de álcool, vocês falaram que sim. Mas e com o uso de drogas?

1: Mas a droga, ela é mais camuflada né! Dificilmente a gente vê! Então quer dizer, se tem relação ela é mais camuflada no dia-a-dia!

Entrevistador: Então no dia-a-dia de vocês, o que vocês percebem é o álcool?

1: é o álcool!

Entrevistador: Agora se um estaria mais relacionado que o outro...

5: A gente não sabe.

1: A droga a gente nunca vê. Não tem como provar! Agora o álcool não. O álcool bebeu alguma coisa a gente já nota!

5: É só descer ali oh! Na rua perto do botequim que você já vê!

Entrevistador: E vocês vêem muitas mães bebendo também?

5: Elas bebem, mas durante o dia é mais moderadamente! A gente vê mais é prostituição!

Entrevistador: E quando vocês identificam algum caso de violência doméstica, o que vocês fazem? Quais são as providencias que vocês tomam?

3: A gente aciona, né? Quer dizer, primeiro a gente tem que saber, tem que avaliar.

5: E aí a gente leva para enfermeira, né?

1: Não tendo jeito a gente entra com o conselho.

3: A gente discute na equipe, a enfermeira vê se pode fazer alguma coisa antes de acionar o conselho tutelar.

4: porque as vezes, a gente vê que a pessoa viu. E agente fica com medo de acionar o conselho tutelar, porque é aquele negocio né, a gente precisa visitar aquela família.

1: Igual o caso que você falou do sigilo, tudo bem, a gente sabe que tem o sigilo. Mas se eu sair daqui e ir lá no conselho tutelar e denunciar uma pessoa, a próxima vez que eu for lá visitar aquela casa, a pessoa já vem com tipo, você veio aqui ontem e o hoje o conselho tutelar veio na minha casa! Quer dizer, a gente fica muito preso! Preso pra agir!

3: porque a gente necessita fazer a visita na família, e a base do nosso trabalho é a confiança!

5: Se a gente perder a confiança da família a gente perdeu tudo! E a gente não vai ter liberdade nem de chegar neles! A família não vai mais confiar na gente!

3: então a gente fica muito preso nisto! Então as vezes a gente prefere, a gente mesmo, tentar modificar esta família do que chamar o conselho tutelar.

4: E As vezes este sigilo não é muito assim, sigiloso não!

5: igual assim, eu tive uma experiência no conselho tutelar, que tinha uma conselheira lá, que estava super protegendo uma pessoa porque tinha uma colega que era parente desta pessoa, e ela não foi profissional hora nenhuma! Então quer dizer! Aí eu já passei a duvidar do conselho tutelar!!

1: não, igual aquele caso. A gente foi lá denunciar e depois vocês tiveram que esconder no banheiro porque a pessoa denunciada estava lá do lado de fora do conselho esperando! Querendo saber quem é! Então quer dizer, como que você denuncia! Não tem jeito!

Entrevistador: Mas espera aí, deixa eu entender.

5: É uma criança que ficava em lan house vendo pornografias, e o menino também agredindo a mãe, xingando, sabe?! Aí a gente foi no conselho tutelar pra poder passar este caso desta lan house. Aí a gente chegou lá e tal, aí a conselheira acionou a policia, e foi pra lan house. E aí, a gente ainda estava lá no conselho, aí a policia veio no conselho e o cara atrás, aí o que acontece, eu e a fulana tivemos que esconder lá. Tivemos que ficar presas numa sala! E o cara lá querendo saber quem tinha denunciado!

Entrevistador: e, no seu caso, você falou que também teve que fazer uma denúncia... você teve algum problema?

3: Não, não tive não! Porque quando eu denunciei, foi através da pastoral da criança! Que também eles olham as crianças. Então eu não tive problema. Até porque eu acho que ela não sabe até hoje que foi eu. Ela não sabe porque todos os vizinhos viam ela fazendo isto! Então podia ser qualquer vizinho! Pra ela brigar com dez, quinze pessoas era preferível ela ficar quieta!

Entrevistador: E quais são as dificuldades maiores que vocês percebem pra lidar com estes casos? Igual o conselho? Vocês acham que vocês têm respaldo?

