



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REFLETINDO ACERCA DAS PRÁTICAS COMUNICACIONAIS

por

Michele Figueiredo Paula

Projeto de Pesquisa apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Orientadora: Kátia Lerner, Doutora em Antropologia Social pela Faculdade de Ciências Sociais / UFRJ.

Rio de Janeiro, dezembro de 2009.

“(...) o erro do intelectual consiste em acreditar que se possa saber sem compreender e, principalmente, sem sentir e estar apaixonado”.

Gramsci

SUMÁRIO

- 1 - Introdução _____ **Erro! Indicador não definido.**
- 1.1 - A imagem construída da infância e da família a partir de uma perspectiva histórica
_____ **Erro! Indicador não definido.**
- 1.2 - Análise da infância na perspectiva do Direito e da cidadania _ **Erro! Indicador não definido.**
- 1.3 - A abordagem da violência nos serviços de saúde __ **Erro! Indicador não definido.**
- 2 - Justificativa _____ **Erro! Indicador não definido.**
- 3 - Objetivos _____ **Erro! Indicador não definido.**
- 4 - Hipóteses _____ **Erro! Indicador não definido.**
- 5 - Referencial Teórico _____ **Erro! Indicador não definido.**
- 5.1 - Os modelos e as perspectivas teóricas da comunicação que foram apropriadas no campo da saúde _____ **Erro! Indicador não definido.**
- 5.2 – Conceitos que vêm contribuindo para uma nova forma de se conceber a comunicação _____ **Erro! Indicador não definido.**
- 6 – Metodologia _____ **Erro! Indicador não definido.**
7. Cronograma _____ **Erro! Indicador não definido.**
- 8 - Referências Bibliográficas _____ **Erro! Indicador não definido.**

1 - Introdução

Quem nunca presenciou ou ouviu falar de uma situação de violência doméstica contra uma criança? Essa é uma pergunta de grande importância e impacto para introduzirmos essa proposta de trabalho. Primeiro porque ela nos remete a pensar na amplitude, dimensão e complexidade dos fatos, fatos estes que estão ligados a inúmeras variáveis, tais como a questão de classe, gênero, etnia, dentre outras, e, segundo, porque nos permite visualizar que o problema da violência não é recente, e historicamente não se constituiu como uma preocupação pública, permanecendo durante muitos anos camuflado, sem visibilidade para o fomento de políticas públicas e para se repensar no âmbito dos serviços o acolhimento, o acompanhamento e encaminhamento dessas questões.

No entanto, nas últimas décadas esse quadro mudou, as notícias sobre violência contra a criança são mais divulgadas por veículos de comunicação como a televisão, o rádio, os jornais e a Internet. Essa divulgação publiciza o debate, trazendo para a discussão um assunto que antes não rompia as paredes do espaço privado das casas.

Visando trazer contribuições a esse debate, a presente proposta de trabalho visa refletir acerca das práticas comunicacionais, quando a questão é a violência doméstica contra a criança nos serviços de saúde, fortalecendo as discussões no campo da comunicação e saúde e no âmbito dos serviços.

Segundo dados do Ministério da saúde, extraídos da cartilha *Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura da paz* (Ministério da Saúde, 2009), muitas das situações de violência contra a criança acontecem em casa, esses índices chegam a alcançar 58% dos casos, quando se trata de violência sexual, podendo ser promovidas por pais, responsáveis, cuidadores ou pessoas de convívio próximo da criança. E, mesmo parecendo contraditório, essas relações são regidas, também, por concepções de afeto e cuidado muito próprias de cada contexto cultural e local, e muito relacionadas à dinâmica de cada família.

Existem várias concepções teóricas sobre o tema da violência doméstica, mas não podemos refletir acerca do tema sem considerar as particularidades de ser criança e de entender que a violência vai afetar o crescimento, o desenvolvimento e a auto-construção, influenciando todas as outras etapas da vida.

Em um artigo intitulado “Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica”, os autores definem:

“A violência doméstica representa toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora do lar por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue” (Saliba, et al 2007: 473).

Ferreira e Schrmam, ao escreverem sobre as “implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde”, apontam:

“(...) para caracterizar um ato como violento, devem ser preenchidas pelo menos as seguintes condições: causar um dano a terceiros; usar a força (física ou psíquica); ser intencional; e ir contra a livre e espontânea vontade de quem é objeto do dano” (Ferreira e Schrmam, 2000: 660).

Cabe-nos ressaltar que, historicamente, a violência constitui-se como uma forma de relação desigual, permeada por disputa de poder e dominação, pode ser interpretada de várias formas, existindo vários significados para o termo. Entretanto, o que nos interessa nesta análise é “compreender que ela está inscrita na estrutura da sociedade e está associada à negação de direitos” (Cono, 2007:43).

Dentre as formas de violência doméstica encontramos: a sexual, a psicológica, a física e a negligência. O abuso sexual é definido como “ato ou jogo, hetero ou homossexual” visando a obtenção de estímulos ou prática sexual voltada à satisfação do desejo sexual de um adulto, ou adolescente mais velho; a psicológica ocorre através da “ameaça ou depreciação” interferindo no campo emocional; o abuso físico requer o uso da força “podendo infligir dor e até morte” e a negligência é falha ou omissão aos cuidados, quando existe condições desses cuidados serem oferecidos pelas famílias (Bazon, 2008).

Pensar sobre a violência doméstica contra a criança requer pensar sobre as concepções implícitas neste tema como educação, moralidade, além de ser necessário analisar o contexto sociocultural em que ocorre a violência. Uma análise histórica e cultural certamente nos ajuda a perceber o quanto a noção de infância e família mudaram ao longo

da história, assim como, a própria concepção de educação e cuidado foram sendo remodeladas.

1.1 - A imagem construída da infância e da família a partir de uma perspectiva histórica

No imaginário das sociedades contemporâneas ocidentais, a família é uma instituição composta por pais (um homem e uma mulher) e filhos, vivendo em uma casa. Essa noção que ainda é predominante e insistente na atualidade, mesmo após mudanças de reconfigurações, tem origens históricas e é culturalmente definida.

Essa imagem típica da família nuclear burguesa corresponde ao modelo de família que passou a ser socialmente valorizado no início do século XVIII (Áries, 2006). E, é a partir desse século que a família passa a se tornar uma instituição fechada a seus membros.

Ariès, em seu livro *História social da criança e da família*, aponta que: “Ainda no século XIX, na Europa, a população mais pobre e mais numerosa vivia como as famílias medievais, com as crianças afastadas da casa dos pais” (Ariès, 2006:189).

O escritor explicita que a família até o século XV, não existia em termos afetivos entre os pobres, e, quando havia riqueza ou bens, o sentimento era de “relação de linhagem” (Áries, 2006).

Ao longo de um processo sóciohistórico a imagem da criança foi se associando à imagem dos pais e do lar. Até fins da idade média a criança era educada por estranhos fora de sua casa. O retorno da criança ao lar ocorreu por volta do século XVII. “A criança tornou-se um elemento indispensável da vida quotidiana, e os adultos passaram a se preocupar com sua educação, carreira e futuro” (Áries, 2006:189). Cabe ressaltar também, que as instituições religiosas tiveram forte influência na restauração da vida familiar.

Donzelot, ao realizar também um estudo histórico acerca da infância, da família e da constituição da prática médica, em sua obra descreveu sobre a importância de um assunto que ganhou visibilidade, na Europa, em meados do século XVIII, o tema da “conservação das crianças” (Donzelot, 1986).

