



Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro*

Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazilian city

Comprendiendo la negligencia infantil desde la perspectiva de género: estudio en un municipio brasileño

Emiko Yoshikawa Egry¹, Maíra Rosa Apostólico¹, Leda Maria Albuquerque², Rafaela Gessner³, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca¹

* Extraído do projeto de pesquisa "Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra a criança", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa Interinstituições de Doutorado em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe the phenomenon of child neglect and understand it in a gender context. **Method:** Retrospective, quantitative, and exploratory study that analyzed reports of violence by a child and adolescent protection network in a Brazilian city. The theoretical and methodological basis applied was *TIPESC* (Theory of Nursing Praxical Intervention in Collective Health), with a gender emphasis. **Results:** Neglect of children under the age of ten represents more than half the reports received over all the years studied; more boys than girls suffered neglect and 41.4% of the reports of neglect involved children under than age of three; women were identified as being solely responsible in 67.9%, and as accessories in 17.3% of the incidents reported. **Conclusion:** Child neglect is a complex matter, the gender subordinate status inflicted on these children and their mothers who are responsible for their care underscore the social vulnerability of this group.

DESCRIPTORS

Negligence; Child Abuse; Domestic Violence; Gender Identity; Public Health Nursing.

Autor Correspondente:

Emiko Yoshikawa Egry
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 -
Cerqueira Cesar
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
emiyeegry@usp.br

Recebido: 21/08/2014
Aprovado: 04/04/2015

INTRODUÇÃO

No Brasil, existem dispositivos legais que protegem as crianças e os adolescentes de toda a forma de violência, incluindo a negligência. Especialmente a Constituição Federal de 1988 tem como fundamentos, entre outros, a cidadania e a dignidade da pessoa e como objetivo a promoção do bem de todos, sem qualquer discriminação, inclusive de idade. O texto constitucional estabelece como direitos do cidadão “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”⁽¹⁾.

As políticas públicas brasileiras de atenção à infância e à adolescência têm caráter protetivo e promotor do crescimento e desenvolvimento saudáveis. O Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado em 1990, estabelece que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana e devem ter garantidas as facilidades para seu desenvolvimento integral. Todos aqueles que submetem crianças e adolescentes a situações de negligência ou qualquer outro atentado à sua integridade serão punidos por sua ação ou omissão⁽²⁾.

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência atribuiu ao setor saúde um papel relevante no enfrentamento desses agravos, sem eximir a responsabilidade dos demais setores da sociedade, recomendando a articulação com diferentes segmentos sociais⁽³⁾.

O município de Curitiba, capital do Estado do Paraná, em 2001, criou a Rede de Proteção à Criança e Adolescente em situação de risco para violência cujo Protocolo⁽⁴⁾, elaborado em 2004, estabeleceu os tipos e naturezas das violências contra a criança e o adolescente que são passíveis de enfrentamento pelas instituições municipais. Definiu como tipos a violência intrafamiliar (cometida por membro da família, dentro ou fora do espaço da residência), a violência extrafamiliar (ocorre fora do convívio familiar, sendo o agressor qualquer pessoa), a autoagressão (incluindo suicídio e comportamentos que ameaçam a integridade física) e a violência fetal (cometida pela gestante contra o feto ou por terceiro contra a gestante, com objetivo de causar danos ao feto). As naturezas, segundo o Protocolo da Rede, compreendem a violência física (uso da força física não acidental que pode ou não deixar marcas), a sexual (realização de práticas sexuais contra vontade e com uso de força física ou psicológica), a psicológica (toda ação que compromete a autoestima, caracterizada por desrespeito, humilhação e rejeição) e a negligência (omissão ou não provimento das necessidades da criança, incluindo abandono e privação de cuidados)⁽⁴⁾.

A partir de sinais de alerta, profissionais de saúde, educação e assistência social, preenchem uma ficha de notificação e dão seguimento ao atendimento, conforme as ações integradas e intersetoriais para proteção e prevenção da violência, preconizadas pelo Protocolo. Além do acompanhamento da vítima, da família e do agressor nos casos notificados e confirmados, a Rede também desenvolve ações preventivas, como sensibilização dos profissionais e da comunidade sobre o tema e estratégias para intervir precocemente no problema⁽⁴⁾.

Segundo o Protocolo, o não provimento dos cuidados dentro do domicílio para atender às necessidades e aos cuidados de que a criança necessita para o seu adequado desenvolvimento resulta em negligência⁽⁴⁾. Pode ser caracterizada pela omissão de cuidados ou pelo desconhecimento sobre as necessidades das crianças, influenciados pelos elementos culturais, sociais e econômicos. Trata-se de uma violência de difícil caracterização e requer uma reflexão complexa acerca de seus determinantes. Ainda assim, é a violência mais notificada tanto no Brasil como no cenário internacional⁽⁵⁾.