1: A começar, igual o agente de saúde. Se eu como agente de saúde chegar pra você e colocar a situação, acho que vai dar mais desconfiança. Ele vai desconfiar do meu trabalho! Eu acho que eu não teria que assinar para constar que eu vi! Até porque o nosso serviço é sigiloso! Eu acho que aí eles já começam a desconfiar! Acho que você trabalhar em equipe você tem que confiar! Igual eles falavam, bonitinho: “ Vocês podem denunciar que é sigiloso, isto e aquilo!” Eu sei lá se de hoje pra amanhã muda o conselho? Eu sei lá se de hoje pra amanhã perdem estes papéis! Então quer dizer, as vezes o nosso trabalho não é tão valorizado quanto poderia ser! A gente deveria ter mais credibilidade. Se você me pede para assinar você não está acreditando no meu trabalho! Na minha opinião, a minha dificuldade é esta!

Entrevistador: E vocês têm problema na equipe?

1: Não! A nossa equipe é bem unida! O que um agente não pode resolver a gente procura um ao outro. Quando a gente não consegue resolver a gente pede a enfermeira. A nossa equipe é bem unida!

Entrevistador: E quanto ao Conselho Tutelar, vocês falaram que é muito difícil né, nas famílias que têm casos de violência doméstica, vocês não chegam diretamente né?

2: depende da família, né?

4: É, a gente conversa! Porque o nosso trabalho é de prevenção, de orientação!

1: então a gente orienta, a gente faz o que está no nosso alcance né!? Então a gente orienta! Também a gente tem que pensar na nossa segurança! A gente vai até onde não for prejudicar a gente!

Entrevistador: E vocês conseguem apontar, vocês acham que existe alguma solução para acabar com esta violência doméstica?

5: ih! Isto é muito difícil! Não tem jeito!

3: eu acho que todo mundo tinha que procurar melhorar, trabalhar, ser feliz! Todo mundo ganhando o seu dinheirinho!

4: Mas eu acho que desde que o mundo é mundo existe a violência! Tanto que antigamente as famílias tinham muitas obrigações na roça e quando tinha tempo, os filhos apanhavam assim mesmo! Então assim, desde que o mundo é mundo existe a violência!!!

Entrevistador: E o que vocês acham que deveria ser feito para diminuir a violência?

5: Acho que os pais deveriam ter mais informação. Mais palestras, mais reuniões na escola.

1: Mas é difícil porque isto é cultural!

5: Mas eu acho que deveria ser obrigado! Não deveria ser só comunicado não! Se o filho leva um bilhetinho da reunião, teria que ser obrigado!

1: mas é igual eu falei, isto é cultural! Não adianta! Este negócio de obrigar é pior!

5: Mas a vida escolar deveria ser obrigado porque é a vida do seu filho ali. Às vezes a professora quer falar a respeito do comportamento do filho, e o pai não está lá. Daí este pai nunca vai saber o que está acontecendo na escola! E a professora nunca vai saber quem é o pai da criança!!!

2: Eu tive um caso assim na minha área. A diretora da escola procurou a enfermeira, em vez de procurar a mãe do menino, e falou que o menino estava dormindo muito dentro de sala. E que era pra gente procurar a família. Aí a enfermeira com muito jeitinho, foi conversando com a mãe, aí ficou sabendo que o pai carregava o menino pra rua. E foi aí com muita dificuldade que ela falou que o pai levava ele pra rua e dava bebida pra ele.

1: E quantos anos que o menino tinha?

2: Seis anos!

4: Aí!!!É deste jeito!!!

Entrevistador: e vocês acham que isto é violência domestica?

1: Eu acho!! Pois onde já se viu um pai dar bebida para um menino de seis anos!

3: Igual no bairro que eu moro. Um pedófilo lá. As professoras estavam vendo que os meninos estavam dormindo demais em sala de aula. Os meninos estavam sentindo muitas dores abdominais, dor de cabeça, pedia para sair mais cedo da escola. Tava agredindo outros alunos. Quer dizer, a professora nunca pode conversar isto com o aluno porque o pai nem aparecia na escola. Então quer dizer, até hoje isto ficou no dito pelo não dito! Não teve justiça, não teve polícia. E o cara que era suspeito, não se provou nada contra ele! E a mãe que descobriu que foi procurar a policia, que fez isto e aquilo, ficou ruim na história! Porque as outras mães não queriam!