O alto índice de mortalidade infantil ligado à questão da amamentação e cuidados por nutrízes (mulheres pobres que amamentavam diversas crianças ao mesmo tempo), a

prática do abandono ou conseqüente morte até a chegada aos distantes locais de moradia dessas nutrizes, e a prática do enfaixe de crianças, foi alvo de médicos preocupados com a educação dos filhos dos ricos e com o enfraquecimento da elite (Donzelot, 1986).

Entre os séculos XVIII e fins do século XIX, os médicos elaboraram para as famílias livros sobre criação, educação e medicação das crianças (Donzelot, 1986).

“Até a metade do século XVIII a medicina não tinha interesse nas crianças e nas mulheres. Simples máquina de reprodução, estas últimas tinham sua própria medicina que era desprezada pela faculdade e cuja lembrança foi guardada pela tradição através da expressão ‘remédio de comadre’. O parto as doenças da parturiente, as doenças infantis eram coisas de ‘comadres’, corporação assimilável às domésticas e as nutrizes que compartilhavam seu saber e o colocavam em prática. A conquista desse mercado pela medicina implicava, portanto, uma destruição do império das comadres, uma longa luta contra suas práticas consideradas inúteis e perniciosas” (Donzelot, 1986).

Com a incorporação desse modelo voltado à privacidade e à criação dos filhos junto aos pais, as estruturas de família que não se enquadravam nesse padrão passavam a ser vistas como diferentes ou desestruturadas.

Não há uma linearidade (ou um marco histórico), para se compreender de forma exata quando surge esse padrão familiar, assim como, não existe uma “linha do tempo” onde se possa definir quando começa e, onde termina a história. Ao falarmos de famílias estamos falando de relações, de culturas, de valores e significados próprios.

Essa reflexão é importante à compreensão de que não existe apenas um modelo de família. Embora, a visão sociohistórica produzida nos remeta, freqüentemente, à imagem da família nuclear burguesa.

Ao direcionarmos nossos olhares para a sociedade contemporânea, veremos que as mudanças ocorridas em decorrência da política, da economia, do avanço da ciência e da tecnologia, dentre muitas outras, influenciaram também mudanças no âmbito da família.

Mas, apesar das inúmeras mudanças na estrutura e configuração da família, o que se espera em termos de função continua resguardado. O papel social de pai, mãe, filhos, o simbolismo do lar, e a noção de que família oferece cuidados e proteções continuam preservados.

Estudos sobre a questão da violência doméstica contra criança demonstram que ao longo da história o castigo vêm estabelecendo uma relação muito próxima com princípios de educação, ou seja, o castigo foi e, ainda é utilizado como forma de educar. Inclusive, dentro das casas os castigos físicos eram muito empregados.

“(...) a aplicação de castigos físicos às crianças brasileiras foi introduzida pelos padres da companhia de Jesus, na era colonial, que afirmavam serem eles importantes para a vida futura, reservando aos que faltavam à escola jesuítica as palmatórias e o tronco” (Delfino et al, 2005: 40).

As mudanças de concepção em relação à infância começam a acontecer a partir das alterações iniciadas no mundo no pós-guerras e pelos avanços da medicina e da psicologia que passaram a influenciar as formas de se repensar a educação (Delfino et al, 2005).

Essas mudanças em relação às formas de se conceber a infância foram acompanhadas no âmbito da família com forte interferência dos Estados nas relações políticas e econômicas que influenciaram mudanças sociais.

A explicitação histórica nos mostra que a noção de infância e de família ao longo dos séculos foi sendo modificada e isso, atrelado as concepções de educação, cultura e economia. Porém, o que antes era socialmente aceito e legitimado foi sendo remodelado, mas, como sabemos, as mudanças não acontecem da noite para o dia, nem tampouco de forma linear, tanto que se olharmos para algumas formas de manifestações culturais podemos ser surpreendidos por manifestações de atitudes e práticas que para alguns pode significar violência, mas, para outros é parte de um processo natural, do seu cotidiano. Não pretendemos com essas afirmações encontrar formas de justificar a violência, o que pretendemos sinalizar é que a violência é um problema com muitas facetas e dimensões, mas que sua percepção está permeada por questões culturais e morais.

No Brasil, embora, nos últimos anos se tenha conseguido êxitos em relação à queda no índice de mortalidade infantil (fator ligado, também, à importância do aleitamento materno), o índice de óbitos pelas chamadas causas externas - acidentes e violência - vêm crescendo assustadoramente. Esses dados apontam que “a violência chega a aparecer como a quarta causa de mortalidade para crianças entre zero e nove anos” (Ministério da Saúde, 2009). Nesse sentido a violência contra a criança vem se constituindo como um sério problema de saúde pública.

Como já foi citado, a violência acontece muita das vezes dentro de casa, local que tradicionalmente associamos como espaço de proteção. Como sabemos, essas situações aparecem diariamente no cotidiano das instituições de saúde. E, ao adentrarem pelos portões de uma unidade de saúde, esses atores sociais envolvidos (os que promovem e os que sofrem violência), não se desvinculam de sentimentos, valores, histórias de vida, concepções religiosas e morais, dentre outros fatores que fazem parte da dinâmica das relações sociais.

Para melhor problematização dessas questões, contextualizaremos algumas conquistas que caminham na perspectiva da cidadania e do direito para a infância. Em seguida, tentaremos demonstrar como essas formas de violência doméstica são recebidas nas instituições de saúde e como ocorre a comunicação nessa relação.

1.2 - Análise da infância na perspectiva do Direito e da cidadania

É inegável considerar que a sociedade brasileira vem passando por significativas mudanças nas últimas décadas e que essas mudanças caminham no sentido da crescente reivindicação das conquistas por direitos e cidadania.

Para falarmos de infância e direitos em nosso país torna-se importante lembrar que os movimentos sociais dos anos 1980 que questionaram e criticaram as intervenções adotadas pelo Estado centralizador, após anos de repressão impostos por governos autoritários, lutaram por avanços que vão se refletir no texto Constitucional de 1988 e, posteriormente na elaboração e promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.

Antes do ECA, os Códigos de Menores promulgados em 1927 e 1979 não visavam a infância pela perspectiva da cidadania. O ECA apresenta como original o fato de que setores da sociedade civil, engajados com a causa, participaram da elaboração dessa lei e que a partir dela abandonou-se o paradigma da “infância em situação irregular” para se adotar o princípio da “proteção integral” (Bazílio e Kramer, 2003).

“(…) o texto legal deixa a simples prescrição sobre deveres e responsabilidades do Estado quando o ‘menor’ por ação (autor de infração penal) ou omissão (ausência de família ou meios de

subsistência) precisa de amparo ou tutela e avança no sentido de compor um texto que coloca sob seu arco todos aqueles brasileiros menores de dezoito anos. Não estamos mais diante de uma lei de execução, mas incluindo e explicitando direitos de todos” (Bazílio e Kramer, 2003: 21).

Esses avanços no âmbito das legislações foram fundamentais para que a infância, as políticas de atendimento e a rede de proteção social fossem repensadas. A partir desse aporte legal as crianças e os adolescentes passam a ser caracterizados, nos termos da lei, como sujeitos de direito (ECA,1990). Apresenta em sua concepção a visão integral da criança como indivíduo social e preconiza como prioridade a convivência familiar e comunitária.