A negligência infantil pode ocorrer em relação à proteção, saúde, educação e questões estruturais⁽⁴⁾. A negligência em proteção refere-se à exposição da criança a riscos. No caso da saúde, compõem o rol de negligências o não comparecimento às consultas de pré-natal e puericultura, além do não seguimento de tratamentos de saúde e outras medidas que comprometam a saúde da criança. Em relação à educação, são considerados negligência o desatendimento às demandas escolares, tais como participação em reuniões de pais, eventos ou outros compromissos da vida escolar da criança, a falta de acompanhamento do aproveitamento escolar e evasão.

Por fim, há a negligência decorrente de questões estruturais, econômicas e sociais, relacionadas às condições de vida da criança e família, mas fora do seu controle⁽⁴⁾. Se, por um lado, a violência interpessoal é mais visível, pois nela estão claros os sujeitos vítimas e agressores, a negligência estrutural torna-se invisível na maioria dos casos e, quando percebida, não está claro quem é o responsável por ela⁽⁶⁾. A família, provedora primária de cuidados, responsável pela vocalização e satisfação das necessidades da criança, compartilha com o Estado o papel de causador da negligência. Dessa forma, as condições estruturais não eximem a família de sua responsabilidade, embora esta necessite do amparo dos equipamentos sociais para a superação da situação de negligência.

Integram ainda o conjunto de negligências o abandono da criança no lar ou na rua, sem a companhia de um responsável e a falta de cuidados de higiene, alimentação, segurança, entre outros⁽⁴⁾. Esta caracterização indica, portanto, que na negligência, a natureza da violência está associada à dificuldade ou à impossibilidade de realizar o cuidado direto da criança e atender a suas necessidades, seja pelas condições estruturais, seja pelo déficit de habilidade e comportamento parental⁽⁵⁾. É possível registrar um ou mais tipos de negligência, simultaneamente, na ficha de notificação.

Outras formas de violência, como a física e sobretudo a sexual, podem ser consideradas de maior gravidade. Entretanto, a vivência crônica da negligência infantil é responsável por importantes danos ao desenvolvimento físico, emocional e social. A negligência está associada ao aumento da mortalidade infantil, à exposição a outras formas de violência e à restrição na experiência de novas relações sociais, tanto no ambiente familiar como na comunidade⁽⁵⁾. As sequelas produzidas pela negligência podem durar muitos anos, produzindo efeitos devastadores no desenvolvimento infantil, até mesmo mais significativos do que aqueles produzidos pela violência física. Portanto,

ao privilegiar apenas o combate à violência física contra crianças pode-se estar ignorando os malefícios reais provenientes da negligência, os quais são menos observados devido a sua natureza subjetiva⁽⁷⁾.

Historicamente, as mulheres são responsáveis pelo espaço privado. Além de gerar e gestar filhos, a maternagem inclui o cuidado integral à criança durante seus primeiros anos de vida. Ainda que na atualidade possam ser constatadas mudanças que gradativamente vêm se dando nos padrões de masculinidade, os homens pouco se responsabilizam pelos filhos, especialmente, em relação a cuidados como alimentação, higiene, segurança, acompanhamento escolar e de saúde, dentre outros. A eles continua cabendo, ao menos ideologicamente, a manutenção financeira da casa e da família. De outra parte, as mulheres têm cada vez mais ocupado os espaços públicos como força de trabalho, movidas por realização pessoal, necessidade de participação na receita familiar, ou ambos⁽⁸⁾. Esta concepção é reproduzida no âmbito familiar das relações e ainda nos serviços tais como escolas, unidades de saúde, entre outros, perpetuando e priorizando as responsabilidades da mulher no espaço privado e dos homens nos espaços públicos.

Considerando que as relações familiares são permeadas por desigualdades de poder, incluindo as de gênero, e que a negligência infantil ocorre nesse espaço⁽⁹⁾, questiona-se: de que forma a categoria gênero explica a ocorrência da negligência no ambiente doméstico?

Gênero pode ser definido como elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, nos processos de socialização de homens e mulheres. Seu uso permite compreender as construções sociais da feminilidade e da masculinidade, socialmente determinadas para homens e mulheres. A análise de gênero revela as condições desiguais de exercício de poder, nas quais as mulheres em geral ocupam posições subalternas e secundárias em relação aos homens⁽¹⁰⁾.

Com base no exposto, este estudo teve como objetivo caracterizar o fenômeno da negligência infantil e compreendê-lo à luz de gênero, com a finalidade de subsidiar ações em saúde, especialmente da Enfermagem, para a prevenção e o enfrentamento do problema.

MÉTODOS

Estudo exploratório, retrospectivo e descritivo, que utilizou dados de notificação de violência da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência de Curitiba.