Entrevistador: E o que fazer para diminuir isto? Vocês acham que se aumentassem os empregos, por exemplo, talvez resolvesse?

5: Eu acho que se tivesse mais informação, mais emprego.

4: Pra mim isto é historia, é muito difícil!

3: A limitação desta internet! Este mundo moderno!

2: Mas tem a televisão! Porque hoje em dia é comum até deixar de comprar roupa pra ficar na lan house!

1: Hoje em dia ficou muito fácil!

3: Mas aí eu acho que cabe aos pais e as mães controlar! Igual nestas lan houses da vida! Você procura de menor aí no horário da aula que eles estão de mochilinha encostados num canto, sentados em frente à lan house! Entendeu? Estão deixando de ir pra escola para ficar lá! Por que? Por que 0,27 centavos é muito fácil de pagar!

5: Tem uma mãe que leva o filho todo dia pra lan house!

4: Pois é! Já começa aí!!

5: E ela fica lá na porta esperando!

4: E ela acha que lá ele vai estudar!

5: Então quer dizer, faz a conta no final do mês! Mesmo que seja 0,27 centavos!

1: É porque ela não está lá todo dia para ver o que a criança está fazendo!

Entrevistador: E vocês acreditam que o turismo local, porque Lima Duarte está bem perto de Ibitipoca, vocês acham que isto afeta de alguma forma a violência doméstica aqui?

2: Aqui em Lima Duarte?

Entrevistador: É.

3: Afeta não!

4: São poucos os que vão lá.

3: A próprias pessoas que moram, os moradores de Lima Duarte têm pouco acesso á Ibitipoca. Realmente é um ponto turístico, mas são poucos que vão lá.

4: Eu nunca fui lá!

1: Não afeta não. Porque se você vai de ônibus, tem que ir de manhã e voltar à tarde!

Entrevistador: então vocês acham que lá afeta?

Todos: Não.

4: Porque passa direto né!

2: Pode afetar quem mora lá!

Entrevistador: Então vocês acham que quem mora lá?

Todos: É.

3: Tem uma enfermeira que é de lá. Então assim, como é pra lá, nós não sabemos. Igual as meninas falaram, tem gente aqui que nunca foi lá.

Entrevistador: mas eu queria saber o que vocês acham mesmo...

5: Pode ser que os turistas tragam drogas.

3: Mas na nossa área, não afeta não.

Entrevistador: Vocês acham então que deve afetar?

2: Justamente! Vem muito turista de fora! Traz drogas diferentes!

Entrevistador: E vocês já receberam algum treinamento? Alguma capacitação tanto para identificar quanto para intervir em caso de violência doméstica?

3: Olha, treinamento específico não! Mas sempre que as enfermeiras podem elas estão passando alguma coisa pra gente!

1: Nós tivemos uma palestra do Conselho Tutelar.

3: Isto!

1: Eles falaram um pouco. Mas a gente ter o treinamento para enxergar, específico não!

3: Como fazer a abordagem eles orientaram. Sabe aquelas reuniões que têm lá em cima? Sempre que o Conselho Tutelar pode, eles vão e passam alguma coisa pra gente. Ou passam a família que ele vêem que precisa mais da nossa atenção. A gente já até abordou uma família mas não sabia como chegar neles! Graças a Deus eles chegaram antes que a gente. Aí fica mais fácil né!

Entrevistador: Mas vocês acham que seria importante este treinamento?

1: Ah! Tudo que puder ser feito para acrescentar né!

3: tudo que puder ser feito para ajudar o nosso trabalho, com certeza!

6.4. Transcrição do Grupo D

Agentes: 1,2,3,4,5,6 e 7

Entrevistador: Bom, então eu queria saber primeiro de vocês, o que vocês entendem como violência doméstica contra crianças e adolescentes?

6: Desrespeito

Entrevistador: Desrespeito?

6: É... não só agressão, como o desrespeito verbalmente também. Porque geralmente não só as agressões atingem... verbalmente também atinge.