O ECA traz para a sociedade e para as políticas subsídios para se repensar a questão da violência como um desafio para gestores, profissionais de saúde, educação e outras instâncias voltadas ao trabalho com a infância e as famílias. E, a partir desse aparato, a questão da violência passa a ser alvo de reflexão pelo viés da intersetorialidade, ou seja, apesar da área da saúde receber inúmeras situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos ou negligência contra a criança será fundamental o diálogo com outras áreas e setores visando o encaminhamento, acompanhamento e mesmo a proteção dos sujeitos envolvidos.

Esse aparato estabelece no âmbito dos municípios os conselhos tutelares - órgão encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (ECA, 1990: Art. 131). Também estabelece as notificações compulsórias de maus-tratos ou negligência contra a criança e o adolescente (ECA, 1990). Explicitando para a arena social a discussão de risco e, normatizando a proteção para este segmento.

“Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (ECA, 1990: Art. 13).

A notificação é um instrumento que visa proteger a criança e o adolescente, com o encaminhamento à rede de proteção social para atendimento e acompanhamento posterior. Outra função é informar e revelar dados epidemiológicos que sejam capazes de reorientar as políticas de atendimento.

A ficha de notificação compulsória de maus-tratos e negligência contra a criança e o adolescente, muito utilizada no interior das instituições de saúde, ainda se constitui como

um instrumento pouco discutido pelos profissionais. Para alguns, seu preenchimento significa apenas uma obrigação, não se buscando uma reflexão mais aprofundada acerca de sua importância para a vida das pessoas. Para outros, o instrumento é entendido e empregado como uma punição, compreendido como uma atividade final na condução de situações.

Como forma de exemplificação, podemos citar um fato que ocorre com frequência nas unidades de saúde, trata-se do uso das palavras “conselho tutelar” ou “notificação” para tentar coibir a violência contra a criança, ou seja, usa-se com frequência a seguinte postura: “se essa situação continuar faremos a notificação para o conselho tutelar”.

O exemplo citado nos permite perceber que por explorar as dimensões comunicativas esse instrumento suscita relações de âmbito interpessoal.

Nesse sentido, o tema da notificação é pouco explorado nos meios profissionais e nos artigos acadêmicos no que diz respeito à sua importância no contexto de atendimento e para os demais órgãos que receberão esse instrumento. Esse veículo suscita muitas relações, intra e extrainstitucionais e faz despertar várias vozes, discursos, contextos e poderes.

No próximo item, descreveremos como ocorre a admissão nas unidades de saúde e refletiremos acerca das práticas comunicacionais nesse setor.

1.3 - A abordagem da violência nos serviços de saúde

O acesso de uma criança vítima de violência a um serviço de saúde geralmente ocorre na busca pelo atendimento clínico ou pela necessidade de realização de algum exame. De acordo com a legislação vigente estamos aqui considerando como criança o indivíduo cuja faixa etária inclui-se entre zero e doze anos de idade incompletos (ECA, 1990: Art. 2º).

No momento da busca pelo atendimento, a criança está sempre acompanhada de um adulto que demanda pelo acesso aos serviços oferecidos pela instituição. Quase sempre, esse adulto possui uma relação de proximidade com a criança, mas, vale aqui pensarmos também nas exceções, e como exemplo, podemos citar os casos de abandono de crianças ainda nos primeiros dias ou meses de vida, ou, aquelas crianças levadas à unidade por

pessoas que se sensibilizam com a questão apresentada pela própria criança e resolvem pedir ajuda nas instituições de saúde.

A chegada à unidade de saúde é repleta de barreiras, pois, para acessar o serviço desejado recorre-se à um balcão de atendimento para o preenchimento de uma ficha com dados de identificação da criança e do responsável, quando não é instituída a necessidade de guia de referência (documento que informa a necessidade de atendimento da pessoa na unidade de saúde).

Passada essa etapa, aguarda-se o atendimento médico. Nem sempre, numa primeira consulta médica identifica-se uma situação de maus-tratos ou negligência, exceto quando a demanda inicial já sinaliza para a questão, ou quando a situação está visivelmente explicitada, ou é sinalizada pelo adulto ou pela própria criança. Essa identificação também se constitui como uma barreira, considerando que para essa identificação será necessário abordagem adequada e um olhar que esteja sensível à essas questões.

As situações que envolvem violência e família causam grandes tensões e conflitos nas unidades de saúde, pois, a falta de capacitação e envolvimento dos profissionais se reflete na forma vaga, pouco objetiva e pouco descritiva como os registros desses atendimentos são dispostos nos prontuários, pedidos de parecer ou notificações. E, essa falta de capacitação e envolvimento, também, aparecem na maneira culpabilizante e moralizadora como abordam essas famílias.

A decisão acerca de quem realiza a notificação e qual o melhor momento para realizá-la, não ocorre de forma pouco conflituosa. Considerando as exceções, a categoria médica apresenta muitas dificuldades e resistências para realização dessa notificação. A formação pautada no conhecimento biomédico e na visão fragmentada do ser dificulta a compreensão de que uma pessoa é um ser indivisível.

“(…) os profissionais tendem a compreender a violência como problemática que diz respeito à esfera da Segurança Pública e à Justiça, e não à assistência médica. Jaramilo & Uribe (2001), observaram que a maioria das disciplinas da saúde não contemplam em seus currículos e programas de educação continuada a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas” (Saliba, et al 2007:473).

Como sabemos, a área da saúde não constituiu ao longo da história uma trajetória de trabalho em equipe, sendo muito forte e predominante a hierarquia do poder e do saber médico. Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde ainda se constitui de forma muito fragmentada.

Alguns autores e, mesmo algumas experiências de trabalho na área, reconhecem que o caminho para a superação dessa fragmentação em busca da integralidade encontra-se na construção do saber através da interdisciplinaridade. “A interdisciplinaridade não objetiva unificar as diversas ciências e sim levar à compreensão dessas de uma forma crítica e criativa” (Neves e Romanelli, 2006: 08).

Na atualidade, os assistentes sociais se enquadram entre as categorias de profissionais da saúde que mais notificam e propõem acompanhamento às redes de proteção social. É importante considerarmos que essa categoria em sua formação apropriase do aporte teórico das ciências sociais. Frente a outras profissões da saúde, pode ser considerada uma profissão relativamente “jovem”, tendo seu reconhecimento como profissão através da lei nº 3252, de 1957. Hoje, após mudanças, passou a ser regulamentada pela lei nº 8662, de 1993.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é pesquisar as práticas comunicacionais envolvendo o assistente social e a família quando a situação envolve a existência de uma suspeita ou confirmação de maus-tratos ou negligência contra a criança. Sabendo-se que tal fato pode ter sido promovido por pessoas que no imaginário social deveriam promover cuidados.

Como são veiculadas as práticas de comunicação no cenário composto por assistente social e família, considerando o contexto relatado? Será que a comunicação entre o profissional e a família ocorre de forma diferenciada de acordo com o tipo de violência da qual se suspeita ou se tem à confirmação, ou seja, para Cada tipo de situação (violência psicológica, física, sexual ou negligência), existe uma abordagem diferenciada? Existem diferenças no tom da fala, na forma como se fala e até mesmo, o que se fala e para quem se fala?

Essas são questões para as quais buscaremos respostas, não pretendemos com esse estudo realizar julgamentos, ou normatizar condutas, pretendemos traçar contribuições que favoreçam ao campo da comunicação e saúde e as reflexões sobre as práticas profissionais.