A base teórica e metodológica da investigação foi a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC⁽¹¹⁾ e a categoria analítica gênero foi escolhida por sua potência explicativa dos fenômenos que envolvem as relações de poder entre homens e mulheres, homens e mulheres, mulheres e mulheres⁽¹⁰⁾. Assim, a abordagem de gênero buscou explicar a relação entre as variáveis sexo e idade da criança, sexo do agressor principal e relação do agressor com a criança. Tais variáveis estão presentes nas fichas de notificação de violência infantil, registradas no banco de dados da Rede de Proteção.

Os dados referentes ao período de 2004 a 2012 foram coletados em janeiro de 2013. Foram analisadas as notificações de casos suspeitos ou confirmados de violência do tipo doméstica, com a natureza negligência, envolvendo crianças menores de 10 anos de idade, moradoras no município de Curitiba. Os dados foram exportados do banco de dados da Rede de Proteção em planilha Excel e analisados por meio de estatística descritiva.

No período analisado, foram registradas 37.221 notificações de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes, configurando o universo deste estudo. Vale destacar que a Rede de Proteção também notifica casos de violência contra a gestante, quando atinge o conceito (violência fetal). Do total de notificações, 28.263 (75,93%) referiam-se a violência doméstica contra crianças moradoras de Curitiba, das quais 19.257 (51,73%) foram negligências. Destas, 11.811 (31,73%) representaram as notificações de negligência doméstica envolvendo crianças menores de 10 anos de idade, moradoras de Curitiba, amostra analisada neste estudo. Para algumas variáveis, o total foi diferente em virtude do não preenchimento de todas as informações da ficha de notificação.

Foram excluídas as notificações relacionadas a outros tipos de violência (extrafamiliar, fetal e autoagressão) e outras naturezas (física, sexual, psicológica e abandono), além de 61 registros que não apresentavam a idade da criança.

Foram destacados alguns resultados referentes ao grupo de menores de três anos de idade, devido à importância da primeira infância para o crescimento e desenvolvimento infantil e as implicações que seu comprometimento, em decorrência da violência, podem trazer para os sujeitos na infância, na vida adulta e para a sociedade.

Este estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado *Instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica para o enfrentamento da violência contra a criança*, financiado pela FAPESP e Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (Processos 2011/50.932-1 e 2012/06714-2). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, sob CAAE 02153012.9.0000.5392.

Sobre o cenário do estudo, vale destacar que, em 2010, Curitiba ocupava a 10ª posição no *ranking* nacional do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Contava com uma população de 1.751.907 habitantes, dos quais quase 220.000 correspondiam a menores de 10 anos de idade⁽¹²⁾. Os domicílios chefiados por mulheres somam 41,46% do município, e esse percentual é superior ao encontrado no Paraná (35,64%) e também no Brasil (38,74%)⁽¹³⁾.

RESULTADOS

Mais da metade das negligências notificadas envolveram crianças menores de dez anos. Em 2010, observou-se uma proporção de cinco notificações de negligência para cada 100 crianças desse grupo etário. A distribuição das notificações pela idade das crianças está representada na Tabela 1.

Das notificações de negligência registradas no período (n=11.811), 4.887 (41,4%) referiam-se a crianças menores de três anos, sendo que 3.222 (27,3%) incidiram sobre o

grupo dos menores de um ano de idade, o mais acometido por negligência quando comparado a outras idades.

Tabela 1 – Distribuição das notificações de negligência com menores de 10 anos, por idade da criança, no período de 2004 a 2012 - Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Idade em anos	N	%
menos que 1	3.222	27,3
1	973	8,2
2	692	5,9
3	604	5,1
4	640	5,4
5	672	5,7
6	916	7,8
7	1.121	9,5
8	1.455	12,3
9	1.516	12,8
Total	11.811	100,0

Fonte: Banco de Dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Em relação ao sexo, houve mais notificações envolvendo meninos (57,3%), especialmente a partir dos seis anos de idade (Figura 1). Vale destacar que em 107 (0,9%) notificações de negligência com recém-nascidos o sexo da criança não foi informado. Portanto, tais notificações não foram consideradas nesta figura, sendo subtraídas do grupo de menores de um ano.

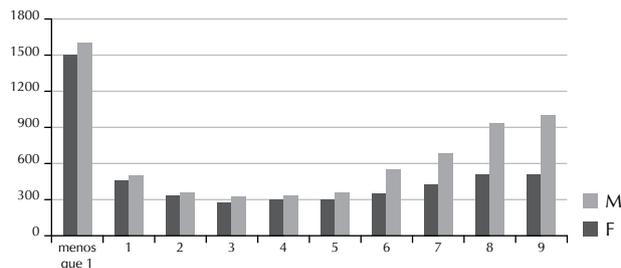


Figura 1 – Distribuição das notificações de negligência por idade e sexo da vítima, no período de 2004 a 2012 - Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Fonte: Banco de dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, PR, Brasil, 2013.