4: Certas palavras as vezes são mais fortes que qualquer outra coisa.

Entrevistador: Desrespeito que você fala, assim... com palavras mesmo?...

6: Você ta falando sobre violência, né?... Então... eu acho que chegar lá e espancar o filho, espancar a mulher, é um desrespeito com a família, com o ser humano...

Entrevistador: Então ela pode ser física, mas pode ser também com palavras?...

5: Verbalmente também. As vezes verbalmente dói mais do que agressão física. Porque agressão física vc bate. Mas verbalmente o sujeito guarda aquilo.

4: E aí fica traumatizado!

Entrevistador: E, para vocês, o que gera essa violência contra crianças e adolescentes? O que motiva? O que faz essa violência acontecer?

5: Acho que a falta de diálogo.

2: Também. Alcoolismo, a droga...

3: Falta de respeito, do filho pelo pai, do pai pelo filho...

7: Falta de amor

6: Falta de compreensão

5: Falta de atenção também. É o que está mais acontecendo! A criança ou a própria adolescente! (não dá continuidade na frase)

Entrevistador: E você?

1: Ah! Eu concordo! Com tudo que ele disse!

Entrevistador: Pra vocês, essa violência contra crianças e adolescente vem aumentando nos últimos tempos?

2: Eu acho que sim, na mídia sim!

Entrevistador: por que vocês acham que ela está aumentando? A que vocês atribuem esse aumento?

4: Eu acho que não é que vem aumentando. Acho que agora o pessoal está mais consciente de que tem que denunciar! Eu acho que agora o pessoal está procurando mais ajuda. Mas eu acho que ainda falta um pouquinho de iniciativa também. Mas eu acho que já melhorou bem! Por causa disso mesmo! Porque as pessoas estão denunciando, correndo atrás do direito deles de aprender!

5: Mas eu acho que falta mais iniciativa para os recursos? Porque muitas pessoas não denunciam, e isto está acontecendo em casa.

4: Porque as pessoas preferem sofrer caladas!

5: deixam passar em branco

Entrevistador: Vocês acham então que tá acontecendo igual, mas as pessoas estão ?...

4: estão mais conscientizadas, procurando ajuda...denunciando, porque também não estão tendo mais condições de ficar suportando!

7: Hoje eles tem mais conhecimento dos direitos deles.

4: É...e antes também não tinha tanto conhecimento, igual a pessoa vai denunciar e tem sigilo, não tem identificação, não tem nada... e antes não tinha isso...tanta oportunidade quanto tá tendo agora, na delegacia policial pra mulher e pra criança...acho que isso é que tá fazendo mais denunciar!

Entrevistador: E vocês, que falaram que está aumentando... por que vocês acham que está aumentando?

2: Porque tá vindo à tona tudo né?! Porque antes era tudo escondido!

4: Antes as pessoas tinham medo de denunciar e hoje não tem mais..

3: Ainda tem uma certa!

7: Mas tem muita gente...

3: Tem medo né! Ainda tem muita gente que fica calada!

Entrevistador: E no trabalho de vocês, vocês já detectaram algum tipo de violência contra crianças e adolescentes?

3: Eu já, mas não foi na minha área não.

2: O meu eu não sei se é violência, envolve a mãe, a irmã da mãe e o pai. É que o pai tem filho com a cunhada e mora todo mundo na mesma casa...e tem uma menina de 14 anos, filha dele com a mulher dele de verdade. E mora todo mundo junto!

7: Que confusão hein!

Entrevistador: E quais tipos vocês acham que acontecem com maior frequência? Mesmo quem não detectou, o que vocês acreditam que ocorre com mais frequência? Vocês me falaram de alguns tipos: violência física, com palavras,...

5: Porque a violência física, para a pessoa ficar com medo, basta um olhar da pessoa que agride. Basta um olhar que a pessoa já fica com medo! Eu acho que a física é a que acontece mais.

Entrevistador: E o que vocês acham? Vocês concordam com ele?

2: Eu concordo.

5: Porque geralmente, a pessoa que agride, o que acaba acontecendo?...Por exemplo, vai numa festa, aconteceu alguma coisa que ele não gostou (mas tem coisa que não tem nada a ver e que ele não gostou), só dele olhar pra mulher ela já fica com medo de depois, na hora de chegar em casa e com as crianças e adolescentes acontece da mesma forma.