Para tanto, consideramos que quando o desafio imposto ao profissional de saúde envolve refletir acerca de um assunto que engloba determinantes sociais, culturais, valores e concepções determinadas por um processo social e histórico, como propõe nosso tema, a necessidade por práticas de comunicação mais democráticas se faz ainda mais presente.

A proposta não será estabelecer moldes, criando modelos ou formas de implementar instrumentos que balizem a atuação profissional, pelo contrário, a intenção é refletir acerca da comunicação a partir de outros conceitos, é analisar possibilidades de diálogo com outras visões.

Nessa abordagem, consideramos pertinente olhar para o profissional e a família compreendendo que não há nesta relação isenção de valores e que existem concepções prévias sobre infância e família. Fato que não inviabiliza entendermos a comunicação como prática e vivência.

Refletir acerca da violência contra a criança não se constitui como um tema simples, nem tampouco fácil de ser abordado, sobretudo, porque ele nos possibilita pensar na realidade em que vivemos e despertam sentimentos como indignação, impotência e incapacidade. Esse assunto encontra barreiras ainda maiores quando protegidos pelo simbolismo social e histórico da família.

E, pensar acerca da criança inserida em uma estrutura familiar, em nossa sociedade parece algo indissociado, está naturalizado e imbricado em nossas concepções. Igualmente, está imbricado que a família cumpre o papel social de proteger. È a partir dessa concepção de infância e de família que enxergamos as relações. Portanto, quando discutimos infância e família tendemos a acreditar que as relações sempre foram regidas por padrões sentimentais. Deixamos de lado a dimensão histórica, cultural, os valores e as regras que com o passar dos anos, ou melhor, dos séculos, foram e ainda vêm sendo construídos e desconstruídos.

2 - Justificativa

Como foi dito anteriormente, mesmo tendo ocorrido uma redução da mortalidade infantil, os acidentes e a violência vêm sendo reconhecidos como os responsáveis pelo maior número de mortes entre crianças (Ministério da Saúde, 2009), indicando um problema de grande relevância para saúde pública.

No entanto, a despeito do crescente reconhecimento de sua importância como questão de saúde pública, se direcionarmos nossas atenções para as práticas em saúde, veremos que permanecemos com uma insipiente política setorial voltada ao enfrentamento da violência e, também, com uma escassez de capacitação profissional, considerando que as formações profissionais não estão voltadas ao enfrentamento da questão, constituindo-se como um desafio para os profissionais o atendimento às vítimas da violência doméstica – crianças e famílias – nas instituições de saúde.

Daí a importância de se realizar estudos e pesquisas sobre violência, tendo como premissa a necessidade de propor a publicização dessas questões com vistas a despertar olhares e vozes para esse enfrentamento.

Como é no cotidiano das instituições de saúde que muitas das situações de violência são identificadas e, os assistentes sociais, no Estado do Rio de Janeiro, se enquadram entre as categorias de profissionais da saúde que mais notificam e propõem acompanhamentos às redes de proteção social, priorizaremos nosso recorte de estudos sobre essa categoria, considerando que no seu cotidiano de trabalho o assistente social necessita utilizar inúmeros aportes comunicacionais. Frente a essa realidade, a presente proposta contribuirá para a reflexão acerca da comunicação presente na saúde e por ser um tema pouco explorado, pretende pensar os limites e as possibilidades de propostas que considerem o contexto, os interesses e as relações de poder existentes.

Nesse sentido, espero que esse trabalho mostre que o tema da violência doméstica vai requerer uma visão interdisciplinar, intersetorial e, que contribua para a visão acerca de melhores e mais constantes capacitações dos profissionais de saúde para a abordagem e intervenção frente à temática e, é nesse caminho, e na construção desse olhar que a interface entre comunicação e saúde poderá ser propositiva, contribuindo para uma articulação teórico-prática.

3 - Objetivos

Geral

Refletir acerca das práticas comunicacionais nos serviços de saúde pública, nas relações estabelecidas entre os assistentes sociais e as famílias quando a questão a ser abordada envolve uma suspeita ou confirmação de violência doméstica contra a criança.

Específicos

- Identificar as dimensões comunicacionais no contexto do atendimento;
- Analisar quais as concepções de família que permeiam o espaço de atendimento;
- Refletir sobre o papel da comunicação e o que ela suscita no contexto do atendimento;
- Sistematizar como estão organizadas as relações de poder no âmbito institucional e como isso afeta as práticas comunicativas;

4 - Hipóteses

Diante das questões anteriores propomos as seguintes hipóteses:

1) Quando existe a suspeita ou confirmação de maus-tratos em uma unidade de saúde, geralmente, os encaminhamentos das questões são direcionados para o serviço social de forma pouco colaborativa. Os registros nos prontuários ou os pedidos de parecer são pouco descritivos, não contemplando a forma como a criança chegou à unidade, que fatores levaram a equipe médica a suspeitar dos maus-tratos ou da negligência e que demandas foram apresentadas pela família. Na comunicação interpessoal entre os profissionais, não há um diálogo que possibilite a construção de estratégias capazes de tornar essa abordagem mais humanizada, não se prioriza a comunicação como essência das relações e, como indispensável à divisão do trabalho na saúde.

2) As situações de violência provocam impactos mesmo para aqueles que estão tecnicamente qualificados a atender crianças. Diante dessa constatação podemos considerar que quando existe a suspeita, ou a violência é identificada nas instituições de saúde, a abordagem a essas situações ocorrerá de forma diferenciada, pois, o próprio impacto causado ao profissional pelas várias formas de violência será diferente, sabendo-se que em nossa sociedade algumas formas de violência são mais aceitas que outras, fator que está relacionado também à questão cultural.

3) As situações de violência doméstica “são colocadas” na sala de atendimento do Serviço Social sem que se estabeleça um diálogo prévio com a família informando sobre a importância do atendimento por outras categorias. Sinaliza-se, durante o atendimento médico, que a situação será notificada e, posteriormente, encaminha-se a família para o atendimento com o assistente social. Essa relação deixa transparecer como as relações de poder permeiam as práticas em saúde e, denuncia a necessidade de constante capacitação e aperfeiçoamento para se trabalhar com a violência.

5 - Referencial Teórico

A comunicação foi, e ainda é, um tema que desperta interesses para estudiosos e pesquisadores por sua capacidade de se inter-relacionar com outras áreas e com outras perspectivas teóricas. Dentre as inúmeras definições que encontramos para o termo, podemos citar que “a comunicação é essencialmente relação. Como a vida, aliás, comparação nada inusitada, já que comunicação é uma das condições da existência e permanência da vida” (Araújo e Cardoso, 2007: 11).

Nesse sentido podemos dizer que a comunicação é a essência da vida em sociedade, pois é ela que rege as relações humanas e sociais.

Partindo dessa definição de comunicação antes de traçarmos algumas reflexões sobre as práticas comunicativas, vamos realizar um breve olhar sobre as teorias da comunicação, enfatizando aquelas que foram mais apropriadas no campo da saúde e, em seguida finalizaremos com as contribuições que os estudos acerca da linguagem, discurso e poder trouxeram para a comunicação.

Torna-se pertinente destacar que no livro comunicação e saúde, escrito por Araújo e Cardoso, publicado no ano de 2007 encontramos a base para as reflexões que pretendemos continuar a tecer nesta discussão teórica. A importância dessa obra para o que pretendemos pesquisar refere-se ao fato de que a comunicação, nesse livro é compreendida a partir de sua capacidade relacional.