O tipo de negligência estava assinalado em 10.794 (91,3% do total) notificações, havendo ocorrência simultânea de mais de um tipo de negligência (Tabela 2).

Em relação ao tipo de negligência e a idade da criança, observou-se que especificamente para os menores de três anos de idade, as notificações de negligência diziam respeito à Saúde e à Proteção, enquanto para as crianças acima de três anos, as questões de saúde deram lugar à negligência na educação.

A variável sexo da criança, em relação ao tipo de negligência, apresentou valores percentuais próximos à proporção geral de 57,3% para meninos e 42,7% para meninas, exceto para negligência Saúde-Educação e Saúde-Educação-Proteção, em que os meninos representaram 70,8 e 70,4% dos casos, respectivamente.

Tabela 2 – Distribuição das notificações de negligência com menores de 10 anos, por faixa etária, no período de 2004 a 2012 - Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Tipo de negligência	Menos de 3		3 a 9		Total	
	N	%	N	%	N	%
Saúde-Proteção	2498	23,1	1277	11,8	3775	35,0
Proteção	1177	10,9	1641	15,2	2818	26,1
Educação	3	0,0	826	7,7	829	7,7
Saúde	325	3,0	429	4,0	754	7,0
Saúde-Educação	7	0,1	605	5,6	612	5,7
Educação-Proteção	9	0,1	476	4,4	485	4,5
Saúde-Proteção-Estrutural	252	2,3	164	1,5	416	3,9
Saúde-Educação-Proteção	13	0,1	393	3,6	406	3,8
Proteção-Estrutural	105	1,0	165	1,5	270	2,5
Saúde-Educação-Proteção-Estrutural	8	0,1	111	1,0	119	1,1
Estrutural	54	0,5	52	0,5	106	1,0
Saúde-Estrutural	31	0,3	42	0,4	73	0,7
Educação-Proteção-Estrutural	3	0,0	62	0,6	65	0,6
Educação-Estrutural	0	0,0	42	0,4	42	0,4
Saúde-Educação-Estrutural	2	0,0	22	0,2	24	0,2
Total	4487	41,6	6307	58,4	10794	100,0

Fonte: Banco de Dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para violência de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Verificou-se que a razão de sexo observada para as crianças manteve-se também em relação ao sexo do agressor, demonstrando que a negligência acomete ambos os sexos de forma semelhante ao panorama geral, seja o agressor homem ou mulher. A mulher foi a mais apontada como responsável para os casos de negligência com menores de 10 anos de idade, com 7.937 (67,9%) das notificações, seguida por ambos os sexos como principais responsáveis em 2.028 (17,3%) e somente os homens em 1.731 (14,8%). Outras 115 (0,9%) notificações não continham esta informação.

Na distribuição etária das crianças, observou-se que, quanto menor a criança, mais a mulher é responsabilizada (Figura 2).

As notificações atribuídas às mulheres aumentaram ao longo do período estudado, enquanto as imputadas aos homens diminuíram. Somente a partir de 2008, a Ficha de Notificação passou a apresentar a casela *pais*, com a possibilidade de indicar ambos os progenitores como responsáveis principais pela violência infantil.

Quanto à relação do agressor com a criança, foi possível identificar que em 7.568 (64,1%) casos notificados de negligência, a mãe da criança foi indicada como responsável, em 1.573 (13,3%) o pai e em 1.977 (16,3) ambos os pais. No restante (693 – 5,8%), os responsáveis apontados foram desconhecidos, não informados e outros, tais como avós e tios, dos quais 369 (53,2%) são do sexo feminino.

Quanto ao tipo de negligência segundo o sexo do agressor, foram analisadas 10.687 (90,48% do total) notificações,

que continham ambas as informações. A mulher apareceu como principal responsável em todos os tipos e, muitas vezes, foi notificado mais de um tipo de negligência, como mostra a Tabela 3.

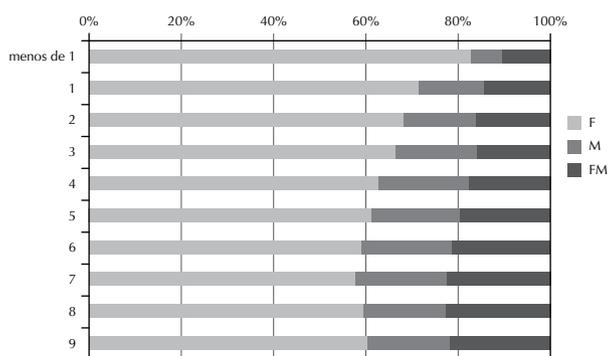


Figura 2 – Distribuição das notificações de negligência com crianças menores de 10 anos, por sexo do agressor e idade da criança em anos, no período de 2004 a 2012 - Curitiba, PR, Brasil, 2013 (N= 11.696).