Entrevistador: E você acha que com a criança e o adolescente acaba acontecendo a mesma coisa?

7: Sim! Acaba acontecendo da mesma forma!

3: Eu acho que acontece mais verbalmente, pais ameaçando os filhos, xingando os filhos...

Entrevistador: Quem vocês acham que são os principais agressores, no caso da violência contra crianças e adolescentes. Tem algum grau de parentesco? Você me falou de um pai, que chega bêbado em casa e bate...você acha que na maioria das vezes o pai é o principal agressor?

2: Não, nem sempre.

3: A mãe.

2: Mas pode ser na rua também!

3: É as vezes o pai vai trabalhar e a mãe que fica mais tempo né!

5: A mãe, porque a maioria dos pais trabalha o dia inteiro e a mãe está mais por dentro né!

7: O pai ou a mãe.

6: Principal é a mãe, mas inclui os pais também que têm mais convivência! As vezes o pai tem mais convivência. Então são os pais né! O meu pai me batia muito! E quando ele bebia ele descontava tudo na gente!

Entrevistador: No geral, vocês acham que essa violência que acontece contra crianças e adolescentes pode ser chamada de violência doméstica?

6: Acho que é doméstica...se é na rua é por falta dos pais. Então eu acho que é violência doméstica!

Entrevistador: Vocês podem apontar algumas características que sejam comuns às famílias com violência doméstica? Você falou do alcoolismo...você acha que toda família que tem alcoolismo tem violência doméstica?

2: Eu acho que nem sempre né?! Mas que ajuda, ajuda!

3: É interfere né!

Entrevistador: E o que mais? O que mais estas famílias teriam em comum? Além do alcoolismo?

2: Falta de dinheiro!

3: Falta de diálogo, de solidariedade!

2: Falta de instrução!

Entrevistador: Instrução assim, tudo mesmo?

2: É. Porque assim, (???)

7: Ou até mesmo o preconceito, né?

4: Eu acho que vai também de geração. Eu conheci uma família que pai do pai batia muito no filho e hoje ele faz o mesmo com os filhos. Ele fala assim “Meu pai me batia muito, me criou assim, e eu vou fazer a mesma coisa.” Eu acho que as famílias mais antigas tinham muito isto, o pai bater no filho, se o filho disser um não para o pai o pai já batia.

3: Na minha área acontece muito isto!

2: Mas filho de hoje não apanha tanto quanto antigamente não. Eu acho que não, pelo menos assim.

3: Mas tem pai que só do filho olhar para o lado o pai já está batendo!

1: É igual hoje em dia, tudo o filho fala que vai denunciar! Ele falou assim, “Eu vou chamar a policia pra vc!”

3: Você conversa com as crianças, eles não fala nada. Vc fala “ Olha fulano, estuda! Vai ser melhor pra você!” e ele fala “Ah! |Depois eu estudo!”

2: Mas eu acho que filho de hoje não apanha igual antigamente não! Eu acho que antigamente era cora mesmo! Antigamente era físico! Agora é verbalmente mesmo! E o filho maltrata o pai e a mãe, achando que é o contrário, que ele é que é a autoridade.

4: Mas eu acho que hoje em dia está dando muita corda para os filhos! A minha opinião é esta! Se a mãe dá um tampa na criança, pra educar, já estão falando. É claro que você não o vai espancar! Ai a criança já fala “A! Eu vou te denunciar!”

1: Eu acho que espancar não. Mas dá um tampa bem dado na hora que precisa, resolve sim! Mas não é espancar igual meu pai fazia com a gente. Ele batia até meus irmãos desmaiar. Aí é uma coisa totalmente diferente! Agora na hora que faz coisa errada, um bom tapa na bunda, bem dado! Resolve sim!

3: Agora se o pai ficar xingando dentro de casa, depois a criança vai xingar o que quiser e eles não vai conseguir parar.

Entrevistador: Então vocês acham que o filho acaba aprendendo agredir com os pais? A reproduzir?...