5.1 - Os modelos e as perspectivas teóricas da comunicação que foram apropriadas no campo da saúde

Antes de traçarmos as discussões acerca dos modelos de comunicação, constitui-se como fundamental contextualizarmos o período histórico em que se inicia uma sistematização desses modelos.

Os pensamentos que regiam as produções culturais, políticas e sociais, no início do século passado, estavam impregnadas pelas idéias funcionalistas. Trinta e Polistchuk, ao descreverem o paradigma funcionalista, afirmam que seus ideais nasceram nos Estados

Unidos, aproximadamente nas décadas que vão de 1940 a 1960, e tem por fonte inspiradora o paradigma positivista (Trinta e Polistchuk, 2003).

Em relação ao funcionalismo os escritores ressaltam:

“O funcionalismo busca justamente explicar a organização social, assim como a sobrevivência de costumes e tradições, pelo inventário das funções exercidas pelos seres humanos e as instituições que criam. Supondo haver analogia entre o corpo humano e o corpo social, teóricos funcionalistas concluem que cada indivíduo e cada instituição existentes contribuem funcionalmente para a manutenção da organização social” (Trinta e Polistchuk, 2003: 86).

No que se refere ao positivismo, considerado paradigma das ciências sociais, Araújo e Cardoso de forma bastante objetiva definem que ele “acredita que a sociedade se move pelo consenso, pela eliminação das divergências, pela correção das disfunções” (Araújo e Cardoso, 2007: 38).

As autoras também nos remetem ao entendimento de que os modelos de comunicação vão se ajustar em um dos dois grandes paradigmas das ciências sociais: o paradigma positivista e o conflitual (Araújo e Cardoso, 2007).

Ainda em relação a influência da concepção funcionalista, torna-se indispensável destacar que as primeiras teorias sobre os meios de comunicação enfatizaram o emissor. Os teóricos que se debruçaram sobre esses estudos estavam impregnados das concepções funcionalistas e, pautavam-se também nas intenções do emissor ao transferir uma mensagem. Em relação aos receptores interessava saber sobre suas preferências, como forma de ajuste e buscando o consenso.

Frente a esse contexto, surge o primeiro modelo de comunicação, que vigorou no período da 1ª guerra mundial e, que ficou conhecido como *agulha hipodérmica*, modelo que considerava ser possível “injetar informações e atingir o alvo”.

Acreditava-se que o comportamento das pessoas poderia ser moldado pelos meios de comunicação, idéias originárias das ciências do comportamento (behaviorismo), que também traz em sua base concepções positivistas.

Se nos propusermos a olhar brevemente para o modelo de saúde hegemônico no Brasil nesse período, encontraremos o modelo sanitário campanhista, cujas características

estavam no fato das decisões estarem centradas no governo federal e no caráter coercitivo e militarizado com que as campanhas de saúde eram impostas à população (Cardoso, 2001).

E as práticas comunicacionais na saúde durante a coexistência desses modelos de saúde e de comunicação? Essas práticas eram sistematizadas de forma coercitiva, com o objetivo de impor comportamentos e legitimando apenas o saber médico.

Esses modelos, na atualidade não foram suprimidos. Eles resistem “como discurso fundador de algumas abordagens” (Araújo e Cardoso, 2007: 40).

Dentre os modelos existentes na comunicação, o que mais influenciou e ainda está muito presente na saúde é o *modelo informacional ou matemático*.

Apresentado em 1949, por Claude Shannon e Warren Weaver, físico e matemático, ambos, trabalhavam nos Estados Unidos com a questão da telefonia. Pensaram o modelo de forma simples, visando sua aplicabilidade: “um emissor deve enviar uma mensagem para um receptor, através de um canal, evitando ao máximo os ruídos” (Araújo e Cardoso, 2007:43).

Trinta e Polistchuk, nos apresentam um exemplo prático que permite fácil compreensão do que está sendo explicitado: “se eu falo com você, meu cérebro é a fonte emissora de informação e o seu, o destino da informação; minha voz é o emissor / transmissor e seu aparelho auditivo, o receptor” (Trinta e Polistchuk, 2003:102).

Esse modelo também foi influenciado pelo paradigma funcionalista-pragmático, e por sua visibilidade acabou convertendo-se também em uma matriz de pensamento e influenciou, inclusive outros modelos.

Por ser considerado aplicável ou instrumental, mas também por sua cientificidade, incorporando inclusive estudos da comunicação humana, balizou fortemente as formas de pensar a comunicação e a “conformação do campo das políticas públicas de saúde no Brasil” (Araújo e Cardoso, 2007:45).

Fortemente implantado no Brasil no período desenvolvimentista, associava a noção de comunicação com desenvolvimento econômico-social e visava à superação da pobreza. É importante destacar que ele comporta referências sobre questões culturais, ou sociohistóricas, embora, vise o objetivo para o qual foi pensado: transferir a mensagem sem interferência, sem ruídos.

Uma das questões de destaque nesse modelo refere-se ao fato de que ele por produzir uma prática sem escuta, sem a possibilidade de interferência de outras vozes, não considera as diversidades e a noção de contexto, anulando a comunicação como prática social, permeada por relações históricas, culturais e de poder.

Esse modelo, apesar das limitações, já sinalizadas, possui como mérito: “a previsão de que as mensagens sejam estruturadas na interface dos códigos do emissor e dos receptores” (Araújo e Cardoso, 2007: 45).

Mas, o fato dos códigos utilizados serem comuns não significa que se tenha ocorrido a apropriação da mensagem, tal como pretendida pelo emissor. Os ruídos, ou melhor, as vozes vão existir em todo processo de comunicação.

Dentre as principais características desse modelo são destacados: a linearidade, cuja dimensão refere-se ao fato de que o processo de comunicação ocorrerá sem interferências; a unidirecionalidade, que não considera a comunicação como via de mão-dupla e, que não encontra no feedback (termo que se refere a retroalimentação) garantias à participação, considerando que mesmo no processo comunicativo o silêncio significa um retorno; a bipolaridade, que fecha a comunicação entre emissor e receptor não considerando as demais vozes; o apagamento dos ruídos remete à concepção de que os significados não estão presentes nas palavras e, a concepção instrumental de linguagem que é pensada como instrumento a favor do emissor, visando seus interesses (Araújo e Cardoso, 2007:45).

Nessa perspectiva o modelo informacional não preconiza uma comunicação horizontal e possível de mediação com o outro, considerando suas especificidades.

“(...) ao preconizar apagar os ruídos, expurga a diversidade, as diferenças as muitas vozes sociais que estão presentes em qualquer situação vivida. Somando-se a isto sua linearidade, o modelo dificulta a compreensão da natureza em rede dos processos comunicacionais”.(Araújo e Cardoso, 2007: 47).

Podemos afirmar que o modelo informacional fez “um casamento duradouro com a saúde”, porque de certa forma, se olharmos para a saúde veremos que ao longo da história foi priorizada a transmissão da mensagem sem interferências, ou ruídos, e a não preocupação com a apropriação da mensagem por parte da população esteve muito presente.

Subsidiário do modelo informacional, *o modelo de comunicação e desenvolvimento*, também muito adotado pela saúde, foi introduzido no Brasil nos anos 50, quando o mundo sofria a ameaça da guerra fria (Araújo, 2004).