Fonte: Banco de dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Tabela 3 – Distribuição das notificações, por tipo de negligência com menores de 10 anos, por sexo do agressor, no período de 2004 a 2012 - Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Tipo de negligência	Mulher n (%)	Homem n (%)	Ambos n (%)	Total
Educação	1.448 (56,3%)	342 (13,3%)	782 (30,4%)	2.572
Saúde	4.280 (69,8%)	640 (10,4%)	1.212 (19,8%)	6.132
Proteção	5.692 (68,8%)	1.205 (14,6%)	1.377 (16,7%)	8.274
Estrutural	686 (63,5%)	161 (14,9%)	233 (21,6%)	1.080

Fonte: Banco de dados da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, PR, Brasil, 2013.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados evidenciaram que crianças de ambos os sexos sofrem negligência. Entretanto, observou-se diferença no número absoluto de notificações em relação a esta variável. A diferenciação de gênero está relacionada às diversas naturezas de violência. Se, por um lado, as meninas sofrem menos com a negligência e mais com as formas graves de violência, tais como a violência sexual e física, aos meninos há uma imposição de padrões sociais como expressão de força, poder e dominação. Estão eles, portanto, mais expostos aos maus-tratos, como a negligência reiterada e submetidos ao encobrimento, banalização e naturalização de outras formas de violência que questionem o papel social do homem e sua masculinidade⁽⁹⁻¹⁴⁾.

Por outro lado, e corroborando com outros autores⁽⁸⁻⁹⁾, a disparidade entre o percentual de mulheres e homens que são responsabilizados pela negligência pode ser explicada pela diferenciação das suas condições de vida, com a atribuição de funções grupais e familiares, social e historicamente

construídas, resultando em diferentes graus de responsabilidade em relação ao cuidado à criança. Dessa forma, a matriz de gênero – social e historicamente construída – explica as diferenças na caracterização dos agressores em relação à negligência infantil.

O aumento significativo das necessidades de consumo socialmente impostas tem mudado o perfil dos gastos familiares e, com isso, a demanda por aumento da renda familiar⁽⁸⁾. A nova conformação das famílias, com as mulheres fazendo cada vez mais parte do mercado de trabalho, ou mesmo chefiando as famílias, produzem novas configurações nos cuidados à prole⁽¹⁵⁾.

Para as mulheres, além de meio para obtenção de recursos financeiros, o trabalho remunerado, dentro ou fora de casa, pode ser um espaço que propicia autorrealização e aquisição de competências sociais⁽¹⁵⁾. No caso da realização pessoal, a elas já não basta o espaço doméstico que lhe era reservado até pouco mais de meio século, é preciso alçar voos maiores, em busca da realização pessoal como sujeito social. Além dos ganhos em escolarização e autonomia para a cidadania, o trabalho produtivo remunerado é condição *sine qua non* para a vida em sociedade⁽⁸⁾.

A grande contradição presente em tudo isto é que, ao contrário da responsabilidade partilhada na divisão do trabalho em todas as esferas, o trabalho doméstico ainda é naturalmente feminino. A situação agrava-se no caso de ausência do cônjuge ou do companheiro, situação em que as mulheres assumem todos os encargos domésticos e produtivos, o que pode impactar negativamente no desempenho da maternagem, no cuidado da casa e da família.

Mesmo no campo do trabalho, as condições de subalternização acometem mais mulheres e de modo mais intenso que os homens, sob a forma de subvalorização do trabalho, marcado pela baixa qualificação e desvalorização social, e falta de bens de consumo e serviços para dar suporte às suas atividades. As relações desiguais de gênero acentuam as desigualdades relacionadas à classe social e à geração. A situação social precária que as mulheres vivenciam as impedem de obter condições de vida satisfatórias para si mesmas e também para seus filhos⁽¹⁶⁾, dada a oferta reduzida de vagas em equipamentos sociais como creches e outras instituições que possam acolher as crianças no período de trabalho dos adultos da família. A existência de creches não deve ser vista apenas como recurso para facilitação das condições de vida das mulheres, mas de toda a família, constituindo um espaço de cuidado, educação e bem-estar das crianças.

Estudo português aponta que o trabalho exerce um ligeiro efeito protetor em relação às ocorrências de violência infantil. Porém, o vínculo precário, a insatisfação com o trabalho ou a instabilidade profissional têm efeitos contrários, pois elevam os níveis de estresse e prejudicam o exercício da parentalidade, sobretudo no que diz respeito à negligência. As condições econômicas e sociais precárias não são determinantes diretas da negligência, mas prejudicam as possibilidades de inserção em postos de trabalho mais qualificados, contribuindo para a insatisfação e comprometendo as relações entre mães, pais e filhos⁽¹⁵⁾.