1: É. Eu tenho um caso que aconteceu recentemente que a filha bateu na mãe. Então eu acho assim, ah, talvez eu possa estar até enganada, mas eu acho que vem muito de geração em geração.

4: No geral perdeu o respeito de todas as formas!

1: Porque hoje o pai bate no filho mas quando ele estiver com 15, 16 anos ele é que vai bater no pai!

5: O problema é a liberdade! É que hoje em dia o pai dá muita liberdade! Liberdade também tem limite!

2: O filho fala “ Eu quero isso!” ; E tem que ser na hora!

Entrevistador: E vocês acham que tem relação da violência contra crianças e adolescentes e o uso de álcool?

1: Eu acho que de certa maneira sim.

3: Uma pessoa alcoolizada perde totalmente o juízo do que está fazendo!

2: Ou usa a bebida pra fazer!As vezes nem está bêbado!

1: Usa, faz o que não deve e depois fala: “Ah! Desculpa eu estava bêbado!”

Entrevistador: E o uso de drogas? Também estaria relacionado?

2: Aí é o contrário! O filho batendo nos pais!

Entrevistador: Então vocês acham que aí seria mais por parte dos filhos?

3: Sim. Aí no caso é filho com pai.

Entrevistador: E vocês acham que o álcool ou as drogas estão mais relacionados?

1: Ah! Os dois!

5: Os dois!

Entrevistador: E quando vocês identificam que está acontecendo caso de violência doméstica, contra crianças e adolescentes, quais providencias vocês tomam?

1: Primeiro a enfermeira

2: Primeiro a gente procura a enfermeira. E depois ela encaminha para a equipe.

4: É sempre deixou bem claro isto.

5: É porque a gente vai falar e ela vai encaminhar para o conselho tutelar.

Entrevistador: Então vocês não chegam a fazer nada diretamente não?

Todos: Não!

Entrevistador: Mas por que vocês não fazem nada? Então vocês não chegam a conversar com a família não?

2: Não, se a pessoa dá liberdade a gente chega.

3: É porque hoje em dia tem muita maneira de complicar né!

6: E já tem os órgãos específicos para lidar com estas situações.

Entrevistador: E naquele caso que vocês falaram, vocês chegaram a fazer a denúncia para o conselho?

Entrevistador: E eles falam assim também, como a gente vai interferir na vida das pessoas se depois a gente vai ter que voltar lá.

5: É você vai estar na casa da pessoa de novo numa próxima vez. A gente tem que ir dando conselhos indiretamente. Não podemos ir diretamente!

Entrevistador: E vocês acham que existe alguma solução para acabar com a violência doméstica contra crianças e adolescentes?

5: Eu ainda quero descobrir!

2: Eu acho que tem que começar lá em cima né. Tipo, no homem da marolinha né? É começa lá, porque é falta de dinheiro que gera a violência, é o bolsa família pra ajudar porque o pai não dá nada dentro de casa!

3: Mas eu acho que é o povo que também não sabe utilizar.

2: Tem como melhorar!

Entrevistador : Mas o que vocês acham que pode ser feito para diminuir?

2: Acho que dá uma educação melhor. Arranjar algo para as pessoas fazerem, porque mente vazia é casa do diabo!

Entrevistador: E, para vocês, que estão lá em Ibitipoca? Vocês acham que o turismo afeta de alguma forma os índices de violência de lá?

4: Lá? Lá nem tem! Porque nunca teve. Na minha área não!

5: É porque lá na verdade não tem limite de horário, a criança vê aquilo e futuramente a criança pode agredir os pais.

Entrevistador: Mas dos pais com os filhos vocês acham que poderiam ter alguma relação?

5: Depende muito do convívio dos pais com os filhos. Porque se não tiver um bom convívio, futuramente o filho pode usar drogas e chegar a agredir os pais.

Entrevistador: Mas em relação ao turismo não, né?!

Todos: Não.

Entrevistador: E vocês já receberam algum treinamento, tanto para identificar quanto para intervir em caso de violência doméstica?

Enfermeira: A gente teve uma palestra aqui.

Entrevistador: Mas especificamente?

Todos: Não.

Entrevistador: E vocês acham que seria interessante? Que ajudaria no trabalho de vocês?

6: Conhecimento nunca é demais, né?