Para essa perspectiva educação, informação e comunicação caminhavam juntas, pois se acreditava que a superação da pobreza estaria associada ao processo de educação.

A associação entre comunicação e desenvolvimento com vistas a superação da pobreza foi muito utilizada no campo das políticas públicas, preconizava-se que através da comunicação seria possível transformar ou ajustar comportamentos.

Em relação aos limites desse modelo foram traçadas as seguintes contribuições:

“Uma dificuldade do modelo desenvolvimentista em dar conta da realidade comunicativa está na sua natureza linear e unidirecional. A comunicação é entendida como um processo de repasse de mensagem de um pólo a outro, cuja maior preocupação, além de utilizar códigos reconhecíveis, é eliminar os chamados ruídos, as interferências que possam prejudicar a decodificação dessas mensagens” (Araújo, 2004: 2).

A segunda guerra mundial trouxe a necessidade de investimentos visando à pesquisa, o conhecimento e as práticas destinadas à comunicação.

Aqui se torna possível e necessário tecermos outro paralelo com o modelo de saúde vigente no período. Como sinalizamos, o mundo após a 2ª guerra mundial viu-se dividido em dois grandes pólos (o capitalista e o socialista), fator que proporcionou uma reconfiguração política e social para grande parte dos países de domínio do capitalismo.

Diante do exposto, no Brasil, a partir de 1964 houve uma forte concentração de investimentos no modelo médico-assistencial privatista (Luz, 2000), modelo que fortaleceu os interesses do setor privado.

Esse paralelo é pertinente para a compreensão de que, ambos os modelos trouxeram em sua essência a necessidade de se eliminar os conflitos e as vozes que emanavam da sociedade.

Em 1955, Lazarsfeld e Elihu Katz, cientistas políticos publicaram a teoria da *comunicação em dois fluxos*, essa perspectiva considerava os grupos sociais e não falava mais em transferência direta de comunicação do emissor ao receptor (Araújo e Cardoso, 2007).

Em relação as suas contribuições para a comunicação: “A teoria do fluxo binário representou um avanço em relação à perspectiva hipodérmica, reconhecendo que as pessoas pertencem a grupos sociais e, que estes grupos têm as suas próprias dinâmicas”. (Araújo e Cardoso, 2007: 54).

Embora essa perspectiva apresente como novidade a figura dos mediadores, em primeiro plano encontramos o emissor e, a comunicação não perde nesta abordagem o sentido de mão-única.

Araújo e Cardoso ressaltam que essa perspectiva também foi incorporada pela saúde, sendo a figura dos mediadores visualizada como a principal inovação, estando os outros elementos relegados à segundo plano (Araújo e Cardoso, 2007).

Como já foi ressaltado, o discurso desenvolvimentista no Brasil se entranhou nos pensamentos e práticas acerca da comunicação, mas outras perspectivas estavam sendo pensadas e prova disso vem da perspectiva de Paulo Freire, *Comunicação dialógica*. A fundamentação de seu pensamento visava o reconhecimento e a equivalência entre os pólos, ou seja, quem emite e quem recebe a mensagem estão equivalentes.

Para as autoras pesquisadas essa equivalência merece ser problematizada:

“(…) o modo como o dialogismo freireano foi apropriado e aplicado na prática comunicativa apresentava algumas debilidades, entre as quais ser orientado pela noção de interação, o que leva a eliminar o conflito da relação comunicativa, idealizando os pólos, que estariam em perfeita comunhão de interesses, entre seus pares”. (Araújo e Cardoso, 2007: 52).

O dialogismo freireano manteve em sua essência algumas idéias do modelo informacional e da perspectiva desenvolvimentista, como por exemplo, a noção funcionalista de organização e desenvolvimento e, a não consideração das várias vozes sociais, considerando que o poder está relacionado apenas a figura do emissor.

Em termos de contribuição, merece ser considerado que a perspectiva freireana reconhece que as pessoas, independentemente do lugar que ocupam na sociedade, possuem conhecimentos, ou seja, o modelo não elimina os conhecimentos produzidos pela população.

É importante explicitarmos que a partir das pesquisas realizadas para a compreensão dos modelos de comunicação que estiveram mais presentes no campo da saúde percebemos

que não há uma linha temporal delimitando onde um modelo se inicia para o início de outro, os modelos de comunicação, assim como os de saúde, interagem e coexistem socialmente e, ainda hoje percebemos indícios de suas existências.

Adiante, veremos alguns dos conceitos que se tornaram fundamentais para o estudo da comunicação na contemporaneidade.

5.2 – Conceitos que vêm contribuindo para uma nova forma de se conceber a comunicação

Vimos no item anterior às teorias, ou modelos, de comunicação que mais estiveram presentes no campo da saúde. É importante destacar que eles trouxeram contribuições para pesquisas e conhecimentos acerca da comunicação na saúde, mas demonstraram também seus limites, que estão associados às características desses modelos e a forma como seus discursos foram sendo veiculadas. De uma maneira geral, esses modelos forneceram uma concepção restrita de poder e linguagem e, não consideraram a polifonia, o dialogismo e a noção de contexto.

Autores apontam que a partir da década de 1980 “a teoria da comunicação andou a passos largos”, fato que se refere à entrada e reconhecimento de outros atores em cena, assim como, o reconhecimento da importância de articulação com outras teorias e conceitos (Araújo e Cardoso, 2007).

Dentre essas articulações com outras produções e áreas do conhecimento iniciadas nas décadas de 1980, destaca-se a teoria social dos discursos que possibilitou uma abordagem e visão comparativa e crítica com as diversas teorias da comunicação.

A teoria social dos discursos que vem encontrando como adeptos estudiosos que se dispõem a olhar para as práticas sociais de forma reflexiva e propositiva, considera em suas concepções o conceito de polifonia, dialogismo e poder presente nos discursos.

Os conceitos de polifonia e dialogismo desenvolvidos por Mikhail Bakhtin, na década de 1920, foram retomados a partir dos anos de 1980 possibilitando uma nova forma de compreensão da linguagem.

O conceito de polifonia se relaciona às muitas vozes que compõem uma fala, um texto e um discurso. Araújo e Cardoso nos proporcionam uma passagem bastante objetiva para a compreensão desse pensamento:

“Bakhtin nos ensinou que, em cada fala, enunciado ou texto, exprime-se uma multiplicidade de vozes, a maioria delas sem que o locutor se perceba. As vozes correspondem a interesses e posições diferentes na estrutura social, o que faz com que a linguagem seja uma arena de embates sociais, na qual são propostas, negociadas e ratificadas ou recusadas as relações de poder” (Araújo e Cardoso, 2007: 56).

A interação dessas vozes e a relação que elas estabelecem é chamada de dialogismo, ou seja, “dialogismo é o jogo das diferenças e das relações não só entre vozes do mesmo texto, mas entre enunciados, entre textos, entre texto e contexto etc” (Araújo, 2003).

Araújo e Cardoso nos lembram que o dialogismo Freireano “que fala de acordos, de interação” não pode ser confundido com a noção de dialogismo em Bakhtin, que “remete para a diferença de interesses e embates sociais” (Araújo e Cardoso, 2007: 57).

Os conceitos de polifonia e dialogismo contribuíram para uma nova forma de se perceber a linguagem. Através deles ela passa a ser considerada a partir de sua pluralidade.