No nosso estudo, os resultados evidenciaram que os tipos de negligência diferem conforme a idade da criança. A negligência para com a saúde é mais notificada para os menores de três anos enquanto a negligência de educação é mais frequente com as crianças maiores. Mesmo que a inserção nos espaços sociais de saúde e educação se modifique com o crescimento da criança, a mulher permanece fadada ao papel inexorável de cuidadora dos filhos, geralmente sem a devida participação do homem ou do restante da família, além dessa situação ser reforçada pela postura dos serviços.

Ao imputar às mães o cuidado dos filhos, a sociedade cobra das mulheres tempo e dedicação, sem questionar a responsabilidade da figura paterna, muitas vezes ausente. Ainda que haja um pai presente na família, as instituições escolares cobram a presença somente da mulher-mãe na reunião de pais e mestres, e sua ausência é vista como negligência. A postura do serviço de saúde é semelhante, ao esperar que a mulher seja a única responsável pela presença nas consultas de acompanhamento, no prosseguimento de tratamentos e nos cuidados gerais de saúde⁽¹⁷⁾.

Este modelo reproduz uma realidade ultrapassada de um tempo em que as mulheres dedicavam-se integralmente ao lar e ao cuidado dos filhos, sem assumir atividades profissionais fora de casa. A presença feminina cada vez maior no mercado de trabalho, seja pela emancipação, seja pela necessidade de sobrevivência, transformou a realidade anterior em um panorama de desamparo social com consequências sérias para crianças, famílias e sociedade.

Ao olhar o fenômeno da violência de forma generificada, o setor saúde, bem como os demais, tenderá a mudar a percepção dominante que reforça a visão idealizada da mulher-mãe a serviço da família⁽¹⁷⁾. A violência e, sobretudo, a negligência infantil devem ser tratadas como problemas de cunho social e político. O setor saúde abarca a maior parte das ações, mas não cabe exclusivamente a ele o enfrentamento da problemática. É necessário o trabalho intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar que extrapole a dimensão biológica e possa agregar uma rede de apoio social, além da parceria com a comunidade⁽¹⁸⁾.

As dificuldades de identificação da negligência no contexto familiar apontam para a necessidade de aprimorar o trabalho dos profissionais que atuam junto às famílias. A proximidade e o conhecimento das diferentes dinâmicas familiares, levando em conta a cultura, a inserção econômica e principalmente as relações de gênero, favorecem a identificação dos casos e a transformação de seus determinantes. A atuação dos profissionais da Atenção Básica é privilegiada, nesse sentido⁽¹⁴⁾. A essa abordagem, soma-se a compreensão das formas de produzir e viver das mulheres, ou seja, a forma como se inserem nos processos de produção e de reprodução no mundo do trabalho e da família, possibilitando a identificação de vulnerabilidades e necessidades comuns ao seu grupo social.

A notificação da violência é uma estratégia recente adotada no Brasil, sabendo-se pouco ainda a respeito da sua operacionalização. Da mesma maneira, a visibilidade dos dados ainda é pequena. Reconhecida como um instrumento disparador, requer um conjunto de ações organizadas e de

ordem política, legal, social e ética⁽¹⁹⁾, tal como se observa em contextos que buscam o enfrentamento em rede.

Um estudo realizado com dentistas na Arábia Saudita acerca dos conhecimentos, atitudes e experiências desses profissionais mostrou que, embora tenham conhecimento do tema e presenciado relatos de violência infantil, poucos os reportaram ou notificaram. Os motivos que levaram à falta de notificação foram o medo de represália da família, a insegurança em relação ao diagnóstico de violência e a incerteza de gestão do caso⁽²⁰⁾. Daí a importância do trabalho em rede, na qual a responsabilidade pela notificação deixa de ser do profissional e passa a ser da instituição, que deverá desempenhar ações de monitoramento da criança e da família, encaminhamentos e intervenções diretas, tal como a educação em saúde.

Como mostrou este estudo, se o fenômeno da negligência infantil não for iluminado com categorias potentes tal como gênero, não há como detectar grupos sociais mais vulneráveis e, portanto, alvos mais urgentes de políticas públicas articuladas e de ações efetivas do setor saúde e educação, considerando as suas especificidades. Não há nada mais inócuo do que prescrever soluções genéricas para grupos sociais distintos, levando ao desperdício de projetos, programas e ações. A notificação é um instrumento potente para dar visibilidade aos casos de violência, mas sua interpretação deve ser cautelosa e crítica, sob pena de culpabilizar vítimas inocentes.

De acordo com o marco teórico da TIPESC⁽¹¹⁾, podem-se vislumbrar possibilidades imediatas de atuação dos profissionais, por meio do questionamento da realidade da violência infantil e das políticas públicas para seu enfrentamento, a partir de uma perspectiva ética e política voltada para a compreensão da violência como fenômeno social e multifacetado. Para isso, é necessário um estudo crítico das vulnerabilidades do território e das famílias que ali residem, compreendendo seu perfil de fortalecimentos e desgastes, além de construir estratégias e transformar essa realidade por meio de ações intersetoriais em rede com os equipamentos presentes.