Ribeiro, ao analisar a contribuição de Roland Barthes pensador que influenciado pela antropologia estruturalista e pelo marxismo se dedicou aos estudos de linguagem, explicita que é a partir da apropriação dos estudos de Bakhtin que Barthes reorganiza suas reflexões acerca da linguagem, considerando história e sujeito (Ribeiro, 2005).

A autora em sua publicação *Discurso e poder: a contribuição barthesiana para os estudos de linguagem* faz as seguintes considerações:

“A linguagem, em qualquer nível, é sempre ideológica. Como ensinou Bakhtin, em todo signo se confrontam índices de valor contraditórios. Todo signo é espécie de arena, onde se desenvolve a disputa pela significação. Não é possível falar, portanto em conteúdos pré-existentes, nem em sentidos fechados. Bakhtin trabalha com a ambigüidade de toda linguagem que – como território de conflito – nunca se estabiliza” (Ribeiro, 2005: 86).

Foram os estudos de linguagem que nortearam os pensamentos de Bakhtin, e em função desses estudos ele também teceu contribuições importantes em sua obra acerca do

discurso, considerando-o como um espaço dinâmico, “espaço por excelência onde se dão os embates sociais e se estabelecem as relações de poder” (Araújo, 2003: 4). Nesse sentido, toda exposição de idéias, ou pensamentos, de vozes ou texto, que é precedida de outras concepções, visões ou construções de idéias ou pensamentos, formam os discursos.

“A compreensão da comunicação como processo dinâmico de construção de sentidos deslegitima a de transferência linear e bipolar de mensagens. Nenhum discurso parte do zero, sem antecedentes e sem provocar conseqüências. Pelo contrário, cada fala, enunciado ou discurso integra uma rede de significações, que é parte das suas condições de produção” (Araújo e Cardoso, 2007: 58).

Para Ribeiro, a definição de discurso foi enriquecida através das contribuições de Michael Foucault. Antes o discurso era concebido como capaz de traduzir as lutas ou dominações sociais, passando a partir das contribuições de Foucault a ser pensada como “aquilo pelo que se luta” (Ribeiro, 2005: 88).

O discurso, após as contribuições de Bakhtin e Foucault, passou a ser compreendido como heterogêneo, como composto por outros discursos e como permeado por relações de poderes.

O conceito de poder trazido por Foucault rompeu com a concepção do marxismo clássico de que o poder se exerce de “dominantes para dominados”. Foucault analisa o poder como disperso, como plural, como “circulante entre os indivíduos e ligado aos aspectos da vida” (Ribeiro, 2005:89).

A partir dessas contribuições a linguagem também passa a ser entendida como arena onde se inscreve o poder e como resultante de muitas vozes sociais.

Essas contribuições decorrentes da semiologia vêm favorecendo a compreensão de que a linguagem é fundadora da relação do homem com o mundo, e, essa forma de apreender a linguagem desmonta a compreensão de que a comunicação não ocorre sem a interferência de vozes, sem “ruídos”. Através da comunicação os sentidos são produzidos contando com a pluralidade de vozes que regem a comunicação.

Frente a essas definições que vêm contribuindo para a percepção da comunicação como processo interativo e dialógico, Inesita Araújo, apresenta como proposta um modelo de comunicação que “deseja representar a prática comunicativa nos processos de

intervenção social que dão concretude às políticas públicas” (Araújo, 2004: 3). Trata-se do *Mercado Simbólico*.

Esse modelo parte do reconhecimento de que a comunicação “é prática social, é vivência” e, portanto relacional. Ele reconhece e incorpora a importância que os estudos acerca da linguagem, dialogismo, polifonia e poder trouxeram para a comunicação.

A autora ao descrevê-lo se apropriou das definições de Bourdieu, além de considerar as perspectivas sinalizadas anteriormente. Em relação ao modelo foram traçadas as seguintes contribuições:

“A comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais – bens simbólicos – são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria – seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade” (Araújo, 2004: 3).

Para definição de mercado em sua obra, Araújo aponta duas perspectivas teóricas, “a primeira, considera o mercado a partir de suas leis próprias de funcionamento e cultiva a crença de que a informação está disponível a todos”, a segunda, considera a noção de que mercado está “social e culturalmente enraizado e nesse mercado as relações são estruturadas de acordo com os interesses” (Araújo, 2004: 4).

É na segunda perspectiva de mercado que a autora vai se apoiar para justificar seu pensamento, sinalizando para a idéia de que interesses e lutas são indissociadas das relações sociais.

Nesse sentido, em relação ao mercado simbólico é ressaltado:

“(…) O mercado simbólico é um mercado de desiguais e a negociação que nele se processa tem o caráter de luta por posições de poder discursivo. Como toda luta, supõe confrontos e embates, mas também acordos, alianças, sinergias” (Araújo, 2004: 4).

Outro ponto de importante destaque nesse modelo é o de interlocução, definido como a posição que cada interlocutor ocupa nesse mercado. A noção de interlocução não é a mesma da noção de emissor e de receptor, diferenciado da estrutura predominante nos outros modelos de comunicação, no mercado simbólico os interlocutores estão “entre o centro e a periferia discursivos, lugar que lhe confere poder no mercado simbólico”

(Araújo, 2004: 3). A noção de interlocutor nesse modelo vai, portanto, diferir da de emissor e receptor.

Entendemos, então que o lugar de interlocução é o lugar que se ocupa, é o lugar de onde se fala, permeado pelas concepções prévias que constituem cada interlocutor.

O mercado simbólico é permeado por constantes negociações e, é o lugar onde os sentidos sociais são produzidos (Araújo, 2004: 6).

A noção de contexto também será acrescida nessa discussão, nesse modelo, “cada contexto é perpassado por contextos de outras ordens, que igualmente integram suas condições de produção, embora privilegiando outras dimensões” (Araújo, 2002: 57).

O contexto é compreendido a partir de sua dimensão relacional, ou seja:

“Em seu conjunto, eles constituem as condições de possibilidade das cenas social e discursiva, das relações de poder, das estratégias de luta. Mas, também formam as condições recíprocas de produção. Então, são também interrelacionais” (Araújo, 2002: 57).

O modelo está disposto por representação gráfica e essa representação contempla os sentidos sociais, a noção de interlocução e as posições discursivas.

Em relação aos sentidos sociais é destacado:

“Os sentidos sociais formam uma rede semiótica, dinamizada pela interdiscursividade. O processo de produção – circulação – consumo, que caracteriza o mercado simbólico, é representado no modelo por uma malha de fios, cujo traçado ondulante busca caracterizar a contínua transformação dos sentidos, em seu processo de circulação” (Araújo, 2004:6).

A negociação é pensada no mercado simbólico como operada por pessoas e comunidades discursivas, é o que Araújo vai chamar de lugar de interlocução e, em relação a disposição gráfica desses interlocutores, foi explicitado: “No modelo, os interlocutores são localizados nos nós da rede, significando que cada interlocutor é, simultaneamente, agente e espaço de negociação dos sentidos” (Araújo, 2004: 7).

No que se refere às posições discursivas, é proposta uma grande inovação, como segue:

“Neste modelo, Centro e Periferia são disposições móveis e negociáveis. Optei por representá-las por um espiral, que traz a idéia de movimento, fundamental para compreender a proposta”.

“A espiral concilia a idéia de rede e o descentramento e multilinearidade que lhe são inerentes, com a bipolaridade e a linearidade da idéia de Centro e Periferia” (Araújo, 2004: 8).

O modelo ressalta o processo de produção, circulação e consumo dos sentidos sociais. E as contribuições referem-se ao fato de que a circulação foi esquecida pelos demais modelos de comunicação e, é através da circulação, “na capacidade de fazer circular as mensagens e sentidos privados, tornando-os públicos, que se localiza grande parte da assimetria no poder discursivo” (Araújo, 2004: 9).

Como vimos, a noção de mercado simbólico difere da visão linear e unidirecional, dos outros modelos de comunicação, que não consideram as polifonias dos discursos sociais e não percebem os discursos como espaços de lutas. Araújo sugere que o mercado simbólico seja pensado e experimentado como articulador da comunicação para as políticas públicas.

Sem dúvidas, o modelo desmonta a noção de que comunicação é apenas transmissão de informação, por considerar que a sociedade é plural, heterogênea e que os indivíduos sociais tem voz e são capazes de produzir discursos.

Esse modelo, assim como, os estudos acerca da linguagem contribuíram para acrescentar às nossas concepções a noção de que a comunicação é interativa, dinâmica e prática, e, capaz de reger as relações humanas e sociais.

Sendo esse estudo, portanto, essencial ao desenvolvimento deste trabalho onde nos propomos a olhar para a comunicação interpessoal compreendendo que através da linguagem a vida cotidiana e a comunicação de tornam possíveis.

6 – Metodologia

Como campo para a realização desta pesquisa escolhemos um hospital universitário localizado no Estado do Rio de Janeiro. A escolha por um hospital universitário se justifica pelo fato da instituição ter por finalidade à prática do ensino e da pesquisa, o que será um facilitador à entrada e permanência no campo.

Outro dado importante para essa escolha refere-se à viabilidade de poder estar presente durante os atendimentos para fins de observação, prática que ocorre cotidianamente nos hospitais universitários tendo em vista sua natureza formadora.

Nesse hospital existe também um trabalho sistematizado do Serviço Social. Os assistentes sociais que atuavam no setor de pediatria, no ano de 2002, implementaram um programa em atenção à saúde da criança. Esse programa tem por objetivo possibilitar o atendimento das crianças e suas famílias de forma humanizada visando o acolhimento e o acompanhamento junto a rede de proteção social.

O referido programa está subdividido em quatro projetos de intervenção. Um deles é o projeto de atenção a crianças vítimas de violência, esse projeto propõe o atendimento de crianças de 0 a 12 anos, e suas famílias, quando existe uma situação suspeita ou confirmada de maus tratos ou negligência contra a criança. Portanto, a organização do trabalho dos assistentes sociais e a delimitação do segmento pela faixa etária (fator não comum nos outros hospitais públicos, considerando que em muitos casos os adolescentes não dispõem de um local específico de atendimento permanecendo no setor de pediatria), serão favoráveis ao desenvolvimento da pesquisa considerando que o setor atende muitos casos de violência doméstica.

As técnicas utilizadas para a coleta de dados serão a observação participante, a utilização de entrevistas aplicadas aos profissionais, a análise de registros institucionais (livros e prontuários) e a análise das notificações.

A observação participante possibilitará a percepção acerca das práticas comunicacionais, através da observação será possível perceber o lugar de onde se fala, quem fala, como se fala e para quem se fala, sendo possível também nesse contexto verificarmos a importância dos discursos que circulam na saúde e a importância da linguagem não verbal.

Para a facilitação desta técnica pretendemos utilizar um gravador, considerando a necessidade de aprovação prévia pelos profissionais e usuários e, junto à comissão de ética da unidade.

Em relação às entrevistas realizadas com os assistentes sociais, teremos como objetivo compreender quais foram as percepções do profissional em relação ao atendimento. Ressaltamos que essas entrevistas poderão contribuir também, para a compreensão acerca das ausências que, porventura, possam haver nos prontuários, nas fichas de notificação ou livros de ocorrências.

Através dos registros nos prontuários e livros de ocorrência compreenderemos como ocorreu o encaminhamento da família para o setor, fator indispensável ao entendimento de como será veiculada a comunicação no momento da abordagem inicial.

A pesquisa de campo ocorrerá num período de 07 meses e, tentaremos nesse período observar as abordagens aos diferentes tipos de violência doméstica atendidos pelo setor e, após encerramento dessa etapa, selecionaremos o material priorizando abordagens diferenciadas, tais como, atendimentos a situações de negligência, violência psicológica, abuso físico e abuso sexual. Essa seleção do material tem por finalidade entender se as práticas comunicacionais se modificam nas diferentes abordagens e, se essas variações estão atreladas ao contexto.

A pesquisa ocorrerá em 12 meses, de janeiro a dezembro de 2011. Reservaremos 07 meses para pesquisa de campo; 03 meses para análise e organização do material; 02 meses para a transcrição do material; 02 meses para a pesquisa e revisão bibliográfica e, a elaboração do texto final ocorrerá em 02 meses. Esses prazos estão disponíveis no cronograma que apresentaremos a seguir.

8 - Referências Bibliográficas

Araújo IS. Mercado simbólico: interlocução, luta, poder – um modelo de comunicação para políticas públicas. Rio de Janeiro. Tese [doutorado]; Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002. p 56-60.

Araújo IS. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para as políticas públicas [periódico na Internet]. Interface (Botucatu). 2004; 8(14): 165-178. Acesso em: 02 de maio de 2009. Disponível em: <http://www.interface.org.br/>

Araújo IS. Razão polifônica: a negociação de sentidos na intervenção social. Rev perspectiva em ciência da informação, 2003.

Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Áries P. História Social da Criança e da Família. 2º ed. Rio de Janeiro: LTC; 2006.

Basílio LC, Kramer S. Infância, educação e direitos humanos. São Paulo: Cortez; 2003.

Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Brasil fev 2008. [acesso em set 2009]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2008000200011&lang=pt&tlng=pt

Cano I. Violência estrutural e suas repercussões na juventude. In: Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007. p 43-9.

Cardoso J. Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987 – 1999). Rio de Janeiro. Dissertação [mestrado] – Escola de Comunicação; Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001. ECO/UFRJ. Cap. 2 Textos que desafiam.

Coletânea de Leis e Resoluções. Assistente Social: ética e Direitos. Rio de Janeiro: Cress; 2000.

Delfino V, Biasoli-Alves ZMM, Sargim MB, Venturine FP. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. Texto contexto Enferm, Florianópolis, 2005. p 38-46.

Donzelot J. A polícia das famílias. 2º ed. Rio de Janeiro: Graal; 1986.

Ferreira AL, Schramm, Fermin R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. Rev de saúde pública, dez 2000 [acesso em set 2009]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600016&lang=pt&tlng=pt

Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Ciênc. Saúde coletiva [periódico na Internet]. 2000 [acesso em abr 2009]. Disponível em: [http:// www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7097.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7097.pdf)

Ministério da Saúde. Impactos da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura da paz. Brasília – DF; 2009.

Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. Cad de saúde pública, Jul-ago 2005 [acesso em set de 2009]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400014&tlng=pt

Neves SN, Romanelli G. A violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar. P@psic. Campinas set 2006. p 2-11.

Ribeiro APG. Discurso e poder: Contribuições barthesiana para os estudos de linguagem. Rev Brás Cien com 2004 jan/ju. p 79-93.

Saliba O, Garbin CAS, Garbin JI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev saúde publica, jun 2002 [acesso em set de 2009]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lang=pt&tlng=pt 7.

Unicef; CRAMI organizador. Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor. 2º ed. São Paulo: Cortez; 2005.