A adoção da perspectiva de gênero permitirá rever os estereótipos que imputam à mãe a carga pela ocorrência da negligência, redistribuindo para a família e a sociedade a responsabilidade pela garantia de direitos das crianças.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência no Brasil foi formulada para atender à demanda da população brasileira no sentido da erradicação da violência. Entretanto, ainda não foram estabelecidos mecanismos para atuar nos determinantes sociais da violência. Apesar dos avanços, há entraves a serem superados tais como a desagregação das redes e atomização das ações⁽²¹⁾.

As políticas sociais brasileiras ainda estão voltadas para determinados segmentos da sociedade – pobres, marginalizados e necessitados – selecionando, estigmatizando, segmentando e rotulando as famílias pobres, atuando em sentido contrário ao reconhecimento de direitos sociais, respeito à dignidade, à vida, ao corpo e ao desenvolvimento integral⁽²²⁾. Esse direcionamento reforça os ideais neoliberais

de assistencialismo aos pobres e a consolidação do capitalismo como modo de produção e modelo de vida imposto à população, eximindo o Estado de políticas consistentes de valorização de direitos e autonomia dos indivíduos.

As políticas públicas em saúde, adotadas pelo município de Curitiba, são exemplares em muitos aspectos relativos à articulação dos setores e também à organização dos serviços assistenciais, gerenciais e de informação dos dados. Aliadas à participação popular refletem-se positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade. Há que se considerar, porém, que muitos programas de saúde ainda trabalham fundamentados no critério de risco, insuficiente para o reconhecimento das necessidades em saúde da população⁽²³⁾ e para enfrentar um problema tão complexo como a violência infantil.

Esse enfrentamento requer a formação de redes, pois o setor saúde não pode enfrentar sozinho um problema multifacetado e com determinantes nos diferentes âmbitos da vida dos sujeitos. É essencial a atuação do Estado cumprindo seu papel de garantidor de direitos, oferecendo caminhos para superação da violência.

Uma formação profissional generificada, crítica e com base nos aspectos da realidade, é ponto-chave para a proposição de estratégias de superação da negligência. Além disso, serviços sociais, de saúde e de educação, redes de apoio e suporte social são fundamentais para superar as experiências negativas de vida da população vulnerável à violência⁽¹⁵⁾, pois criam multiplicam espaços salutogênicos de relações interpessoais. O profissional de saúde é peça fundamental e estratégica na cobrança da presença e da atuação do Estado, dada sua estreita relação com o território de atuação.

Este estudo apresenta a limitação de não explorar a categoria geração, uma vez que trata também das relações sociais e familiares com a presença de diferentes grupos geracionais: a criança, o adolescente, o adulto e o idoso⁽²⁴⁻²⁵⁾. Estudos subsequentes devem ser realizados abordando as duas categorias.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu evidenciar o fenômeno da negligência infantil, registrada na base de dados da Rede de Proteção de Curitiba, na perspectiva de gênero. Identificou que os meninos sofrem mais negligência que as meninas e que as mulheres (mães ou cuidadoras) são as principais responsabilizadas, sobretudo no que tange à negligência relativa à educação e à saúde. A subalternidade do gênero feminino, expressa na responsabilização solitária do cuidado da prole, exacerbada pela ausência da figura paterna, na culpabilização por não dar amparo às necessidades de subsistência, de assistência, de cuidado e de monitoramento do desenvolvimento infantil e na precarização das condições de vida e trabalho, impõe às mulheres condições desfavoráveis para o desempenho salutar da maternagem. Isto é válido tanto para as mulheres que exercem atividade remunerada fora de casa como para as que não se encontram nesta situação. A sociedade as culpabiliza como se fosse inerente a elas a função da maternagem, sem indagar de onde procedem estas mulheres, em termos de classe social, nível educacional e outros, e quais os atributos sociais que possuem em termos de conhecimento para dar conta do cuidado das crianças, eximindo o Estado de toda e qualquer responsabilidade social.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o fenômeno da negligência infantil e compreendê-lo na perspectiva de gênero. **Método:** Estudo retrospectivo, quantitativo e exploratório que analisou oito anos de notificação de violência de uma rede de proteção à criança e ao adolescente de uma cidade brasileira. A base teórico-metodológica foi a TIPESC, privilegiando a categoria gênero. **Resultados:** A negligência com crianças menores de dez anos constituiu mais da metade das notificações em todos os anos estudados; os meninos foram os mais negligenciados e 41,4% das notificações de negligência eram de menores de três anos; a mulher foi apontada como a única responsável em 67,9% e coparticipante em 17,3% das notificações de negligência. **Conclusão:** A negligência infantil é um fenômeno complexo e a subalternidade de gênero a que estão submetidas as crianças e as mães responsáveis pelo cuidado denota a vulnerabilidade social deste grupo.

DESCRITORES

Negligência; Maus-Tratos Infantis; Violência Doméstica; Identidade de Gênero; Enfermagem em Saúde Pública.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el fenómeno de la negligencia infantil y comprenderlo desde la perspectiva de género. **Método:** Estudio retrospectivo, cuantitativo y exploratorio que analizó ocho años de notificación de violencia de una red de protección al niño y al adolescente de una ciudad brasileña. La base teórico-metodológica fue la TIPESC, privilegiando la categoría género. **Resultados:** La negligencia con niños menores de diez años constituyó más de la mitad de las notificaciones de negligencia en todos los años estudiados; los niños fueron los que más sufrieron negligencia y el 41,4% de las notificaciones de negligencia eran de menores de tres años; la mujer fue señalada como la única responsable en el 67,9% y coparticipante en el 17,3% de las notificaciones de negligencia. **Conclusión:** La negligencia infantil es un fenómeno complejo y la subalternidad de género a que están sometidos los niños y las madres responsables del cuidado denota la vulnerabilidad social de ese grupo.

DESCRIPTORES

Negligencia; Maltrato a los Niños; Violencia Doméstica; Identidad de Género; Enfermería em Salud Pública.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília; 1988 [citado 2015 fev. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Brasil. Lei No 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2015 fev. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2015 fev. 10]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>
4. Curitiba. Prefeitura Municipal; Fundação de Ação Social. Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2008.
5. Pasion MS, Faleiros JM, Bazon MR, Lacharité C. Negligência infantil: a modalidade mais recorrente de maus-tratos. Pensando Fam [Internet]. 2013 [citado 2015 fev. 10];17(2):61-70. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17n2a05.pdf>
6. DeVerteuil G. Conceptualizing violence for health and medical geography. Soc Sci Med. 2015;133:216-22.
7. Sudbrack R, Manfro PH, Kuhn IM, Carvalho HW, Lara DR. What doesn't kill you makes you stronger and weaker: how childhood trauma relates to temperament traits. J Psychiatr Res. 2015;62:123-9.
8. Guedes RN, Fonseca RMGS. Autonomy as a structural need to face gender violence. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 10];45(n.spe 2):1730-4. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_16.pdf
9. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Recurrence of violence against children in the municipality of Curitiba: a look at gender. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 2014 May 12];25(6):895-901. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/en_v25n6a11.pdf
10. Fonseca RMGS. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. In: Programa de Atualização em Enfermagem na Saúde do Adulto - PROENF. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2008. p. 9-39.
11. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
12. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Curitiba, PR [Internet]. Curitiba; 2013 [citado 2015 fev. 10]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/curitiba_pr
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2014 jan. 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo/2010/>
14. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2014 May 12];20(2):266-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/08.pdf>
15. Calheiros MM, Lima ML, Silva C. Extravasamento trabalho-família quando é que as condições de trabalho contribuem para práticas maternas abusivas? Aletheia [Internet]. 2012 [citado 2015 fev. 10];(37):23-41. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a03.pdf>
16. Fonseca RMGS. Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadoras. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri: Manole; 2013. p. 32-71.
17. Olivi ML, Fonseca RMGS. A mãe sob suspeita: falando da saúde da criança em idade escolar. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):213-21.
18. Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Health care professionals' approaches to address family violence against children and teenagers. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2015 Feb 10];22(n.spe):903-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/en_12.pdf
19. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. Interface Comun Saúde Educ. 2011;15(38):819-32.
20. Al-Dabaan R, Newton JT, Asimakopoulou K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. Saudi Dent J. 2014;26(3):79-87.
21. Sakata KN, Egry EY, Narchi NZ. National policy for reduction of morbidity and mortality from accidents and violence in Brazil: the alignments to international perspectives. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 10];48(n.spe 2):197-203. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/0080-6234-reeusp-48-nspe2-00197.pdf>
22. Vendruscolo TS, Ferriani MGC, Silva MAI. Public care policies for child and adolescent victims of domestic violence. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2007 [cited 2015 Feb 10];15(n.spe):812-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/15.pdf>
23. Chaves MMN, Egry EY. Municipal Health Conferences: the organized social movement to create health interventions. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 10];46(6):1423-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_20.pdf
24. Sarmiento MJ. Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. Educ Soc [Internet]. 2005 [citado 2015 fev. 10];26(91):361-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v26n91/a03v2691.pdf>
25. Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, saúde coletiva e enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. Rev Bras Enferm. 2013;66(n.spe):119-33.

Apoio Financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).
Processo FAPESP 20122/50.932-1 e Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV).
